PARTNERSCHAFTEN NACH SCHLAGANFALL

–

UNTERSUCHUNG ZU FÖRDERFAKTOREN UND BARRIEREN IM REHABILITATIONSPROZESS

Von der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Fakultät I Bildungs- und Sozialwissenschaften
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Philosophie (Dr. phil.) genehmigte
Dissertation

von
Frau Jana Alber
geboren am 25.Mai 1986 in Oldenburg

Erstgutachterin: Prof. Dr. Gisela C. Schulze
Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Zweitgutachter: Apl. Prof. Dr. med. Andreas Zieger
Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Tag der Disputation: 8. Dezember 2014

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei verschiedenen ausgewählten Personen für ihre Unterstützung und ihr Engagement bedanken, ohne die, die Verwirklichung dieser Arbeit nicht möglich gewesen wäre:

In erster Linie gilt mein Dank meiner Doktormutter, Frau Prof. Dr. Gisela C. Schulze. Ihr Vertrauen in mich und meine Entscheidungen hat mir Kraft und Mut gegeben.

Meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Andreas Zieger, danke ich für seine Begeisterung an dem Thema meiner Promotion und für seine fortwährende Unterstützung.

Auch Herrn Prof. Dr. Manfred Wittrock danke ich für seine aufbauenden Worte und seine Zuversicht in meine Person.

Herrn Prof. Dr. Andreas Engelhardt, Herrn Dr. Andreas Pfeiffer und Herrn Dr. Jens Thomsen danke ich für ihr Engagement, ihre Unterstützung und den Austausch insbesondere in der frühen Phase meiner Promotion.

Allen Rehabilitanden, Partnern und ihren Familien gilt ebenfalls mein außerordentlicher Dank. Sie haben mich in einer für sie belastenden und schwierigen Zeit an ihrer persönlichen Lebenssituation teilhaben lassen und haben, durch ihr großes Engagement, diese Arbeit überhaupt erst ermöglicht.

Weiterhin gilt mein großer Dank meinen Kollegen. Sie standen mir in allen Phasen der Dissertation stets mit Rat und Tat zur Seite.

Schließlich gilt mein Dank meiner Familie und meinen Freunden, sowie meinem Partner für ihren uneingeschränkten Glauben an mich.

Letztlich danke ich auch Eva- Maria Schürmann sehr herzlich für die ausführliche Korrektur dieser Arbeit.

INHALTSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS XI

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS XIII

1 EINLEITUNG 1

2 DIE BEDEUTUNG DER PÄDAGOGIK IM KONTEXT VON REHABILITATION 9

2.1 Gesundheit als gesellschaftliche Herausforderung im Kontext der demografischen Entwicklung 9

2.2 Rehabilitationspädagogik 20

2.3 Gesundheitsverhalten aus feldtheoretischer Sicht 24

2.4 Versorgungsforschung 30

3 REHABILITATION NACH SCHLAGANFALL 37

3.1 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit 37

3.2 Schlaganfall 47

3.3 Rehabilitationsprozess 55

3.3.1 Sozialrechtliche Grundlagen 56

3.3.2 Akutversorgung nach einem Schlaganfall 63

3.3.3 Das Reha-Phasen-Modell und die Bedeutung der Reha-Phase E im Hinblick auf Partizipation 65

3.3.4 Krankheitsverarbeitung 78

3.3.5 Partner, Familie und Angehörige als soziale Ressource 83

4 HERLEITEN DER FRAGESTELLUNG 94

4.1 Erkenntnisinteresse 94

4.2 Stand der Forschung 95

4.3 Forschungsfrage 102

5 METHODISCHES VERFAHREN 106

5.1 Das Instrument der Person-Umfeld-Analyse (PUA) 107

5.2 Das Problemzentrierte Interview 112

5.3 Entwicklung eines Leitfadens 116

5.4 Pre-Test und Pre-Test- Analyse 121

5.5 Zugang zum Feld und Auswahl der Interviewteilnehmer 123

5.6 Transkript und Postskript 128

5.7 Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse 131

5.8 Gütekriterien qualitativer Forschung 139

5.9 Forschungsethische Aspekte 141

6 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE UND BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN 145

6.1 Fallbeschreibungen der Untersuchungspaare 147

6.2 Fallübergreifende Skizzierung der veränderten Lebenssituation nach einem Schlaganfall 156

6.3 Auswertung der Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess der Gruppe der Rehabilitanden Teil 1 158

6.4 Auswertung der Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess der Gruppe der Partner Teil 1 188

6.5 Auswertung der Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess der Gruppe der Rehabilitanden Teil 2 212

6.6 Auswertung der Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess der Gruppe der Partner Teil 2 235

6.7 Unterschiedliche Wahrnehmungen von Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsverlauf im Vergleich beider Gruppen 253

6.8 Hinweise auf partnerschaftliche Missverständnisse und Konflikte 256

7 DISKUSSION UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE 267

7.1 Diskussion der Ergebnisse zur Leitfrage 1 267

7.2 Diskussion der Ergebnisse zur Leitfrage 2 271

7.3 Diskussion der Ergebnisse zur Leitfrage 3 273

7.4 Diskussion der Ergebnisse zur Leitfrage 4 274

7.5 Interpretation der Ergebnisse 278

8 REFLEXION DES FORSCHUNGSPROZESSES UND REHABILITATIONSPÄDAGOGISCHE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN 282

8.1 Reflexion des methodischen Designs 282

8.2 Reflektion des Forschungsprozesses in Hinblick auf Effekte für die untersuchte Zielgruppe 288

8.3 Reflexion des Forschungsprozesses in Hinblick auf die Forschung zum Thema Schlaganfall 292

8.4 Rehabilitationspädagogische Handlungsempfehlungen 294

8.4.1 Förderung von Aktivitäten des Alternativen Wirkungsraumes 295

8.4.2 Die Bedeutung von Psychoedukation und Health Literacy für die Stärkung der Patientenrolle im Rehabilitationsprozess 296

8.4.3 Die Bedeutung von psychosozialer Begleitung und Angehörigenarbeit 299

8.5 Forschungsdesiderate 300

9 FAZIT UND AUSBLICK 304

LITERATURVERZEICHNIS 318

ANHANGSVERZEICHNIS 334

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Das biopsychosoziale Modell 11

Abbildung 2: Einfache Skizze zur sozial-kognitiven Theorie 14

Abbildung 3: Kohärenzgefühl und Gesundheit 16

Abbildung 4: Lebensraum einer Person 27

Abbildung 5: Throughput-Modell 32

Abbildung 6: Traditionelles Modell des sequenziellen Krankheitsverlaufes 35

Abbildung 7: Modell der Gleichzeitigkeit und Verzahnung bei nicht-sequenziellen Krankheitsverläufen 35

Abbildung 8: Struktur der ICF 39

Abbildung 9: Das biopsychosoziale Modell der Komponenten der Gesundheit der ICF 40

Abbildung 10: Klassifikationsmöglichkeiten des fokalen ischämischen Schlaganfalls 49

Abbildung 11: Interdisziplinäres Team unter fachärztlicher Leitung 67

Abbildung 12: Neurologisches Rehaphasenmodell 69

Abbildung 13: Modell der Person-Umfeld-Analyse nach Schulze 108

Abbildung 14: Foto und Modell der Interviewergebnisse V2 R2 122

Abbildung 15: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell 132

Abbildung 16: Förderfaktoren und Barrieren der Rehabilitanden (1. Erhebung) 159

Abbildung 17: Förderfaktoren und Barrieren der Partner (1. Erhebung) 189

Abbildung 18: Förderfaktoren und Barrieren der Rehbailitanden (2. Erhebung) 213

Abbildung 19: Förderfaktoren und Barrieren der Partner (2. Erhebung) 236

Abbildung 20: Förderfaktoren und Barrieren im Vergleich von Rehabilitanden und Partner (1. Erhebung) 254

Abbildung 21: Förderfaktoren und Barrieren im Vergleich von Rehabilitanden und Partner (2. Erhebung) 255

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ACA	A. cerebri anterior (vordere Gehirnschlagader)
ACM	A. cerebri media (mittlere Gehirnschlagader)
ACP	A. cerebri posterior (hintere Gehirnschlagader)
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
BRK	Behindertenrechtskonvention
DGSMP	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DSG	Deutsche Schlaganfall Gesellschaft
BI	Barthel-Index
FBI	Frühreha-Bartel-Index
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (deutsch: Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeits-störungen und Beeinträchtigungen)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
PUA	Person-Umfeld-Analyse
SAB	Subarachnoidalblutung
SDSH	Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe
SGB	Sozialgesetzbuch
SOC	Sense of Coherence (deutsch: Kohärenzsinn/Kohärenzgefühl)
SVT	Sinus- oder Hirnvenenthrombose
WHO	World Health Organization (deutsch: Weltgesundheitsorganisation)

1 EINLEITUNG

„Ein Schnupfen hätte auch gereicht…“

…mit diesen Worten ihres Buchtitels meldete sich Gabi Köster, Schauspielerin und Komikerin, nach einem schweren Schlaganfall und einem langen Rehabilitationsweg im Jahr 2011 in der Öffentlichkeit zurück. Gabi Köster ist 49 Jahre alt, als sie 2008 einen Schlaganfall erleidet (Köster & Hoheneder 2011).
Drei Jahre lang hat sie gewartet, bis sie den Schritt in die Öffentlichkeit gegangen ist. Bis dahin hat ihr Management jegliche Spekulationen hinsichtlich einer Erkrankung der Schauspielerin und Komikerin unterbunden. Mit ihrem Buch lässt Gabi Köster die Öffentlichkeit an ihren Erfahrungen teilhaben und gewährt Einblicke in ihre durch den Schlaganfall veränderte Lebensrealität. Ihre Geschichte zeigt, dass auch jüngere Menschen von einem Schlaganfall betroffen sein können und dass der Weg zurück ins Leben lang und anstrengend ist. Sie zeigt jedoch auch, dass sich die Anstrengungen gelohnt haben.

Gabi Kösters Geschichte ist kein Einzelschicksal. Berechnungen der World Stroke Organisation zufolge, erleidet im Laufe des Lebens jeder sechste Mensch einen Schlaganfall (Liesch 2012, p.13). In Deutschland geschehen im Durchschnitt 729 Schlaganfälle an einem Tag, d.h., in jeder zweiten Minute erleidet eine Person einen Schlaganfall (Marquardt 2013, p.4). Wirtschaftlich entwickelte Länder, wie Deutschland, müssen sich, trotz eines sehr guten Gesundheitssystems, auf eine Zunahme der Schlaganfallzahlen einstellen. Die erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit von Schlaganfällen steht zum einen in Abhängigkeit zu gesundheitsbeeinträchtigenden Lebensgewohnheiten (Liesch 2012), zum anderen in Abhängigkeit zu der demografischen Entwicklung. Dennoch konnte durch einen Ausbau des Rettungsdienstes, die Einrichtung eines flächendeckenden Notarztsystems sowie die Weiterentwicklung der Intensivmedizin, die Sterblichkeitsrate nach Schlaganfall in den letzten 40 Jahren um nahezu 40% gesenkt werden (Liesch 2012, p.13). Aufgrund dieser verbesserten Versorgungsstrukturen überleben immer mehr Menschen schwere und schwerste Schädigungen des zentralen

Nervensystems (Benson, Albs-Fichtenberg, Weimar, & Krampen 2006, p.15).

Von diesen Personen, die durch die verbesserten, akutmedizinischen Versorgungsleistungen den Schlaganfall überleben, können ca. 40% nahezu ohne Einschränkungen in das Privat- und Berufsleben integriert werden (Eschenfelder, Zeller, & Stingele 2006, p.303). Knapp 60% der Patienten bleiben dagegen langfristig auf Unterstützungs- und Pflegeleistungen angewiesen (Kreimeier & Hacke 2008, p.157). Für sie ändert sich das Leben von Grund auf. Sie müssen die Krankheitsgeschehnisse verarbeiten und sich mit der veränderten Lebenssituation arrangieren. Das komplexe Ausmaß der Veränderungen wird oftmals erst in der Konfrontation mit der häuslichen, beruflichen und familiären Situation sichtbar.

> "Stroke patients may spend several days or weeks in hospital, but it is in the months and years after discharge that they, their families and carers experience the full impact of stroke." (National Audit Office 2010, p.31)

In diesem Zitat wird beschrieben, dass die Zeit in einem Krankenhaus oftmals nur wenige Tage oder Wochen umfasst, sich die Auswirkungen des Schlaganfalls jedoch erst in den Monaten und Jahren danach zeigen. Es wird auch die Rolle des sozialen Umfeldes im Prozess der Krankheitsverarbeitung angesprochen. Insbesondere die Partner leisten Unterstützung in der Bewältigung alltäglicher Prozesse, bieten emotionalen Rückhalt und passen ihr Leben an die veränderten Gegebenheiten an (Schlote & Richter 2007, p.232ff). In dem Bestreben für ihre Partner da zu sein und sie in der Bewältigung ihrer Herausforderungen bestmöglich zu unterstützen, stoßen sie oftmals und unbemerkt an eigene Belastungsgrenzen. Überlastungen und Folgeerkrankungen der Partner stellen daher häufige Auswirkungen nach einem Schlaganfall dar (Wendel 2003, p.25). Darüber hinaus zeigt sich, dass nicht nur etwaige körperliche Beeinträchtigungen, sondern insbesondere Änderungen der Verhaltensebene sowie Persönlichkeitsveränderungen der Betroffenen zu einem erhöhten Belastungsempfinden der Partner und zu Störungen der Beziehungsstruktur führen (Lucius-Hoene & Nerb 2011, p.55). In dieser Situation nehmen sich die Betroffenen und ihre Partner oftmals als allein gelassen wahr. Tatsächlich gelten ambulante Versorgungsangebote als längst nicht so gut ausgebaut, wie stationäre Strukturen (Reuther, Hendrich, Kringler, & Vespo 2012, p.424ff).

Die konzeptionellen Bedingungen von Rehabilitationsprozessen für Menschen mit Schlaganfall entwickeln sich, insbesondere in den letzten zehn Jahren, mit einem positiven Verlauf.

Mit der Einführung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) im Jahr 2002 wurden in Deutschland neue medizinische Rahmenbedingungen für Menschen mit Gesundheitsproblemen geschaffen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information & World Health Organization 2005). Der ICF entsprechend werden nicht die Krankheiten oder Gesundheitsprobleme einer Person klassifiziert, sondern die Auswirkungen, die Krankheiten und Gesundheitsprobleme auf den Gesundheitszustand einer Person haben. Neben den gesundheitsspezifischen Aspekten, finden somit auch Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren, als Einflussgröße auf den Gesundheitszustand, Berücksichtigung. Das Modell klassifiziert sowohl Faktoren, die Behinderungen begünstigen als auch Faktoren, die Behinderungen verhindern. Das Partizipationslevel, als vorangestelltes Ziel von Gesundheitsprozessen, wird diesem Grundmodell gemäß als Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und den ihr zugehörigen personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren verstanden (Rentsch & Bucher 2006, p.17).

Eine weitere Stärkung der Rahmenbedingungen für Menschen nach Schlaganfall, stellt die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) dar. Mit der Unterzeichnung der BRK im Jahr 2007 wurde in Deutschland ein menschenrechtlicher Anspruch auf Teilhabe zugesichert. Auf Grundlage dieser Konvention ist für alle Menschen weltweit, ob mit oder ohne Behinderung, der volle und gleichberechtigte Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten. Im Artikel 26 Habilitation und Rehabilitation, steht beschrieben, dass wirksame und geeignete Maßnahmen getroffen werden müssen, um Menschen mit Behinderungen ein Höchstmaß an Unabhängigkeit sowie die volle Einbeziehung und die Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu ermöglichen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2010). Für Personen, nach einem Schlaganfall, liegt demnach ein rechtlicher sowie medizinischer Anspruch auf Rehabilitationsleistungen vor, welcher die konsequente Vermeidung negativer Auswirkungen des Schlaganfalls auf die Partizipation am Leben zum Ziel hat.

Eine weitere Maßnahme zur Etablierung der Rahmenbedingungen zeigt sich in der Erarbeitung eines Aktionsplans der Weltgesundheitsorganisation

(WHO) zur „Besseren Gesundheit für Menschen mit Behinderungen“, der seit 2013 auf der Grundlage des Weltberichts zum Thema Behinderung und in Übereinstimmung der BRK ausgearbeitet wird und in einem 1.Entwurf vorliegt. Mit der Entgegennahme der zuvor eingereichten Resolution WHA66.9 über Behinderung an die WHO erkennt diese das Thema Behinderung als globales Thema im Bereich der öffentlichen Gesundheit an und räumt der Erarbeitung von Maßnahmen zur Besserung der Gesundheitssituation von Menschen mit Behinderungen Priorität ein. Unter anderem sieht der Aktionsplan eine Stärkung und Erweiterung von Habilitations- und Rehabilitationsdiensten vor und umfasst z.B. eine gemeindenahe Rehabilitation (Weltgesundheitsorganisation 2013, p.1ff).

Trotz übergeordneter Rahmenbedingungen von Versorgungsprozessen, die für Personen nach einem Schlaganfall gleichermaßen Bestand haben, zeigen sich Unterschiede hinsichtlich der Rehabilitationsergebnisse. Während einige Rehabilitanden nicht ihr volles Rehabilitationspotential ausschöpfen, erzielen andere wiederum bessere Rehabilitationserfolge, als ihnen aufgrund medizinischer Indikatoren zugetraut worden ist. Ein Einflussfaktor hierfür scheint in der Person selbst zu liegen. In der ICF findet dieser Effekt als personenbezogener Faktor Berücksichtigung. Er beinhalten u.a. Komponenten wie Alter, Geschlecht, Motivation und Vorerkrankungen, die einen positiven wie negativen Einfluss auf Rehabilitationsprozesse nehmen können. Auch Umweltfaktoren werden in der ICF berücksichtigt. Zu ihnen zählen z.B. die Einstellungen der Familienmitglieder, die ebenfalls einen positiven Einfluss auf den Rehabilitanden sowie den Rehabilitationsverlauf nehmen können (Schuntermann 2009, p.23ff).
Beide Wirkfaktoren, die des Rehabilitanden selbst als auch die des Partners, bilden den Ausgangspunkt des Erkenntnisinteresses der vorliegenden Dissertation. Um die Verhaltensweisen und Wahrnehmungen der Rehabilitanden und Partner für den Forschungsprozess zugänglich zu machen, wurde die Feldtheorie nach Lewin als Leittheorie zugrunde gelegt. Die Feldtheorie hat zum Ziel Verhalten zu erklären (Graumann 1982, p.157ff). Hierfür wird der Lebensraum einer Person hinsichtlich seiner positiv und negativ wirkenden Faktoren analysiert. Auf diese Weise lässt sich verdeutlichen in welchen Bereichen des Lebens Motivationen im Hinblick auf Zielerreichung bestehen. Dieses Wissen wiederum lässt sich für Rehabilitationsprozesse nutzen, um

Therapien so zu gestalten, dass Rehabilitanden sich von ihnen angesprochen fühlen (Schulze 2012, p.59ff).

Die beschriebenen Rahmenbedingungen und theoretischen Annahmen bilden die Grundlage dieser Dissertation. Das Erkenntnisinteresse besteht darin Auswirkungen von Rehabilitationsprozessen nach einem Schlaganfall auf Partnerschaften zu untersuchen und explizit die unterschiedlichen Wahrnehmungen der Partner zu berücksichtigen. Das Forschungsziel besteht entsprechend darin, Förderfaktoren und Barrieren von Menschen mit Schlaganfall und ihren Partner zu erheben und unterschiedliche Wahrnehmungen auf den Rehabilitationsprozess als mögliche Konfliktpotentiale der Partnerschaft herauszustellen. Hierfür wurden die Wirkungsräume PERSON, FAMILIE, BEKANNTENKREIS, REHABILITATION, BERUF und ALTERNATIVER WIRKUNGSRAUM als zu untersuchende Bereiche festgelegt und aus den Perspektiven der Rehabilitanden und ihrer Partner dargestellt.
Die aus dem Forschungsstand zum Thema Schlaganfall und Partnerschaft hergeleitete und formulierte Forschungsfrage lautete „WELCHE FÖRDERFAKTOREN UND BARRIEREN WERDEN VON MENSCHEN MIT SCHLAGANFALL UND IHREN PARTNERN IM REHABILITATIONSVERLAUF WAHRGENOMMEN?“
Der gewählte Forschungszugang begründet zugleich den wissenschaftlichen Nutzen der (rehabilitations-)pädagogischen Perspektive im Hinblick auf das medizinische Forschungsfeld Schlaganfall. Personen, die einen Schlaganfall erlitten haben, stehen vielfältigen Bewältigungsprozessen gegenüber, die überwiegend nicht (mehr) in dem stationären, medizinischen Kontext verortet sind, sondern sich als Herausforderung im täglichen Leben zeigen. In diesen Prozessen sind Rehabilitanden, Partner, Familienmitglieder und Angehörige auf Begleitung und Beratung angewiesen, die beide als klassische Aufgabengebiete der (Rehabilitations-)Pädagogik verstanden werden können (Schulze 2012, p.55). Unter Berücksichtigung des Anspruchs, der durch die Einführung der ICF gestellt wird, nämlich den gesamten Lebenshintergrund einer Person für individuelle Partizipationsplanungen zu berücksichtigen, sind eine Kooperation sowie ein gegenseitiges Verstehen von Zugängen der Fachdisziplinen Medizin und Pädagogik unumgänglich (Zieger 2012, p.41ff).

Zur Bearbeitung des Forschungsziels und der Beantwortung der Fragestellung wurde die Dissertation in insgesamt neun Kapitel unterteilt. Im *Kapitel 2*

wir der theoretische Diskus beschrieben. Dieser Diskurs beinhaltet jene Themen, die nicht in einem unmittelbaren Zusammenhang zu dem Thema Partnerschaft und Schlaganfall stehen, jedoch wichtige Rahmenbedingungen für die Bearbeitung bieten. Zunächst wird das Themenfeld GESUNDHEIT ALS GESELLSCHAFTLICHE HERAUSFORDERUNG IM KONTEXT DER DEMOGRAFISCHEN ENTWICKLUNG erarbeitet. Daran schließen sich die Definition und Beschreibung der Fachdisziplin REHABILITATIONSPÄDAGOGIK an. Im weiteren Verlauf wird das Gesundheitsverhalten aus Sicht der zugrundeliegenden Leittheorie, der Feldtheorie, betrachtet. Abschließend werden Hinweise aus der Versorgungsforschung im theoretischen Diskurs berücksichtigt.

Das *Kapitel 3* beschreibt den Rehabilitationsprozess nach einem Schlaganfall. Die ICF wird als Rahmen der Rehabilitationsprozesse beschrieben. Anschließend wird das Erkrankungsbild SCHLAGANFALL definiert, erläutert und im Hinblick auf seine gesellschaftliche Relevanz begründet. Als weiterer Rahmen werden die SOZIALRECHTLICHEN GRUNDLAGEN rehabilitativer Prozesse erläutert. Zur Skizzierung des weiteren Behandlungsverlaufes nach einem Schlaganfall wird die AKUTVERSORGUNG, das REHA-PHASEN-MODELL und DIE BEDEUTUNG DER REHA-PHASE E ALS BRÜCKE ZUR PARTIZIPATION beschrieben. Im weiteren Verlauf werden die Bedeutung der KRANKHEITSVERARBEITUNG und die Rolle des PARTNERS, DER FAMILIE UND DER ANGEHÖRIGEN ALS SOZIALE RESSOURCE begründet. In diesem Teilkapitel erfolgt auch eine Abgrenzung der drei Begrifflichkeiten, die in der Literatur häufig synonym verwendet werden, voneinander.

Die zugrundeliegende Forschungsfrage wird im *4. Kapitel* hergeleitet. Hierfür wird zunächst das ERKENNTNISINTERESSE beschrieben. Daran schließt sich die Darstellung des AKTUELLEN FORSCHUNGSSTANDES zum Thema Partnerschaft und Schlaganfall an. Hieraus leiten sich die FORSCHUNGSFRAGE und die ihr zugehörigen Leitfragen ab.

Im *5. Kapitel* wird das methodische Design dieser Dissertation beschrieben. Die PERSON-UMFELD-ANALYSE wird als Grundlagenmodell und als methodischer Zugang der Studie beschrieben und begründet. Daran schließt sich eine Beschreibung des PROBLEMZENTRIERTEN INTERVIEWS als gewählte Erhebungsform an. Die Erkenntnisse aus der ENTWICKLUNG DES LEITFADENS sowie die Durchführung und die ANALYSE DES PRE-TESTS sind weitere Bestandteile dieses Kapitels. Des Weiteren werden der ZUGANG ZUM FELD sowie die AUSWAHL DER INTERVIEWTEILNEHMER beschrieben. Die Erstellung des TRANSKRIPTS und des POSTSKRIPTS werden, als wesentliche Arbeitsschritte

hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses, erläutert. Anschließend erfolgt die Beschreibung des Auswertungsverfahrens, das in der vorliegenden Dissertation als QUALITATIVE INHALTSANALYSE gewählt wurde. Das Kapitel schließt mit einer Beschreibung und Begründung der GÜTEKRITERIEN QUALITATIVER FORSCHUNG und der FORSCHUNGSETHISCHEN PRINZIPIEN.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt im *6. Kapitel*. Zunächst wird eine kurze FALLBESCHREIBUNG JEDES UNTERSUCHUNGSPAARES vorgenommen. Daran schließt sich die FALLÜBERGREIFENDE SKIZZIERUNG DER VERÄNDERTEN LEBENSSITUATION nach einem Schlaganfall an. Es folgen die AUSWERTUNGEN DER FÖRDERFAKTOREN UND BARRIEREN IM REHABILITATIONSPROZESS die von der Gruppe der Rehabilitanden und von der Gruppe der Partner, zu den zwei Erhebungszeitpunkten, wahrgenommen werden. Zuletzt werden die UNTERSCHIEDLICHEN WAHRNEHMUNGEN VON FÖRDERFAKTOREN UND BARRIEREN IM REHABILITATIONSVERLAUF im Vergleich beider Gruppen sowie die Beschreibung von HINWEISEN AUF PARTNERSCHAFTLICHE MISSVERSTÄNDNISSE UND KONFLIKTE erarbeitet.

Im *Kapitel 7* werden diese FORSCHUNGSERGEBNISSE im Hinblick auf den im Kapitel 4 beschriebenen Forschungsstand eingeordnet und DISKUTIERT. Zusätzlich erfolgt auf Grundlagen der eingeführten Theorien, insbesondere der Feldtheorie, eine INTERPRETATION DER ERGEBNISSE.

Das *Kapitel 8* umfasst die REFLEXION DES METHODISCHEN DESIGNS. Berücksichtigt wird die Reflektion des Forschungsprozesses in Hinblick auf EFFEKTE FÜR DIE UNTERSUCHTE ZIELGRUPPE und in Hinblick AUF DIE FORSCHUNG ZUM THEMA SCHLAGANFALL. Weiterhin erfolgen REHABILITATIONSPÄDAGOGISCHE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN und die Darstellung von FORSCHUNGSDESIDERATEN.

Die ZUSAMMENFASSUNG der Bearbeitungsschritte sowie der ERKENNTNISSE des Forschungsprozesses erfolgt im *Kapitel 9*. Mit einem AUSBLICK zu offenen Forschungsfragen und Empfehlungen für künftige Forschungsthemen schließt diese Dissertation.

In dieser Arbeit wird - wenn nicht anders gekennzeichnet - vorwiegend die männliche Schreibweise genutzt. Die damit einhergehende Missachtung der weiblichen Schreibweise soll keine Diskriminierung darstellen, sondern beruht auf Gründen der besseren Lesbarkeit.

Vermerk: Auf Grund der Maßnahmen des Datenschutzes der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg sind die Interviewtranskripte kein Bestandteil dieser Druckversion der Dissertation. Die Verweise auf Interviewpassagen und den Anhang beziehen sich auf die Abgabefassung der Dissertation. Ein Einblick in die Abgabefassung sowie in die Transkripte ist durch die Autorin möglich.

2 DIE BEDEUTUNG DER PÄDAGOGIK IM KONTEXT VON REHABILITATION

In diesem Kapitel wird die Bedeutung von Gesundheitsthemen im Hinblick auf die demografische Entwicklung in Deutschland und deren besondere gesamtgesellschaftliche Relevanz dargestellt. Um den dieser Dissertation zugrundeliegenden Forschungszugang zu verdeutlichen, wird die Rehabilitationspädagogik beschrieben und ihre Bedeutung für Gesundheitskontexte herausgestellt. Die theoretischen Hintergründe der Person-Umfeld-Analyse (PUA), die im Kapitel 5.1 erläutert wird, werden in diesem Kapitel unter Bezugnahme auf die Feldtheorie dargestellt. Die Feldtheorie ermöglicht einen Zugang zur Analyse menschlichen Verhaltens und wird für die vorliegende Dissertation für den Bereich des Gesundheitsverhaltens adaptiert. Im letzten Abschnitt dieses Kapitel wird die noch junge Forschungsdisziplin Versorgungsforschung in ihren Besonderheiten beschrieben.

2.1 Gesundheit als gesellschaftliche Herausforderung im Kontext der demografischen Entwicklung

Unterschiedliche Epochen und unterschiedliche Fachdisziplinen haben zu einem breiten Verständnis dessen geführt, was mit GESUNDHEIT gemeint ist. Das Bestehen verschiedener Definitionen ist unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Kontexte, in denen sie entstanden sind, nachvollziehbar und angemessen. Um der Komplexität der Gesundheitsdefinitionen begegnen zu können, wird hier eine auf Dimensionen bezogene Einordnung vorgenommen:

- Gesundheit als Störungsfreiheit
- Gesundheit als Wohlbefinden
- Gesundheit als Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung
- Gesundheit als Gleichgewichtszustand (Homöostase)
- Gesundheit als Flexibilität (Heterostase)
- Gesundheit als Anpassung (Franke 2006, p.30ff).

In wissenschaftlichen Kontexten nimmt das zugrundeliegende Verständnis von Gesundheit zwangsläufig Einfluss auf die theoretische Argumentation.

Zwei Definitionen sollen exemplarisch angeführt werden:

> „Gesundheit kann definiert werden als der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert ist." (Parsons 1984, p.71)

> „Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt." (Hurrelmann 2006, p.176)

Gebrauchen Wissenschaftler den Begriff der Gesundheit als Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung (Definition nach Parsons), wird auch die theoretische Argumentationslinie die Wiederherstellung der Gesundheit eines Individuums zur Erfüllung gesellschaftlicher Aufgaben fokussieren. Wird jedoch der Begriff der Gesundheit als Wohlbefinden gewählt (Definition nach Hurrelmann), wird sich die Argumentationslinie theoretischer Konstrukte bedienen, die das individuelle Wohlbefinden als höchste Priorität für Gesundheitsprozesse herausstellen. Der Gesundheitsdefinition von Parson zufolge wäre ein Ziel im Gesundheitsprozess erreicht, wenn ein Individuum die von ihm zu erfüllenden gesellschaftlichen Aufgaben wieder erfüllen kann. Der Definition Hurrelmann gemäß ist Gesundheit dann erreicht, wenn die erkrankte Person, Wohlbefinden und Lebensfreude empfindet. Die durch Gesundheitsprozesse verfolgten Ziele sind demnach unterschiedlich.
Gesundheitsdefinitionen, die vor dem Jahr 1948 entstanden sind, weisen oftmals ein negatives Verständnis von Gesundheit auf. In diesen wird Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit angenommen. Im Jahr 1948 verabschiedet die WHO die erste offiziell positiv formulierte Definition von Gesundheit (Lippke & Renneberg 2006, p.7). Demzufolge wird Gesundheit verstanden als

> „a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity." (World Health Organization 1986)

In dieser Formulierung fallen die Parallelität von subjektiven Aspekten und objektivierbaren Dimensionen auf. Dies ist umso interessanter vor dem Hintergrund, dass die subjektive Sicht bezüglich des eigenen Gesundheitszustands von der objektiven Krankheitsdiagnose stark abweichen kann. Es kann also zu einer Diskrepanz zwischen Befund und Befinden kommen (Naidoo & Wills 2010, p.7).

Für die Beschreibung und Erklärung von Gesundheit und Krankheit sind unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitsmodelle entwickelt worden (Lippke & Renneberg 2006). Im Grundsatz lässt sich das medizinische von dem sozialen Modell unterscheiden. Im medizinischen Modell wird Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit verstanden. Jegliche Gesundheitsleistungen sind dementsprechend auf die Behandlung von kranken und beeinträchtigten Menschen gerichtet. Das soziale Modell hingegen versteht Gesundheit als Ergebnis sozialer, biologischer und physischer Umweltfaktoren und stuft neben der Behandlung bereits erkrankter Personen auch präventive Angebote als Gesundheitsdienste ein (Naidoo & Wills 2010, p.10).
Das dieser Dissertation zugrundeliegende Verständnis von Gesundheit lässt sich durch das biopsychosoziale Modell abbilden. Dieses umfasst sowohl Merkmale für die Entstehung von Gesundheit als auch für die Entstehung von Krankheit und gilt als Grundlagenmodell der ICF.

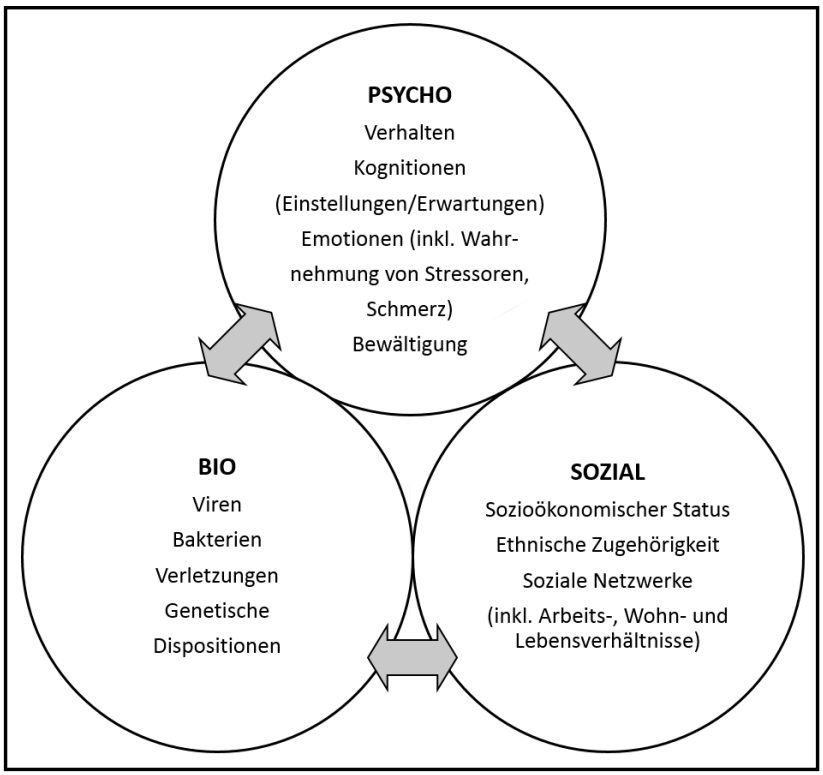


Abbildung 1: Das biopsychosoziale Modell

(Lippke & Renneberg 2006, p.9)

Dimensionen wie Bewältigung und soziale Netzwerke werden diesem Modell gemäß für die Entstehung des Gesundheitszustandes ebenso angenommen

wie Verletzungen oder genetische Dispositionen. Dem biopsychosozialen Modell zufolge werden Gesundheit und Krankheit nicht als absolute Zustände angesehen, sondern als Endpunkte eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums. Gesundheit im Sinne von Funktionsfähigkeit wird verstanden

> "as outcomes of interactions between health conditions (diseases, disorders and injuries) and contextual factors." (World Health Organization 2002)

Die Funktionsfähigkeit einer Person wird demnach unter Berücksichtigung der Gegebenheiten ihres gesamten Lebenshintergrundes (Kontextfaktoren) und des zugrunde liegenden Gesundheitsproblems betrachtet. Diesem Verständnis nach ist Gesundheit nicht allein im Individuum verortet, sondern das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen Individuum und Umwelt. Eine Person gilt der ICF nach als funktional gesund, wenn - vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren -

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesundes Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (gemäß der ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen) (Schuntermann 2009, p.19).

In wissenschaftlichen Auseinandersetzungen, die gesundheitsrelevantes Verhalten von Menschen zum Gegenstand haben, müssen neben wissenschaftlichen Gesundheitsmodellen auch sogenannte Laienkonzepte von Gesundheit Berücksichtigung finden.
Laienkonzepte beschreiben subjektive Annahmen zu Gesundheit (Faltermaier 2005, p.30). Durch unterschiedliche Studien konnten fünf gängige Laienkonzepte herausgestellt werden:

1. Gesundheit als Nichtkranksein
2. Gesundheit als körperliche Fitness
3. Gesundheit als intakte soziale Beziehungen
4. Gesundheit als Funktionstüchtigkeit
5. Gesundheit als psychisches und soziales Wohlbefinden.

Diese fünf Laienkonzepte konnten als Übereinstimmung von sehr heterogenen Gruppen erstellt werden. Dennoch zeigen sich auch alters-, geschlechts- und schichtspezifische Häufigkeiten. So wird beispielsweise das Gesundheitsverständnis als psychisches und soziales Wohlbefinden häufiger von Frauen als von Männern und häufiger von Personen der höheren Einkommens- und Bildungsschicht benannt (Naidoo & Wills 2010, p.14).
Die Laienkonzepte verdeutlichen, dass der eigene Gesundheitszustand von subjektiven Annahmen über Ursachen und Zusammenhänge von Krankheit geprägt ist. Sie beeinflussen das Wahrnehmen gesundheitsrelevanter Informationen und geben einen Hinweis darauf, inwieweit sich das Individuum selbst für den Erhalt bzw. die Wiederherstellung von Gesundheit verantwortlich fühlt. In Hinsicht auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit in Therapieprozessen ist daher die grundsätzliche Klärung des Gesundheitsverständnisses eine wesentliche Voraussetzung.
Auch in wissenschaftlichen Kontexten wurden diverse Modelle und Theorien mit dem Ziel entwickelt, menschliches Gesundheitsverhalten zu analysieren und einzuordnen. Als positives Gesundheitsverhalten werden die Aktivitäten einer Person benannt,

> „die der Prävention von Krankheiten, der Förderung der Gesundheit und dem Schutz vor Verletzungen dienen." (Egger & Razum 2012, p.132)

Eines dieser Gesundheitsmodelle ist die sozial-kognitive Theorie nach Bandura (Bandura 2001, p.1ff). Dieser Theorie zufolge nimmt die Selbstwirksamkeitserwartung einen direkten Einfluss auf das gezeigte Verhalten einer Person. Sie stellt die eigene Erwartung dar, aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich selbst ausführen zu können (Schwarzer 2004, p.61f). Ob gesundheitsfördernde Maßnahmen von einer Person umgesetzt werden, hängt diesem Modell nach nicht zuletzt auch davon ab, ob sich die Person ausreichend dazu befähigt fühlt.

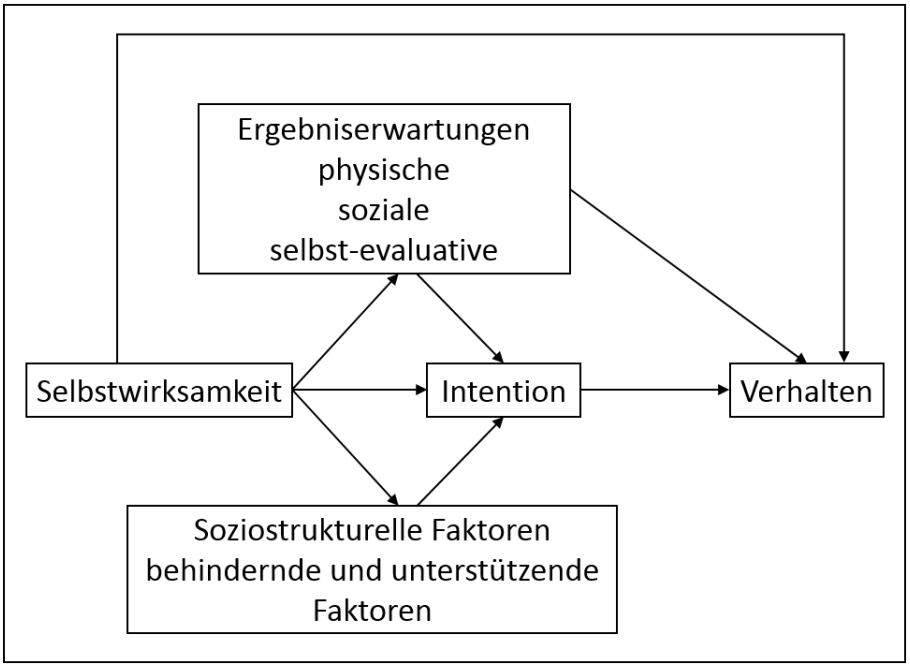


Abbildung 2: Einfache Skizze zur sozial-kognitiven Theorie

(Schwarzer 2004, p.61)

Das Modell veranschaulicht den Zusammenhang individueller Faktoren und externer, sozialstruktureller Faktoren, die im Hinblick auf Verhaltensweisen einflussnehmend sind.

Ein weiteres Modell, das Gesundheit und Gesundheitsverhalten beschreibt, ist das Konzept der Salutogenese, welches zwischen 1960 und 1970 von dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky entwickelt wurde. Der Begriff der Salutogenese bedeutet die Entstehung von Gesundheit (Schmitz 2011, p.9) und legt damit ebenfalls ein positives Verständnis von Gesundheit zugrunde. In einer Adaption des Salutogenese-Modells auf Patienten mit Schädel-Hirnschädigung wurde das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence (SOC)) als zentrale Einflussgröße herausgestellt (Schmitz 2011, p.44f). Das Kohärenzgefühl wird durch seine drei Komponenten definiert und beschrieben: Mit dem Gefühl der Verstehbarkeit (Sense of Comprehensibility) wird beschrieben, inwieweit eine Person neue Eindrücke als „geordnete, konsistente und klar strukturierte Information“ (Antonovsky 1997, p.34) erlebt und damit zukünftige Situationen als vorhersagbar oder erklärbar empfindet. Das Gefühl der Handhabbarkeit (Sense of Manageability) umfasst die Ausprägung be-

züglich der Annahme einer Person, dass ihr geeignete Ressourcen zur Verfügung stehen, um neuen Herausforderungen begegnen zu können. Schließlich wird unter dem Gefühl der Sinnhaftigkeit (Sense of Meaningfulness) die motivationale Ebene einer Person berücksichtigt (Schmitz 2011, p.44f). Eine zu lösende Herausforderung, wie der Bewältigung gesundheitsfördernder Maßnahmen, kann nur dann entsprochen werden, wenn diese individuell als sinnhaft empfunden werden. Eine Person wird demzufolge nur dann auf verfügbare Ressourcen zurückgreifen, wenn eine Sinnhaftigkeit in der Ausführung der therapeutischen Handlungsempfehlungen empfunden wird. Die individuelle Sinnhaftigkeit ist damit Voraussetzung für eine aktive Beteiligung am Therapieprozess, wodurch die Aufklärung bezüglich therapeutischer Maßnahmen und der damit verfolgten Zielen einen essentiellen Stellenwert jeglicher Therapiemaßnahmen einnimmt.

Antonovsky stellt ebenfalls einen positiven Zusammenhang zwischen einem ausgeprägten Kohärenzgefühl und gesundheitsförderndem Verhalten heraus:

> „there is indeed a basis for anticipating a causal sequence between SOC, health behaviors, and health. That is to say, persons with a strong SOC will engage in adaptive health behaviors more often than those with a weak SOC, all other things being equal. […] My hypothesis then is that the strength of the SOC has *direct* physiological consequences and, through such pathways, affects health status." (Antonovsky 1980, p.153f)

Demzufolge gelingt Personen mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl ein besserer Umgang mit den an sie gestellten Anforderungen. Darüber hinaus entstehen für sie weniger Stresssituationen und sie nehmen Zugänge zum Gesundheitswesen häufiger in Anspruch (Schmitz 2011, p.58).

Der Zusammenhang zwischen den drei beschriebenen Komponenten und ihr Einfluss auf den Gesundheitszustand einer Person werden in der Abbildung 3 aufgegriffen.

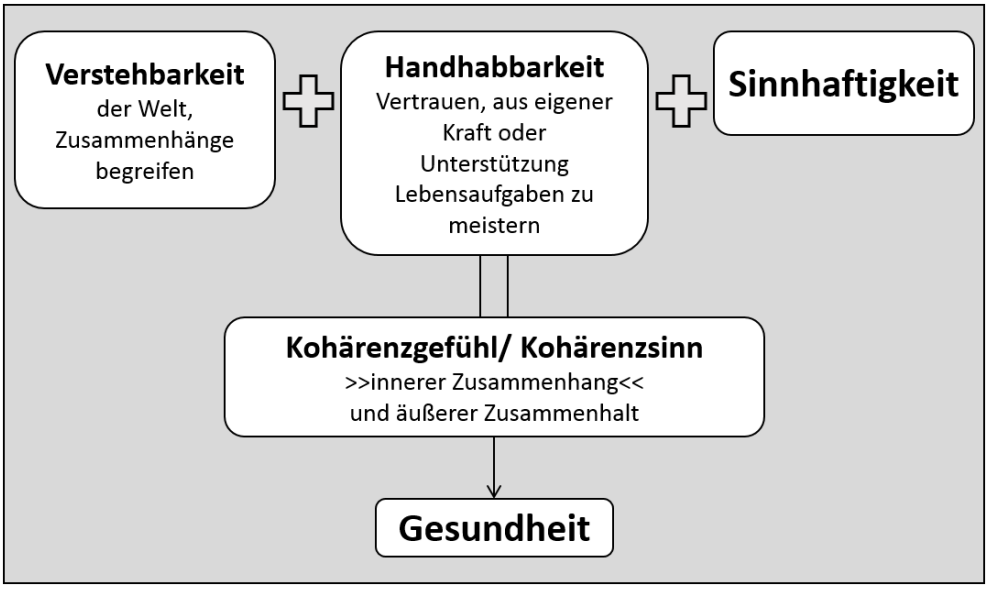


Abbildung 3: Kohärenzgefühl und Gesundheit

(Schiffer 2001, p.29)

Im weiteren Diskurs dieser Dissertation wird auch eine Beschreibung dessen, was als Abwesenheit von Gesundheit, also als Erkrankung, Beeinträchtigung bzw. Behinderung verstanden wird, relevant sein. Aus diesem Grund wird im Folgenden eine Einbindung des Behinderungsbegriffes erfolgen. Eine einflussreiche Definition findet sich in der Behindertenrechtskonvention (BRK). Sie wurde im Jahr 2010 durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales als Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen veröffentlicht. Dieser Konvention zufolge kann Behinderung verstanden werden als

> „langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigung [haben], welche in Wechselwirkung mit unterschiedlichen Barrieren Menschen an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können." (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2010, p.10)

Durch die Einführung der BRK ist der Bezugsrahmen für Menschen mit Behinderungen in Deutschland damit nicht nur sozialrechtlich, sondern auch menschenrechtlich verankert. Durch die BRK wird der Anspruch erhoben,

> „den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern." (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2010, p.10)

Ebenso wie in der Behinderungsdefinition der BRK als auch in der sozialkognitiven Theorie nach Bandura und dem Verständnis der *Funktionalen Gesundheit* der WHO wird eine Wechselwirkung zwischen dem Individuum und den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen betont, die den Gesundheitszustand dieses Individuums bestimmen.
Dass diese angenommene Wechselwirkung auch im Hinblick auf die demografische Entwicklung in Deutschland ein bedeutsames Thema ist, wird im Folgenden aufgegriffen.

> „Demografischer Wandel bedeutet eine Veränderung der Alterszusammensetzung der Bevölkerung, die auf Veränderungen der Fertilität oder Mortalität oder auf Migration zurückzuführen ist. Der säkulare Rückgang der Geburtenrate sowie der zeitliche Aufschub des durchschnittlichen Alters von Erstgebärenden haben den Altenquotienten, also das Zahlenverhältnis zwischen der ruheständigen und der arbeitenden Bevölkerung, in den letzten Jahrzehnten verschlechtert. Der gleichzeitige Rückgang bei der Sterblichkeit, der im ruheständigen Alter besonders stark ausgeprägt war, hat den Altenquotienten noch deutlicher nach oben gedrückt.“ (Felder 2012, p.614)

Deutlich wird die Wechselwirkung zwischen individuellen Lebensplanungen (z.B. späte Schwangerschaften) und den gesellschaftlichen Ausprägungen für die Gesamtgesellschaft Deutschlands (erhöhter Altenquotient). Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung, die sich bislang und zukünftig auf Deutschland bezogen zeigen, lassen sich durch statistisches Datenmaterial belegen. Laut dem Statistischen Bundesamt waren im Jahr 2009 die Gruppe der unter 20-Jährigen und die Gruppe der über 65-Jährigen mit jeweils 20% gleich groß. Für das Jahr 2050 wird eine Umverteilung erwartet, die die Gruppe der über 65-Jährigen doppelt so groß werden lässt wie die Gruppe der unter 20-Jährigen. Des Weiteren wird Berechnungen aus dem Jahr 2008 zufolge die Zahl der Älteren (65-bis 85-Jährige) und Hochaltrigen (über 85-Jährige) weiter steigen. Prognosen zufolge wird um das Jahr 2060 jede 3. Bürgerin und jeder 4. Bürger zur Bevölkerungsgruppe der Älteren (65 Jahre und älter) gehören (Hoffmann, Menning, & Schelhase 2008, p.21ff). In einem Mikrozensus aus dem Jahr 2005 gaben 28% der über 75-Jährigen an, krank zu sein oder eine Unfallverletzung zu haben. Damit ist mehr als jede 4. Person dieser Gruppe von einer Gesundheitseinschränkung betroffen (Saß, Wurm, & Ziese 2008, p.32). Im Jahr 2004 sind 45% der gesamten Krankheitskosten durch die Gruppe der über 64-Jährigen entstanden, die nur ca. 20% der Bevölkerung darstellten (Nöthen & Böhm 2008, p.229).

Dieses statistische Material veranschaulicht deutlich die hohe gesellschaftliche Relevanz von Themen wie Lebenserwartung, Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung.

Ein höheres Lebensalter geht oftmals mit vielfältigen Beeinträchtigungen z.B. des Sehens und des Hörens, der Beweglichkeit und der Reduktion von Aktivitäten des täglichen Lebens einher. Dennoch darf Alter nicht mit Krankheit gleichgesetzt werden, denn durch eine gesundheitsfördernde Verhaltensweise kann die Funktionsfähigkeit lange aufrechterhalten und Lebensqualität auch im Alter hoch gehalten werden (Lippke & Renneberg 2006, p.11). In der Unterscheidung von Altern und Krankheit besteht ein konzeptuelles Problem, da altersbezogene Veränderungen nicht immer eindeutig von pathologischen Prozessen abzugrenzen sind. Für Präventionsprogramme liegt ein entschiedener Unterschied darin, ob alterskorrelierte Krankheitsprozesse beeinflussbar sind oder nicht. Wenn sie beeinflussbar sind, können Präventionsprogramme eine Vermeidung ungünstigen Gesundheitsverhaltens anstreben. Wenn dies jedoch nicht der Fall ist, sollten Interventionen deutlicher auf den Umgang mit Einbußen in der Ausführung täglicher Aktivitäten und auf die Bewältigung dieser ausgerichtet werden. Auch für die Inanspruchnahme von Versorgungsprozessen ist die Unterscheidung von Alter und Krankheit bedeutsam. Studien weisen darauf hin, dass ältere Menschen, die gesundheitliche Beschwerden ihrem Alter zuschreiben, seltener zum Arzt gehen als jene, die ihre Beschwerden als krankheitsbedingt einstufen. Auch zeigen diese Personen ein schlechteres Gesundheitsbewusstsein. Aus diesem Grund werden Erkrankungen und Risikofaktoren bei älteren Menschen häufig nicht festgestellt und behandelt (Tesch-Römer & Wurm 2009, p.11f).

Im Bereich demografischer Untersuchungen, lässt sich auch ein Einfluss von individuellen Ressourcen auf den Gesundheitszustand nachweisen. Untersuchungen, auch unter Beteiligung von Personen nach Schlaganfall, konnten einen Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheitseinschätzung und dem Grad an funktionaler Beeinträchtigung nachweisen. Je besser der Gesundheitszustand subjektiv eingeschätzt wird, desto weniger funktionale Beeinträchtigungen werden im zeitlichen Verlauf festgestellt. Eine Ausnahme zeigt sich bei Schlaganfallpatienten mit einem Infarkt der rechten Gehirnhälfte, deren Krankheitsverarbeitung durch ein gestörtes Krankheitsbewusstsein beeinflusst wird. Dennoch lassen diese Studien vermuten, dass

ein positiver Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheit und der Krankheitsverarbeitung besteht (Wurm, Lampert, & Menning 2008, p.81).
Es kann demnach ein Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsverhalten und dem Gesundheitszustand angenommen werden. Insbesondere unter Berücksichtigung der steigenden Kosten für die Versorgungsleistungen der Gesamtgesellschaft, wird diese Annahme daher auch in aktuellen Studien aufgegriffen. Untersuchungen, die den Zusammenhang von Gesundheitszustand und beruflicher Tätigkeit zum Gegenstand haben, verdeutlichen, dass der selbst berichtete Gesundheitszustand bei einfachen manuellen Berufen (Restaurantfachleute, Reinigungskräfte,…) deutlich geringer ist als bei akademisierten Berufsgruppen wie Ingenieuren, Hochschullehrern und Ärzten. Gesellschaftliche Gesundheitsförderung muss somit auch den Abbau gesundheitshindernder Faktoren und die Aufklärung bezüglich der Bedeutung des eigenen Gesundheitsverhaltens beinhalten (Burr, Kersten, Kroll, & Hasselhorn 2013, p.351f).
Im Zuge der thematischen Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit und demografischer Entwicklung, gewinnt auch das Thema „Wohnen im Alter“ an Bedeutung. In einer repräsentativen Studie der Universität in Leipzig wurden Personen ab 45 Jahren zu ihren Wünschen hinsichtlich der Wohnform im Alter befragt. 66% der Befragten gaben an im eigenen Haushalt leben zu wollen, knapp 20% bevorzugen eine betreute Wohnform und jeweils um die 5% den Haushalt eines Angehörigen oder ein Alten-/Pflegeheim. Interessant ist, dass Befragte, die mit ihrem Partner in einem Haushalt leben, eine erhöhte Präferenz für das Leben im eigenen Haushalt aufweisen. Es ist zu vermuten, dass Personen, die in einer festen Partnerschaft leben, den Wunsch hegen, bei Pflegebedarf Unterstützung vom Partner zu erhalten. Obwohl dieser Wunsch zugleich der heutigen Realität entspricht – denn Angehörige nehmen einen hohen Stellenwert in der Pflege ein –, kann die tatsächliche Umsetzung durch z.B. eine eigene Pflegebedürftigkeit des Partners scheitern (Spangenberg, Glaesmer, Brähler, Kersting, & Strauß 2012, p.252ff). Darüber hinaus geben veränderte Beziehungsstrukturen jüngerer Generationen allgemein Hinweise darauf, dass sich Ehestrukturen verändern und nicht immer bis in das hohe Alter Bestand haben (Thomas 2012, p.213).
Diese Studienlage belegt, dass die demografische Entwicklung in Deutschland gesamtgesellschaftliche Auswirkungen zeigt und eine große Herausfor-

derung für die Sozialsysteme, insbesondere die Gesundheitssysteme, darstellen wird. Darüber hinaus wird auch deutlich, dass alte und hochaltrige Personen häufig über nicht ausgeschöpfte Ressourcen verfügen, die durch individuelle Maßnahmen gestärkt und genutzt werden können, um Gesundheit, Selbstständigkeit und das Wohnen im eigenen Haushalt so lange wie möglich zu erhalten.

In diesem Teilkapitel werden Hinweise ersichtlich, die die Bedeutung des Umfeldes auf den Gesundheitszustand einer Person aufgreifen. In der zugrundeliegenden Dissertation wird das Thema Schlaganfall als partnerschaftliche Veränderung und Herausforderung bearbeitet. Der Einfluss und die Rolle, die Partner, Familie und Angehörige im Rehabilitationsprozess nach Schlaganfall haben, werden aus diesem Grund im Kapitel 3.3.5 gesondert bearbeitet.

2.2 Rehabilitationspädagogik

Fachliche Auseinandersetzungen der Pädagogik können nicht als Begrenzung auf den Kinder- und Jugendbereich verstanden werden und zeigen sich mittlerweile fest etabliert in Arbeitsfeldern wie der Erwachsenenbildung. Dass die Pädagogik überdies auch in medizinischen Kontexten eine Rolle spielt, verdeutlichen die Autoren Baumann, Schmitz und Zieger in dem Buch „RehaPädagogik-RehaMedizin-Mensch“, in dem u.a. die „Grenzbereiche medizinischen Denkens“ mit der „Unerfüllbarkeit des pädagogischen Auftrags“ im Diskurs stehen (Baumann, Schmitz, & Zieger 2010, p.14ff). Auch historisch betrachtet stellt die strikte Trennung der Pädagogik und der Heilkünste keine Selbstverständlichkeit dar, denn viele pädagogische Ausrichtungen gehen auf Personen zurück, die Medizin und Pädagogik in ihren Lehren miteinander vereint haben (Baumann et al. 2010, p.10f).

Ein Kooperationsfeld von Medizin und Pädagogik stellt die Neuropädagogik dar. Sie wurde, als Hintergrundtheorie einer frühen Förderung hirnverletzter Kinder und Erwachsener, im Jahr 1990 von Zieger entwickelt. Seitdem wird sie, im Rahmen der universitären Lehre, beständig weiter entwickelt und findet in der interdisziplinären Teamarbeit neurologischer Rehabilitationsmedizin praktische Anwendung. Die Entwicklung der Neuropädagogik geht auf die großen Gruppen hirnverletzter Personen des 1.Weltkrieges zurück, die Wissenschaftler aus Medizin, Psychologie und Pädagogik seinerzeit vor

neue Herausforderungen stellten und in eigens dafür gegründeten Sonderlazaretten interdisziplinär behandelt wurden (Baumann et al. 2010, p.13f; Zieger 2012, p.41).

Weitere Handlungsfelder ergeben sich aus dem wissenschaftlichen Fortschritt, speziell der Ermöglichung von Überlebenschancen von Frühgeburten ab der 24. Schwangerschaftswoche (Baumann et al. 2010, p.14) und den erhöhten Überlebenschancen von Menschen mit schweren Hirnverletzungen (Liesch 2012, p.43). Unterbrochene Entwicklungsverläufe müssen (wieder) aufgeholt und angepasste Lebensentwürfe entwickelt werden. In medizinischen Verläufen zeigen sich demnach pädagogische Unterstützungsbedarfe, auf die nur durch eine Verbindung beider Kompetenzbereiche adäquat reagiert werden kann (Zieger 2012, p.43ff).

Durch die Einführung der ICF (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information & World Health Organization 2005) ist die Bedeutung eines biopsychosozialen Modells als Grundlage des gesellschaftlichen Verständnisses von Gesundheit unterstrichen worden. In diesem Modell wird ein Zusammenhang von medizinischen Faktoren (Körperfunktion, Körperstruktur) und pädagogischen Faktoren (Aktivitäten, Partizipation) verdeutlicht. Weiterhin werden durch die Hinzunahme der Kontextfaktoren die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für den Gesundheitszustand einer Person betont. Dem Modell gemäß, wird die Gesundheit einer Person nicht nur durch die etwaige Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen bestimmt, sondern auch durch die Ermöglichung oder Erschwernis von Aktivitäten und Partizipation (Alber 2012, p.93f). Im Sinne der Reduzierung bzw. Aufrechterhaltung der körperlichen Schädigungen ist diesem Modell zufolge nicht nur ein medizinischer, sondern auch ein pädagogischer Auftrag, formuliert. Die einflussnehmenden personenbezogenen und umweltbezogenen Kontextfaktoren können als Förderfaktoren oder Barrieren wirken. Der pädagogische Auftrag liegt daher zum einen in der Förderung der Handlungsfähigkeit einer Person wie dem Einfordern eigener Rechte, dem Einfordern und Annehmen von Unterstützungsangeboten sowie dem Aufbau von Unterstützungssystemen, zum anderen in der Stärkung des individuellen und gesellschaftlichen Umfeldes.

Um die Bedeutung der Pädagogik in diesem Kontext weiter einordnen zu können, wird zunächst der Begriff REHABILITATION definiert. Rehabilitation

> „umfasst alle Maßnahmen, die das Ziel haben, negative Wirkungen jener Bedingungen abzuschwächen, die zu Aktivitätsstörungen oder Partizipationsstörungen führen, und die hilfreich oder notwendig sind, um Personen mit Aktivitäts- und Partizipationsstörungen zu befähigen, soziale Integration zu erreichen. Rehabilitation zielt nicht nur darauf, Personen mit Aktivitäts- und Partizipationsstörungen die Anpassung ihres Lebens an ihre Umwelt zu ermöglichen, sondern auch Intervention und Vermittlung innerhalb ihrer unmittelbaren Umwelt sowie innerhalb der Gesellschaft insgesamt, um ihre soziale zu erleichtern.“ (Schuntermann 1999, p.353)

In dieser Definition wird ein pädagogischer Auftrag sichtbar. Deutlicher wird dieser in einer Definition der Rehabilitationspädagogik des Autoren Baudisch (2004) aufgegriffen. Ihm zufolge bildet die REHABILITATIONSPÄDAGOGIK

> „die Prozesse von Erziehung, Bildung, Förderung und Begleitung ab, mit deren Hilfe die Entwicklung und Befähigung von Menschen mit Behinderungen stimuliert und beeinflusst wird.“ (Baudisch 2004, p.10)

Schulze greift die von Baudisch genannten Bereiche von Erziehung, Bildung, Förderung und Begleitung auf und ergänzt diese um therapeutische und beratende Aufgabenbereiche. Diese Ergänzung beruhe auf einem zeitlichen Wandel, der zu einer Weiterentwicklung der Rehabilitationspädagogik führe. In den Diskursen zur Partizipation und im Aufbau eine multi- und transprofessionellen Versorgungsforschung werde sie zunehmend an Bedeutung gewinnen (Schulze 2012, p.53f).

Die so verstandene Rehabilitationspädagogik reicht damit über schulische Arbeitsbereiche (schulische Rehabilitation) hinaus und erfüllt Herausforderungen der Frühförderung (elementare Rehabilitation), der beruflichen Ausbildung und Eingliederung (berufliche Rehabilitation) sowie die Erschließung sozialer Lebenskontexte in der gesamten Lebensspanne (soziale Rehabilitation) und erfüllt somit wesentliche Aufgaben zur Förderung der Partizipation (Baudisch 2004, p.10; Schulze 2012, p.55).

Die Einführung in die Komplexität der Bedeutung von Pädagogik im medizinischen/rehabilitativen Kontext ist an dieser Stelle keineswegs abgeschlossen. Vielmehr zeigt dieses Kapitel einige Entwicklungsstränge der Rehabilitationspädagogik auf und gibt erste Impulse zum theoretischen Diskurs. Der Zusammenhang von Medizin und Pädagogik wird nachfolgend stetig aufgegriffen und insbesondere in der Beschreibung der ICF Berücksichtigung finden. In diesem Abschnitt der vorliegenden Dissertation soll das grundlegende Verständnis von Mensch, Erkrankung und gesellschaftlicher Verantwortung verdeutlicht werden. Die funktionale Sicht auf Gesundheit ist daher eine Grundlage der weiteren thematischen Auseinandersetzung. Dieser

Grundannahme entsprechend wird der Begriff der „Behinderung“ nur verwendet, wenn andere Autoren (oder Interviewpartner) ihn nutzen. Das, was andere Personen u.U. als „Behinderung“ bezeichnen, wird als Beeinträchtigung von Körperfunktionen und Körperstrukturen verstanden. Wenn sich diese durch hinderlich wirkende Faktoren negativ auf Aktivitäts- oder Partizipationsbereiche der Person auswirken, wird dieser Zustand als „Behinderung“ verstanden.

Eine Definition von Behinderung, die im Aktionsplan der WHO 2014-2021, Absatz 3 zu finden ist, verdeutlicht diese Annahme:

> „In Übereinstimmung mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit wird […] der Begriff „Behinderung“ als ein Oberbegriff für Schädigungen, Einschränkungen der Aktivität und Beeinträchtigungen der Teilhabe verwendet, der die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einer Beeinträchtigung) und den kontextuellen Faktoren dieser Person (Umgebungsfaktoren und persönlichen Faktoren) bezeichnet. Behinderung ist weder einfach ein biologisches noch einfach ein soziales Phänomen, sondern entsteht aus der Beziehung zwischen Beeinträchtigung und Kontext.“ (Weltgesundheitsorganisation 2013, p.1)

Für das grundsätzliche Verständnis des Behinderungsbegriffes dieser Dissertation gilt demzufolge, dass ein Mensch nicht behindert IST, sondern aufgrund hinderlich wirkender Kontextfaktoren behindert WIRD.

Damit ist auch der (rehabilitations-)pädagogische Auftrag für dieses Themenfeld umschrieben. Personen müssen individuell darin unterstützt werden, die eigenen Ressourcen zu erkennen, zu stärken und zu nutzen um eine Behinderung an Lebensbereichen zu vermeiden. Das bedeutet auch, dass Personen bestärkt werden müssen eigene Barrieren abzubauen, die z.B. in Form von „erlernter Hilflosigkeit“ oder ähnlich hemmenden Gedanken wirken. Ein weiteres Aufgabenfeld wird daher in der Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Themen der Gesundheitseinschränkung und Partizipationsförderung gesehen. Andere Personen müssen die Möglichkeit erhalten, ihre eigene Verantwortung im Hinblick auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Behinderungen zu verstehen. Weiterhin benötigen sie Strategien zur Verhinderung von Barrieren und zur positiven Gestaltung der Umwelt für Menschen mit Gesundheitseinschränkungen.

Einen strukturellen Zugang zu diesem formulierten Aufgabenfeld bietet die Feldtheorie nach Lewin, die eine Analyse menschlichen Verhaltens ermöglicht. Die Hintergründe dieser Theorie sind Gegenstand des folgenden Teilkapitels.

2.3 Gesundheitsverhalten aus feldtheoretischer Sicht

Im methodischen Kapitel dieser Arbeit (Kapitel 5) wird die PUA als methodischer Zugang beschrieben. Die ihr zugrundeliegende Theorie wird bereits in diesem Kapitel, unter Einbezug ihrer Annahmen zum Thema Gesundheitsverhalten, berücksichtigt. Die Weiterentwicklung der Feldtheorie zur PUA und die Beschreibung der PUA erfolgen im Kapitel 5.1.

Die PUA basiert auf der Feldtheorie, einer sozialpsychologisch geprägten Theorie, welche versucht, menschliches Verhalten erklärbar zu machen und so Analysen menschlichen Verhaltens zu ermöglichen (Marrow 2002, p.63). Sie wurde von dem deutsch-amerikanischen Sozialpsychologen Lewin (1890-1947) entwickelt. Dieser meldete sich zu Zeiten des 1.Weltkrieges freiwillig zum Wehrdienst und verbrachte vier Jahre im, von ihm so bezeichneten, „Kriegsfeld“. Diese Zeit nahm einen deutlichen Einfluss auf die Entwicklung der Feldtheorie und wird daher in zahlreichen ihrer Darstellungen berücksichtigt. Vor allem Begrifflichkeiten wie „Grenze“, „Richtung“, „Zone“ und „Lebensraum“ stehen in einem Zusammenhang zu seinen Kriegserfahrungen wie auch zu der später begründeten Feldtheorie (Marrow 2002, p.39f).

Nach dem Verständnis von Lewin sollen Theorien erklären, was bereits bekannt ist und Wege zu neuem Wissen aufzeigen (Marrow 2002, p.63). Der Hintergrund einer Theorieentwicklung läge darin begründet, Leben erklärbar zu machen, Prozessverläufe erkennbar werden zu lassen und von Einzelbeobachtungen zu allgemeinen Aussagen gelangen zu können. Aus diesem Grund kam Lewin zu folgender Überzeugung:

> „Nichts ist so praktisch wie eine gute Theorie.“ (Marrow 2002, p.63)

Seiner Meinung nach schafft es nur die Feldtheorie, ein praktisches Problem des Lebens in eine kontrollierbare und experimentelle Form zu übersetzen (Marrow 2002, p.18). Der feldtheoretische Ansatz beinhaltet dabei psychologische Gesetze der Bedürfnisse, des Willens und der Emotionen eines Menschen, wodurch komplexe innere Bestimmungsfaktoren, wie Motivationen und Intentionen zu verstehen sowie vorherzusagen seien (Marrow 2002, p.62). Interessant ist die ganzheitliche Betrachtung von Wahrnehmung, Erleben und Verhalten einer Person sowie der dynamische Zusammenhang dieser drei Elemente (Schulze 2004, p.188). Sie stehen in einer Beziehung zueinander und entwickeln und verändern sich in gegenseitiger Abhängig-

keit. Wenn sich die eigene Wahrnehmung in Hinblick auf ein zu beobachtendes Phänomen verändert, so resultiert daraus auch ein verändertes Erleben und Verhalten. Ebenso führt ein verändertes Verhalten in einer Situation zu einem veränderten Erleben und Wahrnehmen dieser Situation. Es besteht demnach eine wechselseitige Beeinflussung.

Zentral in der Feldtheorie ist die Existenz von Spannungen. Spannungen stellen eine Energieform dar und sind entgegen des allgemeinen Sprachgebrauchs nicht mit einem negativ gekoppelten Begriff wie Stress zu verwechseln. Sie erhöhen die Anstrengung einer Person für das Erreichen individueller Ziele, zeigen also die Motivation einer Person auf (Marrow 2002, p.62f). Die individuelle Spannungsenergie setzt sich aus echten Bedürfnissen und Quasi-Bedürfnissen zusammen (Schulze 2004, p.188). Echte Bedürfnisse beschreiben physische Bedürfnisse wie Hunger und Durst, während Quasi-Bedürfnisse auf Absicht und Intention beruhen (Schulze 2008, p.177). Quasi-Bedürfnisse sind häufiger zu beobachten und sind in ihrer Intensität weniger stabil als echte Bedürfnisse. Lewin hat auf eine weitere Einteilung von Bedürfnissen verzichtet. Ihm zufolge existieren Bedürfnisse erst dann, wenn sie einen Gleichgewichtszustand aufheben. Empfindungen wie z.B. Hunger werden erst dann zu einem Motiv, wenn sie den inneren Zustand der Person stören (Marrow 2002, p.66). Sobald das Bedürfnis erfüllt wird, wird die Spannungsintensität vermindert. Das Streben nach dieser Spannungsentladung liefert die individuelle Energie zur Zielerreichung (Schulze 2004, p.188). Dieser Prozess stellt somit die Grundlage jeglicher menschlicher Aktivität dar. Die Verdeutlichung dieses Prozesses ermöglicht es,

> „bessere Erklärungen dafür zu suchen, warum Menschen sich verhalten, wie sie es tun, und zu entdecken, wie sie lernen können, sich besser zu verhalten." (Marrow 2002, p.19)

Gezeigtes Verhalten bezieht sich dabei weder auf die Vergangenheit, noch auf die Zukunft, sondern findet immer im „Hier und Jetzt" statt (Marrow 2002, p.68).

Der geschilderte Prozess der Zielerreichung findet im Konstrukt des Lebensraumes statt. Der Lebensraum spiegelt die individuelle Sicht einer Person wieder und umfasst nur jene Fakten, die für die Person sichtbar und existent sind (Marrow 2002, p.68).

Der Lebensraum einer Person umfasst

> „Bedürfnisse, Ziele, unbewusste Einflüsse, Erinnerungen, Annahmen, Ereignisse politischer, wirtschaftlicher und sozialer Natur und alles, was sich unmittelbar auf ihr Verhalten auswirken kann.“ (Marrow 2002, p.68)

Der Lebensraum ist ein geschlossenes Konstrukt, in dem die Person durch das eigene Wahrnehmen und Beurteilen von spezifischen Situationen zu einem Element wird. Es findet ein sich wechselseitig beeinflussender Prozess statt, da die Person das sie umgebende Umfeld und dieses Umfeld die Person beeinflusst.

Lewin hatte den Anspruch, menschliches Verhalten durch mathematische Formeln zu veranschaulichen und verwendete topologische sowie vektorielle Begriffe (Marrow 2002, p.67). Die Datenmenge eines jeden Ereignisses liefert ein dynamisches „Feld“, in dem sich alle Fakten in wechselseitigen Abhängigkeiten befinden.

Der feldtheoretischen Betrachtung zufolge rückt der Mensch in den Mittelpunkt einer zu leistenden Analyse um menschliches Verhalten zu erklären. Die Beziehung zwischen Person und Umwelt kann mit Hilfe einer „universellen Verhaltensgleichung“ mathematisch wie folgt ausgedrückt werden:

$$V = f(P,U)$$

VERHALTEN (V) IST EINE FUNKTION (F) DER PERSON (P) UND IHRER JEWEILIGEN UMWELT (U)

(SCHULZE 2004, P.190).

Lewin nutzt eine Jordankurve (s. Abbildung 4), um die Trennung zwischen der Person und der Umwelt zu veranschaulichen.

> „Alles innerhalb der Abbildung war die Person und die Gesamtheit von Fakten, von denen sich denken ließ, daß sie das Verhalten eines Individuums bestimmen könnten.“ (Marrow 2002, p.73)

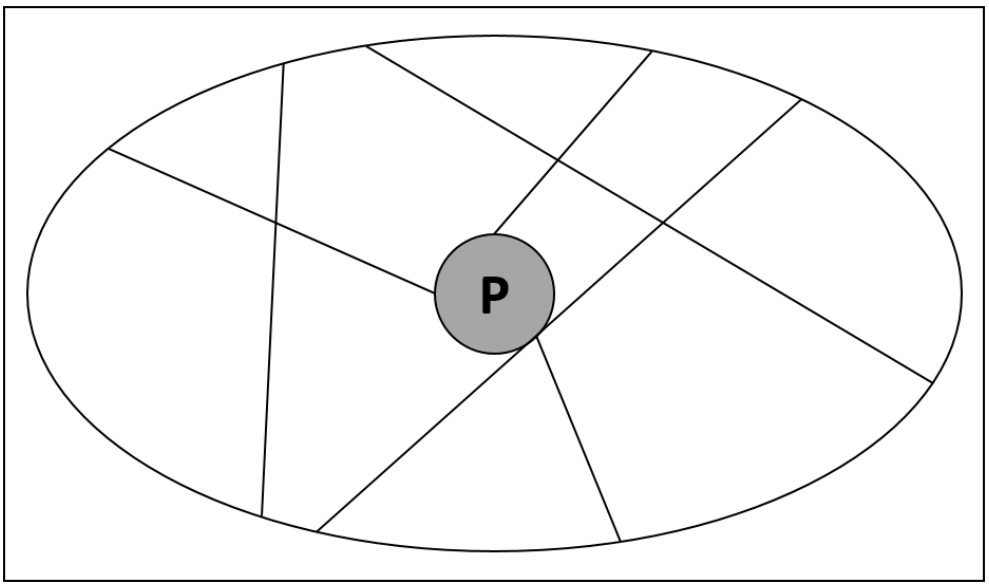


Abbildung 4: Lebensraum einer Person

(Schulze 2004, p.189)

Der in der Abbildung 4 veranschaulichte Lebensraum und damit auch die Person als Teil des Lebensraums unterliegen einer ständigen Weiterentwicklung. Die Veränderungsprozesse des Lebensraumes werden in unterschiedliche Dimensionen eingeordnet:

1. Die Ausweitung des Lebensraumes,
2. Die Zunahme der Differenzierung,
3. Die Zunahme der Organisation,
4. Die Veränderung der allgemeinen Rigidität,
5. Die Ausweitung des Lebensraumes hinsichtlich der zeitlichen Dimensionen erfolgt von der frühen Kindheit über das Erwachsenenalter bis hin in das hohe Erwachsenenalter (Schulze 2004, p.190; Weinert & Gundlach 1982, p.21;106).

Im Hinblick auf die in dieser Dissertation untersuchte Zielgruppe, die i.d.R. bereits das hohe Erwachsenenalter erreicht hat, sind Veränderungsprozesse auf allen Dimensionen als gegeben anzunehmen.
Die in der Abbildung 4 dargestellten Trennstriche kennzeichnen die Regionen des Lebensraumes. Jeder Region wird ein Aufforderungscharakter zugeschrieben, der durch den Grad der Zugänglichkeit aber auch durch den Einfluss anderer Personen bestimmt wird (Weinert & Gundlach 1982, p.118).

Diese einflussnehmenden Faktoren, also der Grad der Zugänglichkeit und die anderen Personen, werden als Valenzen bezeichnet. Regionen mit einem hohen Aufforderungscharakter weisen demnach vorwiegend positive Valenzen auf und werden von einer Person als Ziel bevorzugt, Regionen mit einem niedrigen Aufforderungscharakter weisen vorwiegend negative Valenzen auf und werden gemieden (Schulze 2010, p.138).

Für die Analyse des gezeigten Verhaltens gilt es, die psychologischen Spannungen zwischen den Regionen zu erkennen und für weitere Handlungsschritte zu nutzen. Das Resultat der Analyse kann sich z.B. in der Veranschaulichung so genannter Umwegprobleme zeigen. Umwegprobleme werden verursacht, wenn negativ besetzte Regionen zunächst überwunden werden müssen, um positive Regionen zu erreichen. Sie werden demnach durch Barrieren, also durch Hindernisse, die eine Person vom erwünschten Ziel trennen, ausgelöst. Barrieren können sowohl durch physische Gegebenheiten entstehen (z.B. bauliche Barrieren) als auch durch überhöhte Anforderungen oder Verbote. Wenn erwünschte Handlungen des Individuums durch Barrieren massiv beeinflusst werden, entsteht ein Konflikt (Schulze 2008, p.179). Ein Konflikt beschreibt so genannte Feldkräfte, die in etwa gleicher Stärke auf eine Person einwirken.

Nach Lewin lassen sich drei Konfliktarten unterscheiden:

1. Der Appetenz-Appetenz-Konflikt: es wirken zwei positive Valenzen von annähernd gleicher Stärke, eine schwer fallende Entscheidung zwischen zwei angenehmen Dingen ist zu fällen (umgangssprachlich auch als „Interessenkonflikt“ bekannt).
2. Der Aversions-Aversions-Konflikt: eine Entscheidung zwischen zwei etwa gleichstarken negativen Valenzen hat zu erfolgen, das kleine „Übel“ muss herausgefunden werden.
3. Der Appetenz-Aversions-Konflikt: positive und negative Valenzen gestalten sich derart, dass die Vektoren[1] von derselben Stärke auf die Person einwirken (Graumann 1982, p.17).

[1] Als Vektor wird die Feldkraft beschrieben, die sich zwischen der Person und dem Ziel, das einen anziehenden Einfluss hat, zeigt (Schulze 2008, p.178)

Nach Miller aus dem Jahr 1944, lässt sich eine weitere Konfliktart wie folgt beschreiben:

4. Der doppelte Appetenz-Aversions-Konflikt (Miller 1944, p.431ff): es sind bei beiden möglichen Entscheidungen sowohl positive als auch negative Valenzen etwa gleicher Stärke involviert, die zum „Aus-dem-Felde-gehen“ (physisch als auch psychisch), sich „dem-Konflikt-nicht-stellen“ führen können. (Schulze 2008, p.179).

Um eine Konfliktlösung herbeizuführen, müssen in aller Regel die entstandenen Barrieren überwunden werden (Schulze 2008, p.180). Hierfür sind oftmals pädagogische und therapeutische Unterstützungen notwendig.
Die hier skizzierte Feldtheorie lässt sich im Hinblick auf Gesundheitsverhalten sinnvoll adaptieren. Der zugrundliegende psychologische Ansatz, beschreibt das untersuchte Feld in der Art und Weise, wie es für die jeweilige Person zu einer gegebenen Zeit existiert. Die Feldtheorie ermöglicht eine Analyse der Gesamtsituation zur Schaffung einer beschreibbaren Ausgangslage. Nach einer Beschreibung bzw. Charakterisierung der Gesamtsituation werden verschiedene Aspekte und Situationssegmente nacheinander einer spezifischeren und differenzierenden Analyse unterzogen (Graumann 1982, p.157ff). Das Interesse einer Person an einer Handlung, einem Gegenstand oder einer anderen Person wird zum einen durch die Valenz bestimmt, zum anderen durch die Feldkraft der Person in Richtung auf das Ziel, welches einen anziehenden Einfluss ausübt (Schulze 2008, p. 178).
Mit Bezug auf die Untersuchung von Rehabilitationsprozessen ist demnach die individuelle Perspektive auf das zu untersuchende Feld relevant. Wenn es darum geht, hinderliche und förderliche Faktoren des Rehabilitationsprozesses zu analysieren, gilt es, jene Aspekte zu beleuchten, die von den Teilnehmern überhaupt als existent wahrgenommen werden. Erst in einem sich anschließenden Schritt werden die erlebten Konflikte, möglichen Umwegprobleme und Valenzen für eine Analyse der individuellen Gesamtsituation sichtbar. Die Rehabilitationsplanung mit dem Ziel einer Verhaltensänderung muss daher im Sinne eines individuellen Zugangs erfolgen, um individuell erlebte Barrieren zu veranschaulichen. Der methodische Zugang der Feldtheorie wird im Kapitel 5.1 beschrieben.

Die Erarbeitung menschlicher Verhaltensweisen geschieht vor dem Hintergrund eines Versorgungskontextes. Eine Forschungsdisziplin, die sich explizit mit der Analyse von Versorgungsprozessen auseinandersetzt, ist die Versorgungsforschung.

2.4 Versorgungsforschung

Die Versorgungsforschung ist eine noch junge eigenständige Forschungsdisziplin (Ernstmann 2011, p.673) und umfasst Untersuchungen von Ursachen und Wirkungen der Versorgungsprozesse und Versorgungsstrukturen (Pfaff & Schrappe 2011, p.2). Die Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer definiert Versorgungsforschung als

> „die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen. Zu diesem Zwecke studiert die Versorgungsforschung, wie Finanzierungssysteme, soziale und individuelle Faktoren, Organisationsstrukturen und -prozesse und Gesundheitstechnologien den Zugang zur Kranken- und Gesundheitsversorgung sowie deren Qualität und Kosten und letztendlich unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden beeinflussen. Die Beobachtungseinheiten umfassen Individuen, Familien, Populationen, Organisationen, Institutionen, Kommunen etc..“ (Bundesärztekammer 2004)

Gemäß dieser Definition wird die Versorgungsforschung als eine Untersuchung von Gesundheitsleistungen unter alltäglichen Bedingungen verstanden. Die Definition des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) geht spezifischer auf die Bedingungen zur Umsetzung in die Alltagsversorgung ein und definiert Versorgungsforschung als

> „multidisziplinärer Ansatz zur Erforschung der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis der Gesundheitsversorgung hinsichtlich ihrer Wirkung auf Qualität und Effizienz in individueller und sozioökonomischer Perspektive.“ (Schrappe et al. 2005, p.1)

Diese Definition greift den Aspekt des Erkenntnisgewinns auf, der sich im Grunde genommen erst durch die Implementierung in der Praxis ergibt.
Beiden Definitionen liegen die folgenden drei Orientierungen zugrunde:

- Ergebnisorientierung,
- Multidisziplinarität und Multiprofessionalität,
- Patientenorientierung.

Entgegen medizinischer Grundlagenforschung werden in der Versorgungsforschung keine Ursachen von Erkrankungen untersucht. Auch Personengruppen, die absolut und relativ gesehen von bestimmten Erkrankungen betroffen sind, gehören nicht zum Forschungsschwerpunkt. Die Versorgungsforschung hat zum Ziel, die Auswirkungen unterschiedlicher Behandlungskontexte zu analysieren. Weiterhin werden pflegerische und medizinische Leistungen auf ihre Angemessenheit in Hinsicht auf das Erreichen von Lebensqualität als – patientenorientierte Aussage über Gesundheit – untersucht, um bestehende Versorgungsprozesse zu optimieren (Kuhlmey 2011, p.918). Entgegen der klinischen Studien wird daher nicht nur die absolute Wirksamkeit im kontrollierten klinischen Versuch („efficacy“) bestimmt, sondern auch die relative Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen („effectiveness“) (Pfaff & Schrappe 2011, p.3). Während in randomisierten Studien strenge Ein- und Ausschlusskriterien formuliert werden, werden in der Versorgungsforschung möglichst wenige Ausschlusskriterien definiert, wodurch z.B. auch ältere Patienten Berücksichtigung finden. Der Unterschied zwischen „efficacy“ und „effectiveness“ wird als „Effectiveness Gap“ bezeichnet. Dieser kennzeichnet den Effektunterschied der erbrachten Versorgungsleistung zwischen klinischen und Alltagsbedingungen (Ernstmann 2011, p.673). Der Effectiveness Gap kann große Unterschiede aufweisen, da eine äußerst heterogene Gruppe Berücksichtigung findet. Die Effekte können sich in zwei Richtungen ausweisen:

- eine schwächer ausfallende Alltagswirkung als die der klinischen Studie,
- eine stärker ausfallende Wirkung als die der klinischen Studie.

Die Beschreibung des Effectiveness Gap umfasst insgesamt vier Ebenen:

- Patienten,
- im Gesundheitswesen tätige Personen,
- Institutionen des Gesundheitswesens,
- Gesundheitssystem (Pfaff & Schrappe 2011, p.3).

Klassische Versorgungsmodelle konzentrieren sich in ihren Analysen auf das Input (z.B. Ressourcen), das Output (Versorgungsleistung) sowie das Outcome (z.B. körperlicher Zustand nach der Behandlung). Das in der Versorgungsforschung verwendete Throughput-Modell berücksichtigt darüber

hinaus die Gesundheitsleistung sowie den Kontext der Gesundheitsleistung als zusätzliche Komponente des *Throughput* (Ernstmann 2011, p.673).
Durch das Throughput-Modell werden demnach jene Faktoren, die während der Versorgungsleistung im Hinblick auf Erfolg oder Misserfolg der Maßnahme Einfluss nehmen, erhoben.

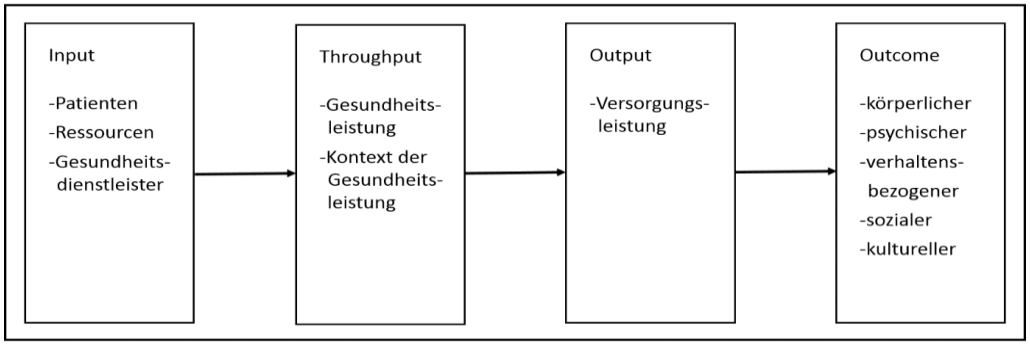


Abbildung 5: Throughput-Modell

(Ernstmann 2011, p.673)

Die Untersuchungsgegenstände der Versorgungsforschung gehen demgemäß auch über die herkömmlichen medizinischen und/oder epidemiologischen Studien hinaus. Exemplarisch werden folgende Forschungsinhalte benannt:

- Patienteneigenschaften,
- Ressourcen und Merkmale der Gesundheitsdienstleister → „Input“,
- die Gesundheitsleistung,
- der Kontext von Gesundheitsdienstleistungen, z.B. Arzt-Patient-Beziehung oder die Ablauforganisation in einer Versorgungseinrichtung → „Throughput“,
- die erbrachte Versorgungsleistung → "Output“,
- resultierende Veränderungen beim Patienten nach der Versorgungsleistung (z.B. körperlich, psychisch) → „Outcome“ (Ernstmann 2011, p.673; Pfaff & Schrappe 2011, p.4).

An dieser Übersicht werden direkte Bezüge zu der ICF und den feldtheoretischen Überlegungen deutlich. In der Versorgungsforschung wird den so genannten personellen und extra-personellen Ressourcen als Beitrag zum Erhalt von selbstständiger Lebensführung und Lebensqualität eine besondere

Bedeutung zugeschrieben (Kuhlmey 2011, p.919). Dies findet sich in den personenbezogenen Faktoren der ICF wider. Weiterhin greift die Versorgungsforschung den Aspekt des Kontextes, in dem Versorgungsdienstleistung stattfindet (Ernstmann 2011, p.673), auf. Dieser spiegelt die umweltbezogenen Faktoren der ICF wieder. Interessant ist weiterhin die ausdrückliche Förderung der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, denen in Hinblick auf das Eintreten von Gesundheitseinschränkungen eine wesentliche Rolle zukommt (Kuhlmey 2011, p.919). Dieser Aspekt wird in der feldtheoretischen Betrachtung als Verhaltensmotivation unter Berücksichtigung des individuellen Sinnbezugs aufgegriffen.
Die Autoren Pfaff und Schrappe betonen die Kontextstruktur als auf Versorgungsleistungen einflussnehmende Größe. Die Kontextstruktur umfasst die materiellen und immateriellen Rahmenbedingungen unter denen Gesundheitsleistungen erbracht werden. Hierzu zählen bauliche Gegebenheiten, aber auch Regeln und Gesetze (Pfaff & Schrappe 2011, p.21). Dieser einflussnehmende Faktor wird sowohl in der ICF, im Sinne der Umweltfaktoren, als auch in der Feldtheorie, im Sinne des Umfeldes, berücksichtigt. Die Beschreibung des Effectiveness Gap ermöglicht einen Vergleich zu der in der ICF vorgenommenen Unterscheidung von Leistungsfähigkeit und Leistung (Rentsch & Bucher 2006, p.21). Beiden Ansätzen liegt die Frage zugrunde, warum Patienten in Alltagssituationen andere Leistungen erbringen als in einer standardisierten Situation. Wie beim Effectiveness Gap wird auch bei der Unterscheidung von Leistungsfähigkeit und Leistung davon ausgegangen, dass Patienten in der nicht-standardisierten Situation mitunter bessere Leistungen erbringen als in der standardisierten Situation (Rentsch & Bucher 2006, p.21).

Die in diesem Kapitel beschriebene demografische Entwicklung wird sich auch auf künftige Forschungsthemen der Versorgungsforschung auswirken. Insbesondere im Bereich der Langzeiterkrankten und Pflegebedürftigen zeigt sich, dass es an den individuellen Notwendigkeiten angepassten Versorgungsmaßnahmen fehlt. Insbesondere die Multimorbidität stellt im Alter eine große Herausforderung dar. In der Alterskohorte der über 70-Jährigen sind 88% von mindestens fünf Erkrankungen betroffen. Eine vom Robert-Koch-Institut durchgeführte Studie zum Vorliegen chronischer Erkrankungen, veranschaulicht eine deutliche Zunahme der Multimorbidität mit stei-

gendem Alter (Saß et al. 2008, p.32). In dem Wissen, dass dieser Alterskohorte in der Zukunft noch mehr Personen angehören werden, wächst die Relevanz einer passenden Versorgung. Im Jahr 2011 gelten in Deutschland gemäß des Sozialgesetzbuches (SGB) XI 2,2 Millionen Bürger als pflegebedürftig. Prognosen zum Jahr 2050 erwarten einen Zuwachs auf 4,35 Millionen pflegebedürftiger Personen. Vor diesem Hintergrund werden die Herausforderungen für die deutsche Gesundheitsversorgung immens steigen. Nach Einschätzung eines Sachverständigenrates zur Begutachtung des Gesundheitswesens wird das deutsche Gesundheitssystem trotz umfassender Gesundheitsleistungen und trotz hoher Aufwendungen den Anforderungen an eine moderne Betreuung von Menschen mit chronischem Leiden, multimorbide und/oder pflegebedürftigen Personen nicht gerecht.
Die unzureichende Versorgung durch Gesundheitsdienstleistungen zeigt sich vor allem in den folgenden Punkten:

- mangelnde Kontinuität und Vernetzung,
- mangelhafte ambulante Versorgungsinfrastruktur,
- Schnittstellenprobleme zwischen unterschiedlichen Versorgungsbereichen,
- Kooperations- und Koordinationsdefizite auf Seiten der Leistungserbringer,
- Unüberschaubarkeit der Leistungsangebote (Kuhlmey 2011, p.916ff).

Interessant ist, dass aus Gutachtersicht weniger eine mangelnde Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen kritisiert wird als vielmehr eine nicht angemessene und schlecht vernetzte Versorgung (Kuhlmey 2011, p.915ff). Dies ist bedeutsam, da in Hinsicht auf das unzureichende Versorgungsergebnis demnach nicht primär ein Mangel an finanziellem Input angenommen werden kann.
Im Kontext der Versorgungsleistungen für ältere Menschen, muss die Vorstellung eines „sequenziellen Krankheitsverlaufs“, wie er in Abbildung 6 veranschaulicht wird, verabschiedet werden. In diesem verlaufen die Phasen Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege zeitlich nacheinander und bauen aufeinander auf. Bei Vorliegen mehrerer Erkrankungen befindet sich ein Patient unter Umständen in mehreren Phasen zur gleichen Zeit und benötigt daher unterschiedliche Versorgungskontexte.

Die Abbildung 7 verdeutlicht wie eine Gesundheitsversorgung durch eine Verzahnung der unterschiedlichen Kontexte aussehen kann.

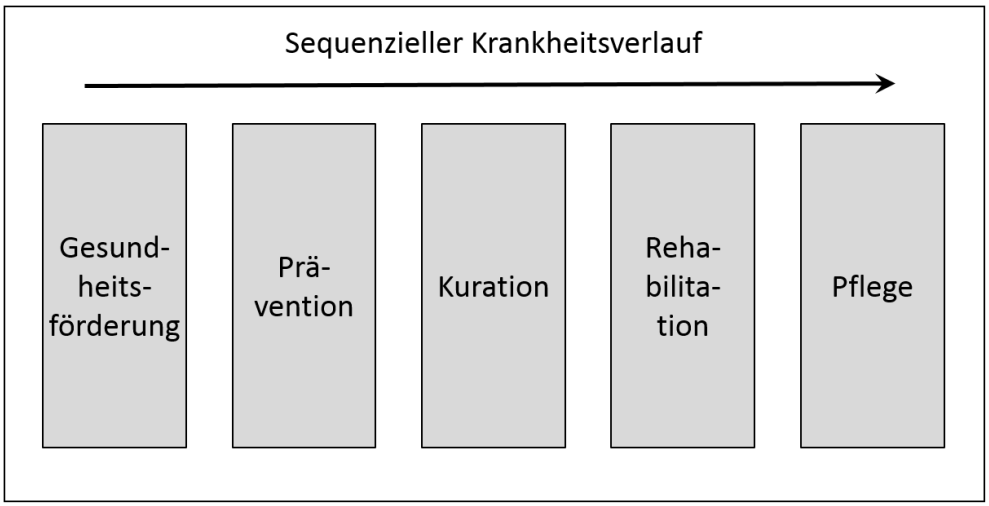


Abbildung 6: Traditionelles Modell des sequenziellen Krankheitsverlaufes

(Kuhlmey 2011, p.919)

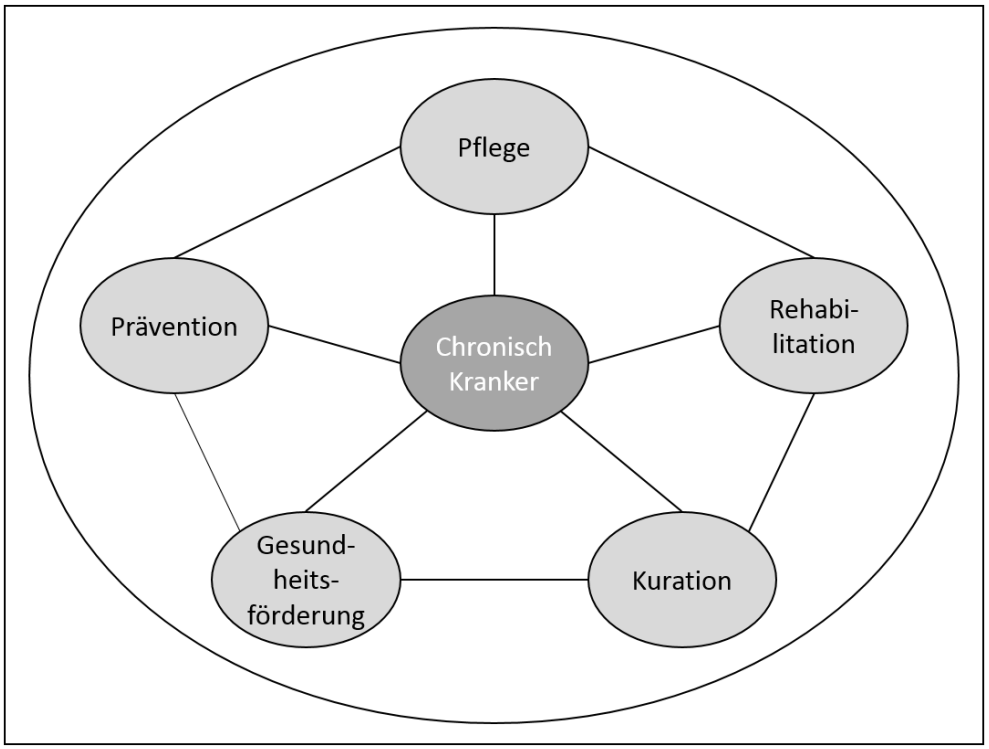


Abbildung 7: Modell der Gleichzeitigkeit und Verzahnung bei nicht-sequenziellen Krankheitsverläufen

(Kuhlmey 2011, p.919)

Im Vergleich zu Personen im jüngeren Lebensalter darf Gesundheitsförderung bei Personen im höheren Lebensalter nicht primär die Abwesenheit von Krankheit zum Ziel haben, sondern die Aufrechterhaltung der selbstständigen Lebensführung und der Lebensqualität trotz einer Erkrankung (Kuhlmey 2011, p.919). Auch gewünschte Versorgungs- und Wohnkontexte spielen eine erhebliche Rolle. In einer Studie zu den bevorzugten Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit wird die „Pflege in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige und ambulante Dienste“ mit 40% der Antworten am meisten bevorzugt. Patientenorientierte Forschung hinsichtlich der Realisierung diesbezüglicher Wünsche bedeutet nicht nur eine Orientierung an den Betroffenen selbst (Aufrechterhaltung der selbstständigen Lebensführung etc.), sondern auch eine Orientierung an den potentiell pflegenden Angehörigen und der Frage danach, wie sich Beruf, Familie und Pflege vereinbaren lassen (Kuhlmey 2011, p.920).

Das Kapitel 2 beinhaltet den theoretischen Diskurs zum Thema Partnerschaft nach einem Schlaganfall. Die Bearbeitung eines Themas bedarf der theoretischen Einordnung und einer Skizzierung von Informationen, die für die ausgewählte Thematik eine Bedeutung haben. Im Kapitel 2 wurde das grundsätzliche Verständnis von Gesundheit in Deutschland aufgezeigt und unter besonderer Berücksichtigung des demografischen Wandels bearbeitet. Da der Schlaganfall eine Erkrankungsform ist, von der insbesondere ältere Menschen betroffen sind, wurde durch die Erarbeitung der demografischen Entwicklungen auch die zunehmende Relevanz des Themas Schlaganfall aufgezeigt. Desweiteren wurde die Fachdisziplin Rehabilitationspädagogik beschrieben und die Bedeutung ihres fachspezifischen Zugangs für Gesundheitsthemen begründet. Die Feldtheorie, als eine ihr zugrundeliegende Gegenstandstheorie, bietet einen strukturellen Zugang zum (Gesundheits-)Verhalten von Menschen. Durch die Beschreibung der Versorgungsforschung wurde insbesondere verdeutlicht, dass Faktoren, die nicht unmittelbar den Gesundheitsleistungen zuzuschreiben sind, einen positiven als auch negativen Effekt auf Versorgungsprozesse nehmen können.

3 REHABILITATION NACH SCHLAGANFALL

Der ICF zufolge kann Rehabilitation verstanden werden als

> „Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit mit dem Ziel der Sicherung, Wiederherstellung oder wesentlichen Besserung der Teilhabe an Lebensbereichen einer Person“. (Schuntermann 2003, p.56)

Randomisierte Studien, die den Effektivitätsnachweis von Rehabilitationsmaßnahmen verfolgen, zeigen auf, dass spezialisierte neurologische Interventionen das Risiko im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit, Mortalität und Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung nach einem Schlaganfall senken. Als am wirksamstem haben sich stationäre Rehabilitationsverläufe erwiesen (Unrath, Kalic, & Berger 2013, p.101).

Im folgenden Kapitel wird erläutert, welche medizinischen und rechtlichen Grundlagen bezüglich einer rehabilitativen Versorgung nach einem Schlaganfall von Bedeutung sind. Aus diesem Grund wird zunächst das international anerkannte und angewandte Klassifikationsmodell ICF erläutert. Anschließend werden die für die Rehabilitationsversorgung wesentlichen Bereiche der Sozialgesetzgebung wiedergegeben. Daran schließt sich die Beschreibung der Rehabilitationsphasen an. Weiterhin werden die Krankheitsverarbeitung und die Rolle der Familie als soziale Ressource im Prozess der Rehabilitation herausgestellt.

3.1 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Im Jahr 1980 wurde die erste Ausgabe des Klassifikationsmodells der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) durch die WHO veröffentlicht. Grund für die Erarbeitung der ICIDH war die Unzulänglichkeit der bis dahin verwendeten International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) bezüglich der Schilderung von Folgezuständen bei Menschen mit chronischen Krankheiten. Das größte Defizit lag in der differenzierten und konkreten Diagnostik. Doch auch das ICIDH wies formale Schwächen auf (Rentsch & Bucher 2006, p.17). Das ihr zugrundliegende Krankheitsfolgemodell nahm einen linearen Zusammenhang zwischen Krankheit und Behinderung an, der zunehmend kritisiert wurde. Im Mai 2001 wurde, im Rahmen der 54. Weltversammlung der WHO, aus diesem Grund das ICIDH von den damals 190 Mitgliedsstaa-

ten durch die ICF ersetzt. Die deutschsprachige Fassung wurde von deutschen, österreichischen und schweizerischen Fachexperten erarbeitet und zur Möglichkeit einer öffentlichen Überarbeitung ins Internet gesetzt. Die anschließende, überarbeitete Version wurde im Jahr 2002 dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zur Verfügung gestellt. Über dieses ist auch heute die webbasierte und gedruckte Fassung der ICF, mittlerweile in der 11.Revision, erhältlich (Seidel 2005, p.80). Die Entwicklung der ICF hat - wie beschrieben - zu einer Ablösung der ICIDH geführt. Die ICD hingegen hat trotz Einführung der ICF weiterhin Bestand. Die ICD-10 (10. Fassung) klassifiziert Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme. Die Art und das Ausmaß der Auswirkungen auf die Gesundheit einer Person bleiben hingegen unberücksichtigt.

Das Ziel der Einführung und Anwendung der ICF liegt darin, eine einheitliche und standardisierte Sprache zwischen den Mitgliedsstaaten der WHO zu schaffen, um einen gemeinsamen Bezugsrahmen für die Beschreibung von Gesundheitszuständen und die mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände zu etablieren. Aus diesem Grund werden weitere Begrifflichkeiten, die in einem Zusammenhang zur Gesundheit stehen, einheitlich definiert. Zu diesen zählen unter anderem Wohlbefinden, Erziehung, Arbeit und Bildung (Rentsch & Bucher 2006, p.17). Die ICF liefert somit ein einheitliches und international einsetzbares, wissenschaftliches Fundament für das Verstehen und das Erklären des Gesundheitszustandes und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände, der Resultate und der Einflussfaktoren. Die gemeinsame Sprache der ICF verbessert die Kommunikation zwischen verschiedenen Nutzern wie Fachleuten im Gesundheitswesen, Wissenschaftlern, Politikern und der Öffentlichkeit, insbesondere auch für Menschen mit Beeinträchtigungen. Es wird ein Vergleich von gesundheitsrelevanten Daten verschiedener Länder, Disziplinen im Gesundheitswesen und Gesundheitsdiensten ermöglicht. Ebenso wird eine systematische und einheitliche Verschlüsselung von Gesundheitsinformationen geschaffen, wodurch eine Grundlage für unterschiedliche Anwender zur Planung und Umsetzung rehabilitativer Prozesse besteht (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information & World Health Organization 2005). Die Einführung der ICF muss als Umsetzungs- und Implementierungsphase verstanden werden, der die Schwierigkeit zugrunde liegt, sowohl den jeweiligen

regionalen Machbarkeiten als auch dem Anspruch eines internationalen Konsenses gerecht zu werden (Schliehe 2006, p.258f).

Das Klassifikationssystem der ICF (s. Abbildung 9) ist hierarchisch aufgebaut und gliedert sich in zwei Informationsstränge. Auf der einen Seite werden die Funktionsfähigkeit und Behinderung klassifiziert, auf der anderen Seite die Kontextfaktoren. Die beiden Stränge gliedern sich in jeweilige Komponenten wie Körperfunktionen und - strukturen sowie Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren. Wiederum teilt sich jede Komponente in Beurteilungsmerkmale zum Beispiel den Grad der Änderung von Körperfunktionen auf, die detailliertere Informationen zum Gesundheitszustand der Person ermöglichen. Die letzte Hierarchieebene umfasst die Domänen, also die physiologische Funktionen oder auch die jeweiligen Lebensbereiche.

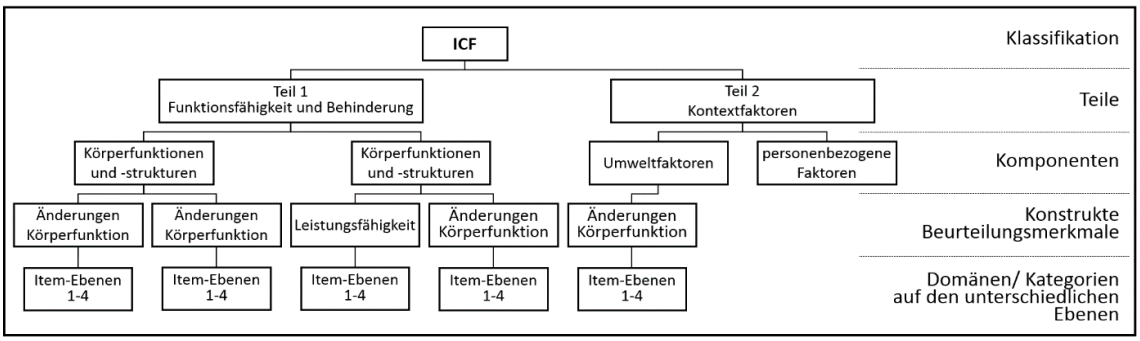


Abbildung 8: Struktur der ICF

(Rentsch & Bucher 2006, p.19)

Der Begriff der Funktionsfähigkeit bzw. der Funktionalen Gesundheit wurde die englische Originalversion „functioning“ übertragend eingeführt. Diese Übersetzung ermögliche zwar keine sinngemäße Wiedergabe dessen, was unter functioning verstanden wird, ist aber aus den folgenden Gründen trotzdem gewählt worden:

- Die Funktionsfähigkeit zeigt sich darin, dass der Mensch in einer Abhängigkeit zu seinem Körper steht. Die anatomischen Strukturen und psychische sowie physische Funktionen geben die „Dimension des Körpers“ an. Störungen dieser Dimension werden als Schäden („impairments“) bezeichnet.
- Der Mensch ist ein selbstständig handelndes Subjekt. Aktivitäten wie die Erfüllung von Arbeiten des täglichen Lebens sind zentrale

Eigenschaften des menschlichen Daseins. Störungen dieser Dimension werden als „Aktivitätsstörungen („activity limitations“) bezeichnet.

- Der Mensch ist ein Subjekt der Gesellschaft und Umwelt. Die volle Entfaltung einer Person vollzieht sich stets im Kontext der sozialen und physikalischen Umwelt. (Schuntermann 1999, p.345f).

Die FUNKTIONALE GESUNDHEIT beschreibt keine Erkrankung, sondern die Konsequenz einer Erkrankung. Sie ist auch nicht als Eigenschaft einer Person zu verstehen, sondern als Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt (Ewert & Stucki 2007, p.953). Die ICF klassifiziert entsprechend weder Krankheiten noch Gesundheitsprobleme, sondern deren Auswirkung auf die Funktionale Gesundheit einer Person. Das in der ICF verwendete Modell der biopsychosozialen Gesundheit veranschaulicht diesen Zusammenhang. Die Klassifikation des Gesundheitsproblems geschieht auf der Grundlage der ICD (obere Ebene), die Klassifikation der Auswirkungen auf der Grundlage der ICF (mittlere und untere Ebene) (Seidel 2005, p.81). Dies wird in der folgenden Abbildung 8 verdeutlicht.

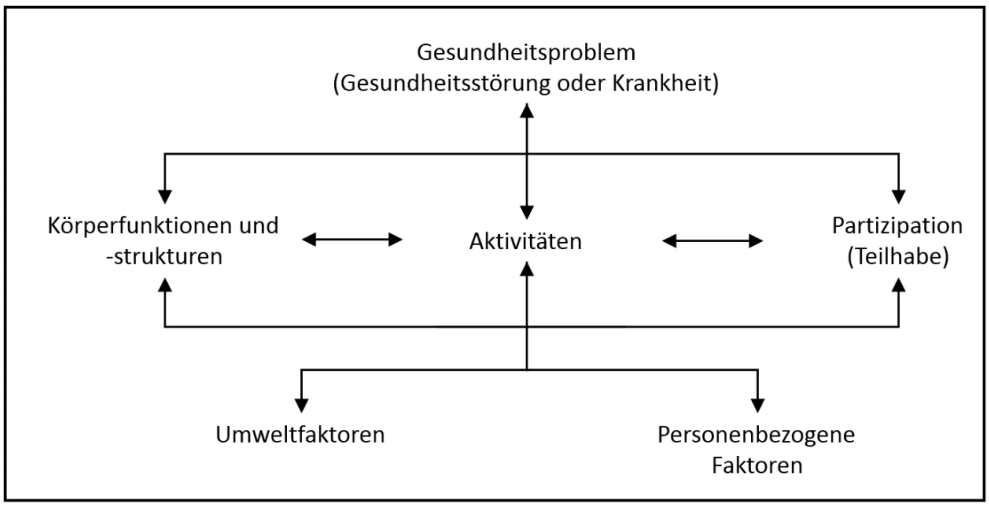


Abbildung 9: Das biopsychosoziale Modell der Komponenten der Gesundheit der ICF

(Schuntermann 2009, p.30)

Der ICF liegt jedoch nicht nur das schon in der ICIDH aufgenommene biopsychosoziale Modell zugrunde, sie berücksichtigt darüber hinaus den gesamten Lebenshintergrund einer Person. Dieser Aspekt findet in einem spä-

teren Abschnitt der sogenannten Kontextfaktoren Berücksichtigung. Während in der Anwendung des ICIDH der Schwerpunkt auf Defiziten und klassifizierten Beeinträchtigungen lag, ist der Gebrauch der ICF sowohl RESSOURCEN- ALS AUCH DEFIZITORIENTIERT. Das bedeutet, dass sowohl Bereiche vermerkt werden, in denen Behinderungen möglich sind (Defizite) als auch Dimensionen, die ebendies verhindern können (Ressourcen) (Rentsch & Bucher 2006, p.17).

Gemäß der ICF gelten Menschen als funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren -

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen, denen gesunder Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und –strukturen),
2. sie all das tun oder tun können, was von Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihnen wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten können, wie es von Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen. (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information & World Health Organization 2005)

Dieser Definition entsprechend wird das Gesundheitsproblem einer Person durch die Bereiche Körperfunktionen und - strukturen, der Aktivitäten und der Partizipation definiert. Unter Körperstrukturen fallen die anatomischen Teile des Körpers wie Organe oder Gliedmaßen. Körperfunktionen umfassen die physiologischen Funktionen von Körpersystemen wie die Muskelausdauer und psychologische Funktionen wie das Gedächtnis. Mit dem Begriff der Aktivität ist die Durchführung einer Handlung gemeint, und der Begriff der Partizipation (Teilhabe) beschreibt das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation. In Anlehnung an Schuntermann werden die Begriffe Partizi-

pation und Teilhabe synonym verwendet (Schuntermann 2009, p.9ff). Berücksichtigung finden hier die Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren als Einflussgröße auf die genannten Bereiche, welche sich wiederum auf den Gesundheitszustand auswirken. Das Modell klassifiziert diejenigen Sektoren, in denen Behinderungen auftreten können, jedoch finden auch jene Aspekte Berücksichtigung, die in diesen Bereichen fördernd oder einschränkend wirken (Kontextfaktoren). Die Partizipation und die Beeinträchtigung von Partizipation werden diesem Grundmodell gemäß, als Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und der ihr zugehörigen personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren verstanden (Rentsch & Bucher 2006, p.17). Die Umweltfaktoren können sich als so genannte Förderfaktoren und Barrieren äußern. Als Förderfaktoren werden Faktoren bezeichnet, die die Funktionsfähigkeit einer Person verbessern und ihre Behinderung reduzieren. Barrieren sind das Gegenteil davon und umfassen jene Faktoren, die die Funktionsfähigkeit einschränken und Behinderungen schaffen (Ewert & Stucki 2007, p.954).

Wie bereits formuliert, liegt mit Einführung der ICF ein Paradigmenwechsel vor. Dieser liegt zum einen in dem biopsychosozialen Modell der Gesundheit begründet, zum anderen in der Berücksichtigung des gesamten Lebenshintergrundes einer Person. Dieser Lebenshintergrund wird durch so genannte KONTEXTFAKTOREN abgebildet, die sich in Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren gliedern. Wie einführend beschrieben, werden so in der Klassifikation nicht nur jene Bereiche berücksichtigt, die eine Behinderung verursachen (Defizitorientierung), sondern auch jene, die eben dies verhindern (Ressourcenorientierung). Kontextfaktoren nehmen daher einen Einfluss auf den Gesundheitszustand einer Person (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information & World Health Organization 2005). Zum Verständnis darüber, was unter ihnen zu verstehen ist, werden die Umweltfaktoren und die personenbezogenen Faktoren wie folgt beschrieben:

UMWELTFAKTOREN werden definiert als die

> „materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten.“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information & World Health Organization 2005)

Es sind Einflussfaktoren, die außerhalb des Individuums liegen und auf die nur eingeschränkt Einfluss genommen werden kann. Die Leistung, die Leistungsfähigkeit und die Körperfunktionen sowie - strukturen können durch Umweltfaktoren sowohl positiv als auch negativ beeinflusst werden. Die Klassifikation der Umweltfaktoren geschieht auf zwei Ebenen: auf der Ebene des Individuums und auf der Ebene der Gesellschaft. Die Ebene des Individuums betrifft die unmittelbare und persönliche Umgebung einer Person. Dazu zählen der eigene häusliche Bereich, der Arbeitsplatz, die Schule, die Universität, physikalische und materielle Bedingungen der Umwelt und Verbindungen zu Familie, Bekannten, Freunden und Fremden. Die Ebene der Gesellschaft beinhaltet die informellen sozialen Strukturen, Unterstützungen und Systeme in der Gesellschaft, die einen Einfluss auf das Individuum nehmen. Darunter fallen demnach Organisationen und Dienste, die in Verbindung zur Arbeitsstelle stehen, kommunale Aktivitäten, Behörden sowie das Kommunikations- und Verkehrswesen. Weiterhin werden Gesetze, Vorschriften, formelle und informelle Grundsätze, Einstellungen und Denkweisen der Gesellschaftsebene zugeordnet (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information & World Health Organization 2005). Zusammengefasst werden folgende Komponenten in der ICF benannt: „Produkte und Technologien“, „Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt“, „Unterstützung und Beziehungen“, „Einstellungen“ und „Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information & World Health Organization 2005).

Die PERSONENBEZOGENEN FAKTOREN bilden den individuellen Hintergrund einer Person. Sie umfassen jene Aspekte, die keine direkte Verbindung zum Gesundheitsproblem aufweisen, wie z.B. das Alter, das Geschlecht, den Charakter, die Gewohnheiten und den Lebensstil, die Fitness, die ethnische Zugehörigkeit, die Erziehung, die Bewältigungsstrategien, den sozialen Hintergrund, die Bildung, den Beruf, die Erfahrungen und das individuelle psychische Leistungsvermögen. Die personenbezogenen Faktoren wurden in der ICF bisher nicht klassifiziert (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information & World Health Organization 2005). Diese fehlende Ausgestaltung der personenbezogenen Faktoren wurde von der WHO durch zu große soziokulturelle Unterschiede der Mitgliedsstaaten begründet. Da die Erhebung personenbezogener Kontextfaktoren für eine sozialmedizinische Beurteilung jedoch essentiell ist (Grotkamp 2013, p.101),

wurden Versuche unternommen diese personenbezogenen Faktoren dennoch zu klassifizieren. Eine erste Liste wurde von einer Expertengruppe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erarbeitet. Diese wurde von der Arbeitsgruppe ICF des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) weiter bearbeitet. Diese stellt die Bedeutung der Erhebung personenbezogener Faktoren heraus. Sie begründen z.B., dass die ICF für viele Fragestellungen bedeutsam ist, den ressourcenorientierten Ansatz für Partizipationsleistungen erleichtern, bei einer umfassenden Bedarfsfeststellung erforderlich sind, die Einbeziehung der Betroffenen bei der Nutzung der personenbezogenen Faktoren unverzichtbar ist und der DGSMP-Entwurf ethische Aspekte berücksichtige. Im Jahr 2010 wurde einen Entwurf für eine Klassifizierung personenbezogener Faktoren vorgelegt, der 72 Kategorien in 6 Kapiteln vorweist (Grotkamp et al. 2014). Die BAR veröffentlicht auf ihrer Homepage regelmäßig den aktuellen Bearbeitungsstand zur Weiterentwicklung der ICF. Hier werden einige der entwickelten personenbezogen Faktoren, wie Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten, mit jeweiligen Unterebenen exemplarisch veranschaulicht (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation).

Der Gebrauch der ICF ermöglicht eine differenzierte Betrachtung von Gesundheitsproblemen und ihren individuellen Auswirkungen. Die Annahme einer wechselseitigen Wirkung zwischen Umweltfaktoren und den Körperfunktionen/-strukturen sowie den Aktivitäten und der Partizipation, lässt den Schluss zu, dass eine Person mit einem Gesundheitsproblem durch unterschiedliche Umweltkonstellationen unterschiedliche Einflüsse dieses Gesundheitsproblems auf die Leistung empfindet. Eine Person, die z.B. aufgrund eines Schlaganfalls eine eingeschränkte Gedächtnisleistung aufweist, wird diese, durch die Möglichkeit einer Stundenreduzierung der Tätigkeit weniger wahrnehmen, als bei einer voll zu leistenden Stundenzahl. Die Akzeptanz des Arbeitgebers bezüglich einer Teilzeitarbeit kann somit einen begünstigenden Faktor im Hinblick auf den Zusammenhang der beeinträchtigten Körperfunktion und ihrer Auswirkung auf die Partizipationsebene „Beruf“ nehmen. Ist die Möglichkeit einer Stundenreduzierung jedoch nicht gegeben, kann die eingeschränkte Gedächtnisleistung zu einer Fehlerhäufung in der Ausführung der beruflichen Aktivitäten und damit zu einer Arbeitsplatzgefährdung führen. In diesem Fall würde sich die eingeschränkte Gedächtnisleistung mittelfristig also auf die Partizipationsebene auswirken. Unterschied-

liche Umweltbedingungen können sich entsprechend als Barriere oder Förderfaktor negativ oder positiv auf Lebensbereiche auswirken. Gesellschaftliche Rahmungen wie die Akzeptanz von Teilzeitarbeit haben demnach Einfluss auf die Leistungsfähigkeit einer Person mit einem Gesundheitsproblem (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information & World Health Organization 2005).

Wie in den zentralen Zielen der ICF beschrieben, soll durch die Einführung der ICF auch die KLASSIFIKATION der Funktionalen Gesundheit verbessert werden. In der ICF wird ein hierarchisches alphanumerisches System verwendet, bei dem jeder Komponente ein Kennbuchstabe zugeordnet ist. Die Körperfunktionen beginnen mit dem Kennbuchstaben „b“ (body functions), die Körperstrukturen mit „s“ (body structures) und die Aktivitäten/Partizipation als Gesamtheit mit einem „d“ (life domains). Diese zuletzt genannten lassen sich durch die Präfixe „a“ (activities) und „p“ (participation) spezifizieren. Weiterhin werden die Umweltfaktoren mit einem „e“ (environmental factors) klassifiziert. Wie zuvor in der Definition der personenbezogenen Faktoren beschrieben, liegen diese zum aktuellen Zeitpunkt nicht offiziell klassifiziert in der ICF vor (Ewert & Stucki 2007, p.956). Die skizzierten Entwürfe zur Ausgestaltung der personenbezogenen Faktoren schlagen für deren Kodierung den Buchstaben „i“ für „individual“ vor. Bisher liegen jedoch keine Belege vor, dass eine Klassifikation der personenbezogenen Faktoren eine Verbesserung der sozialmedizinischen Beurteilung zur Folge hat (Ostholt-Corsten 2013, p.105).

Die Kodierung wird exemplarisch für den Bereich Aktivität und Partizipation erläutert. Es stehen zwei Beurteilungskonstrukte für die Klassifikation zur Verfügung, und zwar die Leistungsfähigkeit und die Leistung. Mit der Leistungsfähigkeit wird das maximale Leistungsvermögen einer Person im Hinblick auf eine Handlungsausführung abgebildet. Für diese Messung werden die Einflüsse der Umwelt durch eine Standardisierung neutralisiert. Die reale und kontextgebundene Messung der Handlungsausführung werden als Klassifikation der Leistung bezeichnet. Sie umfasst die tatsächliche Durchführung einer Handlung in den individuellen Gegebenheiten der Umwelt. Weiterhin wird angegeben, in welchem Ausmaß bzw. in welcher Größe die Behinderung innerhalb der Kategorie ausfällt oder in welchem Umfang Umweltfaktoren als Förderfaktor oder als Barriere wirken. Dieses Beurteilungsmerkmal wird dem Kategoriencode (b,s,d,e) durch einen Dezimalpunkt (bei einer Barriere) oder durch ein Pluszeichen (bei einem Förderfaktor) angehängt.

Diese Werte reichen von xxx.0 Problem nicht vorhanden bis xxx.4 Problem voll ausgeprägt bzw. xxx.9 nicht anwendbar. Ein vollständig bewegungseingeschränktes Gelenk hätte so z.B. die Verschlüsselung b7100.4 (Ewert & Stucki 2007, p.956).

Aus der rehabilitativen Perspektive ist eine umfassende interdisziplinäre Betrachtung der Funktionalen Gesundheit einer Person zentral. Neben einer kurativen Behandlung (Behandlung der geschädigten Körperfunktionen und Körperstrukturen), ist daher auch eine rehabilitative Behandlung (Beseitigung und/oder Kompensation von Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, der Aktivitäten und der Partizipation) und eine präventive Behandlung (Vermeidung weiterer Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, Aktivitäten und der Partizipation) essentiell (Ewert, Cieza, & Stucki 2002, p.158). Für die Etablierung der ICF in rehabilitativen Prozessen ist vor allem der Bezug zu bisher verwendeten Messverfahren wichtig. Auch die Entwicklung praktikabler Anwendungsformen wie ICF-Core-Sets, welche als Kurzlisten von Kategorien für spezielle Gesundheitsstörungen zu verstehen sind (Ewert et al. 2002, p.157), begünstigt den Gebrauch der ICF. Das für den Schlaganfall entwickelte Core-Set umfasst 18 Kategorien, wodurch eine zeitökonomische Dokumentation der typische Gesundheitsprobleme nach einem Schlaganfall möglich ist (Ewert et al. 2005).

Neben den genannten Bereichen bietet die ICF eine Grundlage für Systeme der sozialen Sicherheit und schafft einen konzeptionellen Rahmen für die Beseitigung gesellschaftsbedingter Hindernisse. Das Ziel der ICF liegt somit auch in der Schaffung und Verbesserung der sozialen Unterstützung (Rentsch & Bucher 2006, p.18) und dem Ausbau von Förderfaktoren, die die Teilhabe eines Menschen trotz seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung unterstützen (Schuntermann 2003, p.56). Deutlich wird dies zum Beispiel in der Sozialgesetzgebung. In Deutschland hat die ICF noch vor der offiziellen Verabschiedung Eingang in den Prozess der deutschen Gesetzgebung gefunden (Ewert & Stucki 2007, p.958). Das Neunte Buch (SGB IX) benennt zum Beispiel den Begriff der Teilhabe als Ziel rehabilitativer Prozesse (Seidel 2005, p.80). Leistungen zur Teilhabe sollen dann erfolgen, wenn die Teilhabe an Lebensbereichen einer Person gefährdet oder schon eingeschränkt ist. In diesem Gesetz wird zur Feststellung der Teilhabegefährdung explizit Bezug auf die Inhalte der ICF genommen (Ewert & Stucki 2007, p.958).

Die ICF hat zum Ziel, die Patientenperspektive zu berücksichtigen, um einen Eindruck davon zu bekommen, worin für einen Patienten mit einer Gesundheitsstörung Ressourcen und worin Barrieren liegen. Essentiell ist nicht nur das Wissen über Schädigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen, sondern auch über Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabebereiche einer Person (Ewert & Stucki 2007, p.957). So ist es denkbar, dass eine Person, die einen Schlaganfall erlitten hat, die Einschränkungen auf der Aktivitäts- und Partizipationsebene als weit einflussreicher beschreiben wird, als die zu Grunde liegende Krankheit (Schuntermann 2003, p.55). Es ist sogar davon auszugehen, dass der Partizipationslevel für die Betroffenen und ihre Familienmitglieder ein bedeutsameres Rehabilitations-Outcome darstellt als die Wiedererlangung physischer Funktionen (Resnik & Plow 2009, p.856).

3.2 Schlaganfall

Der Schlaganfall wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als ein Krankheitsbild definiert,

> „bei dem sich die klinischen Zeichen einer fokalen oder globalen Störung zerebraler Funktionen rasch bemerkbar machen, mindestens 24 Stunden anhalten und zum Tode führen und offensichtlich nicht auf anderer als vaskuläre Ursachen zurückgeführt werden können. Es handelt sich demnach um ein akut einsetzendes fokales (oder globales) neurologisches Defizit aufgrund einer umschriebenen (oder globalen) Durchblutungsstörung im Gehirn." (Eschenfelder et al. 2006, p.298)

Nach kardiovaskulären Erkrankungen und Tumorerkrankungen stellt der Schlaganfall die dritthäufigste Todesursache in Industrieländern wie Deutschland dar (Kreimeier & Hacke 2008, p.157). In der ICD ist er im Kapitel IX, den Krankheiten des Kreislaufsystems, den Ziffern I60-I69, den zerebrovaskulären Krankheiten, zugeordnet (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2013). Gemäß einer ICD-10 basierten klassifizierten Todesursachenstatistik bildet der Schlaganfall die sechsthäufigste Todesursache (Statistisches Bundesamt 2014). Darüber hinaus gelten die zerebrale Ischämie und der akute Schlaganfall als häufigste Ursache für eine bleibende (Kreimeier & Hacke 2008, p.157) sowie im Lebensverlauf erworbene Beeinträchtigung (Heuschmann et al. 2010, p.334). Baker gibt weiterhin zu bedenken,

> „[…] that after a year, 25% are still dependent on someone else for everyday activities, and within 5 years, a third of these will have suffered a second stroke." (Baker 2008)

In Deutschland ereignen sich 196 000 erstmalige und 66 000 erneute Schlaganfälle pro Jahr, mit 63 000 Todesfällen stellt sie wie oben erwähnt eine der häufigsten Todesursachen in Deutschland dar (Heuschmann et al. 2010, p.333). Mehr als 800 000 Menschen leiden in Deutschland an den Folgen eines Schlaganfalls (Diener & Forsting 2002, p.2). Eine Studie zur Häufigkeit des Schlaganfalls in Deutschland auf der Datenbasis der Gmünder ErsatzKasse ergab eine Inzidenz von 126/100 000 im Jahr 2005 und 123/ 100 000 im Jahr 2006. Bei 11,2% der Patienten konnte ein Rezidivinsult festgestellt werden. Gemäß des SGB XI wurden 14,3% der Patienten im Anschluss an die stationäre Versorgung als pflegebedürftig eingestuft (Bussche et al. 2010, p.131).

Unter Berücksichtigung dieser Daten sowie der Tatsache, dass über die Hälfte der Patienten bei dem ersten Schlaganfall über 70 Jahre alt ist (Oster & Micol 2012, p.395) und sich im Zuge des demografischen Wandels die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Schlaganfalls noch weiter erhöhen wird (Foerch, Misselwitz, Sitzer, Steinmetz, & Neumann-Haefelin 2008, p.467), stellt dieses Krankheitsbild in den westlichen Industrienationen eine bedeutende gesellschaftliche Herausforderung dar. Aktuell werden bereits 2-5% der allgemeinen Gesundheitskosten durch Schlaganfälle verursacht (Heuschmann et al. 2010, p.334). Die direkten medizinischen Kosten der Schlaganfallversorgung für das Jahr 2004 lagen in Deutschland bei 7,1 Milliarden Euro, die Gesamtkosten pro Betroffenen bei über 43 000 Euro (Foerch et al. 2008, p.467).

Der ISCHÄMISCHE SCHLAGANFALL stellt neben dem spontanen intrazerebralen Hämatom, der Subarachnoidalblutung (SAB) und der Hirnvenen- und Sinusvenenthrombosen mit einer Auftrittswahrscheinlichkeit von etwa 80% die häufigste Form des Schlaganfalls dar. Neben diesen genannten Formen des Schlaganfalls, gibt es die sogenannte Transitorisch ischämische Attacke (TIA), die definitionsgemäß einen flüchtigen ischämischen zerebralen Insult darstellt, dessen Symptome sich jedoch innerhalb von 24 Stunden vollständig zurückbilden. Da das Schlaganfallrisiko innerhalb eines Monats nach einer TIA nachgewiesen bei 10-15% liegt, sind trotz der vollständigen Symptomrückbildung eine diagnostische Abklärung der Ursachen sowie eine Therapie und Rezidivprophylaxe essentiell (Eschenfelder et al. 2006, p.299ff).

Ischämische Schlaganfälle lassen sich auf verschiedenen Ebenen klassifizieren, deren Unterscheidung wegen der therapeutischen Maßnahmen er-

forderlich ist. Sie lassen sich hinsichtlich der klinischen Syndrome, der Ätiologie, der Pathogenese, dem zeitlichen Verlauf, des Schweregrades, der Lokalisation und der Morphologie in der Bildgebung unterteilen. Die wesentlichen zerebralen Ischämiesyndrome sind:

- vorderer Hirnkreislauf mit A. carotis, A. cerebri media und A. cerebri anterior mit 8 Unterformen,
- hinterer Hirnkreislauf mit A. vertebralis, A. basilaris und A. cerbri posterior mit 12 Unterformen,
- lakunäre Schlaganfallsyndrome.

Die nachfolgende Abbildung 10 zeigt die Klassifikationsmöglichkeiten des fokalen ischämischen Syndroms nach den benannten Kriterien.

klinisches Syndrom	fokaler ischämischer Schlaganfall
Ätiologie	Arteriosklerose (Atherothrombose) kardiale Embolien Lipohyalinosen
Pathogenese	embolisch thrombotisch hämodynamisch immunologisch entzündlich
zeitlicher Verlauf	reversibler Insult irreversibler Insult
Schweregrad	Minor- versus Major-Schlaganfall
Lokalisation	vorderer Hirnkreislauf hinterer Hirnkreislauf kortikal subkortikal
Morphologie	ohne Läsion ⟶ reversible ischämische Funktionsstörung
	mit Läsion ⟶ Hirninfarkt

Abbildung 10: Klassifikationsmöglichkeiten des fokalen ischämischen Schlaganfalls

(Eschenfelder et al. 2006, p.300)

Um Patienten mit einem Schlaganfall angemessen behandeln zu können, ist eine pathogenetische Klassifikation unabdingbar. Durch bildgebende Verfahren wie die Computertomographie, die Magnetresonanztomographie, die Computertomographie-Angiographie, die Perfusions-Computer-tomographie und die farbkodierte extra-oder transkranielle Ultraschalldiagnostik sowie die interdisziplinäre Ausrichtung in Schlaganfallzentren hat sich eine

hochwertige Diagnostik zur Einstufung in unterschiedliche Klassifikationen mit differenzierten Therapieansätzen entwickelt. Die sogenannte TOAST-Klassifikation (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) erfasst neben allen an der Entstehung beteiligten Faktoren auch die relevanten Ursachen, die zur Entstehung des Schlaganfalls beigetragen haben. Durch eine schnelle Zuordnungsmöglichkeit und eine leichte Handhabung hat sich dieses Klassifikationsverfahren in der klinischen Praxis durchgesetzt (Eschenfelder et al. 2006, p.302).

Epidemiologie, Inzidenz und Prävalenz ischämischer Schlaganfälle

Die Anzahl der Neuerkrankungen an einem ischämischen Schlaganfall wird mit 150 bis 350 pro 100000 Einwohner und Jahr (Eschenfelder et al. 2006, p.302) bzw. 160 bis 240 pro 100000 Einwohner und Jahr (Kreimeier & Hacke 2008, p.157) angegeben. International sind Zahlen von 200 pro 100 000 Einwohner und Jahr zu finden (Baker 2008). Knapp 10-15 % der Betroffenen erleiden innerhalb des ersten Jahres einen zweiten Schlaganfall. Ungefähr 15% der Patienten in Deutschland überleben den Schlaganfall nicht, 40% wiederum können nahezu ohne Einschränkungen in das Privat- und Berufsleben integriert werden (Eschenfelder et al. 2006, p.303). Anderen Daten zufolge bleiben knapp 64% der Patienten, die das erste Jahr nach dem Schlaganfall überleben, pflegebedürftig (Kreimeier & Hacke 2008, p.157). Die Folgen für Rehabilitation, Partizipation und Lebensqualität sind demnach bedeutungsvoll.

Die Frage, ob und in welchem Ausmaß mit einem Anstieg von Schlaganfällen durch den demografischen Wandel zu rechnen ist, beschäftigt die Arbeitsgruppe Schlaganfall Hessen (ASH). Dafür wurde eine Berechnung der zu erwartenden Schlaganfallzahlen für Hessen bis zum Jahr 2050 erstellt. Die Analyse beruht auf der Erhebung eines bundesweiten Qualitätssicherungsprogrammes aus dem Jahr 2005 sowie auf einer Vorausberechnung zur Bevölkerungsentwicklung des Statistischen Landesamtes aus dem gleichen Jahr. Die Arbeitsgruppe prognostiziert auf dieser Datengrundlage einen Anstieg der Schlaganfallzahlen von N = 20.846 auf N = 35.000. Darüber hinaus hat die Analyse ergeben, dass ein Großteil dieser zukünftigen Schlaganfallpatienten über 74 Jahre alt sein und einen erhöhten Pflegebedarf aufweisen wird (Foerch et al. 2008, p.470f).

Ätiologie und Risikofaktoren Ischämischer Schlaganfälle

Ischämische Schlaganfälle entstehen durch eine Durchblutungsstörung im Gehirn. Im Vergleich zu anderen Organen hat das Gehirn einen sehr hohen Verbrauch an Sauerstoff und Glukose. Bei einer Unterbrechung der Blutzufuhr des Gehirns kommt es bereits nach wenigen Sekunden bis Minuten zum Abfall des Sauerstoffpartialdrucks sowie des Zell- und Energiestoffwechsels. Je nach Dauer der Unterbrechung kann dies zu reversiblen und irreversiblen funktionellen und strukturellen Schäden des Gehirns führen.

Die Ursache des Ischämischen Schlaganfalls liegt in der Verengung eines Blutgefäßes im Gehirn und der damit einhergehenden Minderdurchblutung gefäßabhängiger Stammgebiete des Hirngewebes. Die Funktion des betroffenen Gehirngewebes wird eingeschränkt und kann zu unterschiedlichen Symptomen wie halbseitigen Lähmungserscheinungen, Störungen der Sprache sowie zu Einschränkungen der Sehleistung führen (Kiechl, Lalouschek, & Lang 2006, p.18ff). Als nicht-beeinflussbare Risikofaktoren werden sowohl in nationaler als auch in internationaler Literatur das Lebensalter, familiäre Belastungen/Vorerkrankungen und die ethnische Zugehörigkeit genannt (Baker 2008; Eschenfelder et al. 2006, p.302). National wird weiterhin das Geschlecht als Risikofaktor benannt (Eschenfelder et al. 2006, p.302). In internationaler Literatur werden hingegen die geografische Lage und vorherige zerebralvaskuläre Erkrankungen als nicht-beeinflussbare Risikofaktoren angeführt (Baker 2008). Als bedeutsamste beeinflussbare Risikofaktoren werden der arterielle Hypertonus (erhöhter Blutdruck), Diabetes mellitus, Nikotinkonsum, Vorhofflimmern, Stenose der Arteria carotis (Einengung der Halsschlagader), Übergewicht, Bewegungsmangel, Fettstoffwechselstörungen, übermäßiger Alkoholkonsum, Einnahme weiblicher Geschlechtshormone, chronische Infektionen und ein erhöhter Spiegel der Aminosäure Homozystein benannt (Schubert & Lalouschek 2006, p.305).

Symptomatik Ischämischer Schlaganfälle

Die Symptomatik des Hirninfarktes entsteht in Abhängigkeit von der jeweiligen Lokalisation. Der Verschluss der A. cerebri media (ACM) hat in der Regel eine Hemiparese, also die unvollständige Lähmung einer Körperseite oder auch eine Hemihypästhesie, eine halbseitige Empfindungsstörung, zur Folge. Weiterhin kann er zu einer Déviation conjugee, also einer unwillkürlichen Blickwendung der Augen zur Seite der Hirnläsion, und zu Sprach- und

Sprechstörungen führen. Beim Infarkt der rechten Hirnhälfte kommt es häufig zu einer Vernachlässigung (Hemineglect) der linken Körper- und Raumseite.

Bei Verschluss der A. cerebri anterior (ACA) stellt eine Parese des der Infarktseite gegenüber liegende Bein ein Leitsymptom dar. Eine Lähmung des Armes (Armparese) sowie eine Gangunsicherheit (Gangapraxie) und Inkontinenz werden als weitere mögliche Symptome benannt. Ferner kann es zu Antriebsmangel und Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen kommen.

Der Verschluss der A. cerebri posterior (ACP) kann einen Gesichtsfeldausfall der gegenüberliegenden Infarktseite zur Folge haben (kontralaterale homonyme Hemianopsie). Weiterhin ist eine Verminderung der Berührungs- und Drucksensibilität der Haut wahrscheinlich (Hemihypästhesie) sowie, bei einem zum Rumpf hin verlaufenden Verschluss der ACP (proximaler Verschluss), eine entgegengesetzte Halbeseitenlähmung (kontralaterale Hemiparese). Weiterhin wird eine gleichseitige Schädigung des Augenbewegungsnervs (ipsilaterale Läsion des N. oculomotorius) als Folge benannt. Bei einer Schädigung der dominanten Gehirnhälfte (Hemisphäre) können Lesestörungen, ein Verlust der visuellen Wahrnehmung (visuelle Agnosie) und Rechenstörungen die Folge sein. Bei einer Läsion der nicht dominanten Hemisphäre kann eine halbseitige Wahrnehmungsstörung von Umwelt und Körper (Neglect) im dem Infarkt gegenüberliegenden Gesichtsfeld als Symptom erscheinen. Diese habt oftmals Orientierungsstörungen zur Folge (Eschenfelder et al. 2006, p.301)

Verschlüsse der A. carotis interna führen zu einer halbseitigen Lähmung von Armen und Gesicht (brachiofazial betonte Hemiparese) mit und ohne halbseitiger Gesichtsfeldausfall (Hemianopsie). Auch Sprachstörungen wie Dysarthrie (eine Form der Sprechstörung) sowie Aphasie können eine Folge dieser Lokalisationsstörung sein (Diener & Forsting 2002, p.22f). Aphasien stellen Beeinträchtigungen in verschiedenen Komponenten des Sprachsystems (Phonologie, Semantik, Syntax) dar und erstrecken sich sowohl auf die Sprachproduktion (Benennen, Nachsprechen, Lesen, Schreiben) als auch auf das Sprachverständnis (auditives Sprachverständnis, Lesesinnverständnis) (Bartha 2006, p.391f).

Bei Störungen der Stammganglien werden unter anderem eine brachiofazial betonte Hemiparese, eine Hemihypästhesie, eine Apathie (mangelnde Erregbarkeit), eine Antriebsstörung, eine Desorientierung, Sprachstörungen,

eine Hemidysästhesie, ein Hemineglect (halbseitige Wahrnehmung des Körpers mit einhergehender Vernachlässigung einer Körperhälfte), Gedächtnisstörungen sowie Kopfschmerzen als Symptome angegeben.
Verschlüsse im vertebrobasilären System führen zu Symptomen wie Drehschwindel, Übelkeit, Erbrechen, Schluckstörungen, Ataxie, Doppelbildern, Lähmungen sowie Störungen des Schmerz- und Temperaturempfindens.
Bei Verschluss der A. basilaris kommt es zu Körperlähmungen (der Extremitäten, des Schluckens, der Mund-, Gesichts- und Augenbewegungen) und Hirnnervenlähmungen mit einhergehenden Bewusstseinstrübungen bis zum Koma. Patienten ohne Bewusstseinsstörungen können sich mit Ausnahme des Lidschlusses (Blinzeln) nicht bewegen, obwohl sie alles wahrnehmen können.
Verschlüsse der intrakraniellen A. vertebralis hat das Wallenberg-Syndrom häufig zur Folge und zeigt sich u.a. in Symptomen wie Schluckstörungen sowie Störungen der Schmerz- und Temperaturempfindung (Diener & Forsting 2002, p.22f).
Neben den körperlichen Funktionseinschränkungen kann es zu neurokognitiven Funktionsstörungen, zu Persönlichkeitsveränderungen und zu Änderungen des Verhaltens kommen. Diese lassen sich als Reaktion auf den Schlaganfall verstehen, können aber auch durch eine entsprechende Schädigung des Gehirns ausgelöst sein. Diese Störungen werden von den Betroffenen und Angehörigen in einigen Fällen als so stark negativ verändert beschrieben, dass eine umfassende Aufklärung, Beratung und gegebenenfalls auch eine Verhaltenstherapie notwendig ist, um zwischenmenschliche Beziehungen nicht zu gefährden. Eine erhöhte Reizbarkeit und aggressives Verhalten einerseits wie andererseits Depressionen und Antriebslosigkeit sind häufige Verhaltensänderungen. Auseinandersetzungen und Diskussionen darüber, verunsichern nicht nur das jeweilige Gegenüber, sondern auch den Betroffenen selbst. Negative Emotionen können häufig nicht kontrolliert werden und können in verletzenden Verhaltensweisen münden, die im Nachhinein bedauert werden (Michael 2003, p.35f). Diese mangelnde Kontrolle über negative und positive Gefühle zeigt sich in impulsivem Verhalten, Verzweiflungsreaktionen und in starken Stimmungsschwankungen (affektive Instabilität). Aber auch forderndes oder indifferentes, gleichgültiges Auftreten sind mit mangelnder Krankheitseinsicht und Selbstüberschätzung häufig festzustellen (Kiechl et al. 2006, p.27).

Ungefähr 10 bis 15% der Schlaganfälle in Europa sind durch INTRAKRANIELLE BLUTUNGEN (ICH) bedingt. Die wichtigsten Risikofaktoren sind ein hohes Lebensalter (Eschenfelder et al. 2006, p.305), arterielle Hypertonie, Alkoholabhängigkeit (Diener & Forsting 2002, p.10), Nikotinmissbrauch sowie niedrige Serumcholesterinwerte. Weitere Faktoren, die das Auftreten begünstigen, sind die Einnahme von Antikoagulanzien, Sympathomimetika, Thrombozytenaggregationshemmern und Fibrinotytika (Eschenfelder et al. 2006, p.305).

Man unterscheidet bei den intrazerebralen Blutungen zwischen Lobärblutungen von infratentoriellen Blutungen. Lobärblutungen, auch supratentorielle Blutungen, entstehen aufgrund einer bestehenden arteriellen Hypertonie (Bluthochdruck), die zu einer Ruptur eines arteriellen Gefäßes führt. Lokalisiert sind diese Blutungen in dem Stammganglien.

Atypische Lobärblutungen (infratentorielle Blutungen) hingegen sind im Frontal-, Temporal, Parietal-oder Okzipitallappen lokalisiert.

Unterschieden werden weiterhin primäre intrazerebrale Blutungen und durch andere Erkrankungen ausgelöste sekundäre intrazerebrale Blutungen. Primäre intrazerebrale Blutungen sind in der Regel hypertensiv bedingt, also durch einen hohen Blutdruck ausgelöst. In den tief perforierenden Ästen der Basalganglien findet sich meist eine Lipohyalinose oder Makroaneurysmen, die eine Ruptur des Gefäßes zur Folge haben. Diese aktive Blutungsauslösung wird mit blutdrucksteigernden Situationen in Verbindung gebracht, wie Kälte, großer körperlicher Anstrengung oder Streit.

Es gibt auch Erkrankungen, die sekundäre intrazerebrale Hirnblutungen auslösen wie vaskuläre Malformationen, Antikoagulation, genetische oder hereditäre Blutungsleiden, sekundäre Blutungsleiden, Blutungen in Tumoren, Vaskulitis, Leberzirrhose oder Schädel-Hirn-Traumen.

Die Symptome der intrakraniellen Blutungen lassen sich aufgrund ihrer Lokalisation erklären. Bei Blutungen im Bereich der Basalganglien kommt es z.B. zu einer kontralateraler Hemiparese oder Aphasie und bei zerebellären Blutungen treten plötzliche Stand- und Gangunfähigkeiten auf. Darüber hinaus treten sekundäre und lokalisationsunabhängige Symptome wie Kopfschmerz, Erbrechen und Verschlechterung der Bewusstseinslage auf (Eschenfelder et al. 2006, p.305f).

Subarachnoidalblutung

Ungefähr 3% der Schlaganfälle werden durch eine SAB hervorgerufen. Die Risikofaktoren liegen in familiären Belastungen, Nikotin- und Alkoholmissbrauch sowie arterieller Hypertonie. Bei 75-80% dieser Blutung kommt es durch eine Ruptur intrakraniell lokalisierter Aneurysmen zum Blutaustritt in den Subarachnoidalraum, 4-5 % haben eine arteriovenöse Malformation als Ursache und in 14-22% der Fälle lässt sich keine Blutungsquelle feststellen. Ein akut einsetzender Vernichtungskopfschmerz lässt sich als Leitsymptom benennen. Als weitere Symptome sind u.a. Nackenschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Bewusstseinstrübung bekannt. Der Verschluss der Blutungsquelle (Aneurysma) wird in hoch spezialisieren Zentren neurochirurgisch durch operatives Clipping oder radiologisch durch angiografische Intervention durchgeführt (Eschenfelder et al. 2006, p.306; Schubert & Lalouschek 2006, p.306).

Sinus- und Hirnvenenthrombose

Bei einer Sinus-oder Hirnvenenthrombosen (SVT) nimmt durch eine Abflussstörung im venösen Stromgebiet das Blutvolumen in diesem abflussgestörten Areal zu (Eschenfelder et al. 2006, p.306).

Die Symptome werden als sehr unterschiedlich beschrieben und reichen von Kopfschmerzen bis zu psychiatrischen Symptomen. Als Leitsymptome gelten Kopfschmerzen, fokale epileptische Anfälle, fokale neurologische Ausfallerscheinungen, eine Störung der Daueraufmerksamkeit sowie eine Stauungspapille. Die Ätiologie der SVT ist nicht vollständig erschlossen. Mehr als einhundert Ursachen werden diskutiert. Gerinnungsstörungen lassen sich bei etwa 50% der betroffenen Kinder und bei 10-25% der betroffenen Erwachsenen feststellen. In dem meisten Fällen liegen jedoch gleichzeitig mehrere Umstände vor, die eine SVT auslösen. Insgesamt ist die Datenlage zur SVT hinsichtlich Inzidenz, Verlauf, Morbidität und Mortalität unzureichend, der Langzeitverlauf nach einer überstandener SVT wird jedoch als günstig und das Wiedererkrankungsrisiko als gering eingestuft. Die Behandlung erfolgt durch Medikamente (Eschenfelder et al. 2006, p.306f).

3.3 Rehabilitationsprozess

Im folgenden Teilkapitel wird der Rehabilitationsprozess nach einem Schlaganfall beschrieben. Zunächst werden die sozialrechtlichen Grundlagen, als

Basis der jeweiligen Behandlungsentscheidungen erläutert. Daran schließt sich die Beschreibung der Rehabilitationsphasen an. Diese umfassen sowohl die akutmedizinische Versorgung als auch die Frührehabilitation und weiterführende Rehabilitation bis hin zur Bedeutung der Nachsorge als Brücke zur Inklusion. Auch die Bedeutung der Krankheitsverarbeitung und der Angehörigen und Familienmitglieder als soziale Ressourcen im Bewältigungsprozess werden als zentrale Merkmale erfolgreicher Rehabilitationsprozesse berücksichtigt.

3.3.1 Sozialrechtliche Grundlagen

Rehabilitative Maßnahmen müssen sich heute gemäß der ICF an einem teilhabeorientierten Ansatz messen lassen (Rollnik 2013, p.17).
Auch aus rechtlicher Sicht hat durch die Einführung des SGB IX im Jahr 2001 der teilhabeorientierte Ansatz in der deutschen Gesetzgebung Berücksichtigung gefunden. In diesem wird die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen erläutert.
Dort steht in § 1 SGB IX beschrieben:

> „Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen.“ (*Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII Mit Durchführungsverordnungen, Wohngeldgesetz (WoGG) und Sozialgerichtsgesetz (SGG)* 2012, p.1070)

Eine Besonderheit liegt darin, dass das SGB IX nicht allein für Menschen mit Behinderung geschaffen (§ 2 SGB IX) wurde, sondern für alle Personen, deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben aus gesundheitlichen Gründen bedroht, beeinträchtigt oder aufgehoben ist (§ 4 SGB IX). Dieses Konzept entspricht damit dem Teilhabekonzept der ICF (Schuntermann 2003, p.54).
Dem Gesetz nach gelten Menschen als behindert,

> „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ (*Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII Mit Durchführungsverordnungen, Wohngeldgesetz (WoGG) und Sozialgerichtsgesetz (SGG)* 2012, p.1070)

Der Behinderungsbegriff des SGB IX ist daher enger gefasst als der Behinderungsbegriff der ICF. Um Missverständnisse zu vermeiden, sollte im Rahmen der Sozialleistungen immer der Behinderungsbegriff des SGB IX gebraucht werden (Schuntermann 2003, p.53).

Wie in § 1 beschrieben gründen die zu erbringenden Leistungen zum einen auf dem SGB IX, zum anderen auf den Leistungsgesetzen der jeweiligen Rehabilitationsträger (Stähler & Giraud 2005, p.50). In Deutschland werden Rehabilitationsleistungen vorwiegend von den folgenden Trägern erbracht:

- gesetzliche Krankenkassen,
- Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- Bundesagentur für Arbeit.

Diese haben unterschiedliche gesetzliche Bezüge (SGB III bis SGB XI).
Für Personengruppen, deren Leistungen durch diese Sozialversicherung unzureichend abgedeckt werden, bestehen darüber hinaus das Bundesversorgungs- und Opferentschädigungsgesetz (für Beamte, Wehrdienstleistende und Opfer von Gewaltverbrechen), das Bundessozialhilfegesetz (zur Sicherung des Existenzminimums) und das Schwerbehindertengesetz (Rollnik 2013, p.13). Die Zuständigkeit des Versicherungsträgers ergibt sich aus dem Kausalitäts- bzw. das Finalitätsprinzip. Die Unfallversicherung greift z.B. nur dann, wenn eine Erkrankung durch einen Unfall versucht wurde (Kausalitätsprinzip). Die Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung hingegen erbringen ihre Leistungen auf der Grundlage des Finalitätsprinzips. Die Gesundheitsschädigung wird in diesen Fällen unabhängig von der Ursache betrachtet (Rollnik 2013, p.14).

Nach § 5 SGB IX werden vier Gruppen von Leistungen zur Teilhabe unterschieden:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 26 ff. SGB IX),
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 ff. SGB IX),
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§§ 44 ff. SGB IX),

- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55 ff. SGB IX).

So übersichtlich und eindeutig diese Darstellung erscheinen mag, stellt sich die Realität als größere Herausforderung dar. Oftmals benötigen Menschen mit Behinderung Leistungserbringungen auf mehreren der beschriebenen Anspruchsebenen. Diese sind jedoch unterschiedlichen Trägern zugeschrieben. Die Prüfung bezüglich der Zuständigkeit von jeweiligen Leistungserbringungen kann sich als zeitintensiv herausstellen (Vömel 2005, p.68) und steht damit in einem vermeintlichen Konflikt mit dem in § 10 SGB IX formulierten Anspruch einer zügigen und nahtlosen Leistungserbringung. Um dieser Herausforderung zu begegnen, werden Rehabilitationsträger in § 12 gesetzlich in die Verantwortung genommen dem Anspruch einer zügigen und nahtlosen Versorgung gerecht zu werden. Auch das Zusammenwirken der Leistungen wird in § 10 gefordert. So soll der zuständige Rehabilitationsträger im Zuge der Erfassung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation z.B. auch geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitserleben erfassen (*Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII Mit Durchführungsverordnungen, Wohngeldgesetz (WoGG) und Sozialgerichtsgesetz (SGG)* 2012, p.1072f).
Um Übergänge und Nahtstellen, die in einem so gegliederten Sozialsystem unvermeidlich sind, nicht zum Nachteil für die Bezugsgruppe werden zu lassen, wurde die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gegründet. Sie stellt einen freiwillig gegründeten Zusammenschluss von Leistungsträgern der Rehabilitation dar, die die Sicherstellung und Gestaltung von Rehabilitation und Teilhabe im Gesamtsystem der sozialen Sicherung zum Ziel haben. Dieser gehören Vertreter der Gesetzlichen Krankenkassen, der Unfallversicherung, der Rentenversicherung, der Kriegsopferfürsorge, der Sozialhilfe, der Bundesagentur für Arbeit, der des Deutschen Gewerkschaftsbundes, der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände und der kassenärztlichen Bundesvereinigung an. Durch den Zusammenschluss sollen die Leistungen der medizinischen, schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation und Teilhabe besser koordiniert und gefördert werden (Vömel 2005, p.68).
Unter Beteiligung der Leistungsberechtigten hat die BAR folgende gemeinsame Empfehlungen vereinbart:

- Zuständigkeitsklärung,

- Qualitätssicherung,
- Einheitlichkeit/ Nahtlosigkeit,
- Förderung von Selbsthilfegruppen,
- Verbesserung der Information und Kooperation der Akteure,
- Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Vömel 2005, p.69).

Sie dienen einer besseren Verständigung und zügigeren Leistungsermittlung.

Eine weitere Maßnahme zur Verhinderung von Schnittstellenproblematiken stellt die Etablierung so genannter Servicestellen dar. Diese sind im SGB IX in den §§ 22 ff. erläutert. Servicestellen stellen gemeinsame, örtliche Beratungsdienste der Rehabilitationsträger dar. Sie haben eine bürgernahe, unverzügliche, trägerübergreifende, anbieterneutrale und verbindliche Beratung und Unterstützung zum Ziel. Servicestellen sollen regional eingerichtet werden und können grundlegend bei jedem Rehabilitationsträger angesiedelt sein. Sie werden mit den Rehabilitationsfachberatungskräften der jeweils anderen Träger zu einem gemeinsamen Beratungs-Team vernetzt (Vömel 2005, p.70). Die Servicestellen haben die Aufgabe, über alle in Betracht kommenden Rehabilitations- und Teilhabeleistungen trägerübergreifend zu informieren. Die Klärung der Rehabilitationsbedürftigkeit und sozialrechtliche Klärung soll möglichst rasch und parallel erfolgen.
Die Aufgaben der Servicestellen im Überblick:

- Information über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen der Rehabilitationsträger, besondere Hilfen im Arbeitsleben sowie über Verwaltungsabläufe,
- Unterstützung bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und der besonderen Hilfe im Arbeitsleben sowie bei der Erfüllung von Mitwirkungspflichten,
- Klärung der Zuständigkeit von Rehabilitationsträgern, Hinwirken auf klare und sachdienliche Anträge und Weiterleitung an zuständige Rehabilitationsträger,
- Information des zuständigen Rehabilitationsträgers zur Erstellung eines Gutachtens,

- umfassende Vorbereitung der Entscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers, sodass dieser unverzüglich entscheiden kann,
- Unterstützung der Person bis zur Entscheidung oder Leistung des Rehabilitationsträgers,
- Hinwirken auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen bei den Rehabilitationsträgern,
- Koordination und Vermittlung zwischen den mehreren Rehabilitationsträgern und weiteren Beteiligten (*Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII Mit Durchführungsverordnungen, Wohngeldgesetz (WoGG) und Sozialgerichtsgesetz (SGG)* 2012, p.1079),
- Unterstützung und Beratung hinsichtlich des persönlichen Budgets (Vömel 2005, p.70f).

Rehabilitation als Behandlungsauftrag muss frühestmöglich und schon während der Akutbehandlung ansetzen. Mit dem Inkrafttreten des SGB IX zum 1.7.2001 ist dieses Prinzip gesetzlich verankert und durch Ergänzung des §39 Abs. 1 S. 3 SGB V zum Bestandteil der Krankenhausbehandlung geworden. Frührehabilitation wird definiert als „frühzeitig einsetzende rehabilitationsmedizinische Behandlung von Patienten, die wegen eines akuten Gesundheitsproblems mit schwerer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit „krankenhausbehandlungsbedürftig“ sind“ (Platz et al. 2011, p.151). Der Hauptkostenträger im Bereich der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation ist i.d.R. die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dürfen nur erfolgen, wenn folgende Kriterien vorliegen:

- Rehabilitationsbedürftigkeit,
- Rehabilitationsfähigkeit,
- positive Rehabilitationsprognose (Rollnik 2013, p.15).

Vor allem die letzten beiden Aspekte, werden in Hinblick auf Patienten der Frührehabilitation vom MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) oftmals angezweifelt. Die BAR-Empfehlungen können dem jedoch entgegengestellt werden, da sie der Phase B zunächst das „Herstellen der Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit“ und die „Klärung des Rehabilitationspotenzials“ zuordnen (Rollnik 2013, p.15).

Für die Zielgruppe relevante Gesetze der vier Leistungsgruppen

Im Folgenden werden jene gesetzlichen Grundlagen benannt, die im Hinblick auf die Zielgruppe der Menschen, die einen Schlaganfall hatten, von besonderer Bedeutung sein können.

In §§ 26 ff. SGB IX werden u.a. die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beschrieben. Hier werden die Behandlung durch Ärzte und andere Heilberufe, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel und die Belastungserprobung beim Arbeitsplatz benannt. Interessant ist auch die Benennung von psychologischer und pädagogischer Hilfestellungen, die im Einzelfall erforderlich sein können, um die Verarbeitung von Krankheit und Behinderung zu begleiten. Auch die Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, die Information und Beratung von Patienten, Angehörigen und Arbeitgebern sowie Förderung zur seelischen Stabilisierung sind hier angegeben. Darüber hinaus wird der Anspruch einer stufenweisen Wiedereingliederung erläutert, der für arbeitsunfähige Personen gilt, denen nach ärztlicher Feststellung eine teilweise Verrichtung ihrer bisherigen Tätigkeit möglich ist und eine stufenweise Wiederaufnahme ihre voraussichtlich erleichtern wird (*Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII Mit Durchführungsverordnungen, Wohngeldgesetz (WoGG) und Sozialgerichtsgesetz (SGG)* 2012, p.1080f).

Die §§ 33 ff. beschreiben die Leistungsansprüche bezogen auf die Teilhabe am Arbeitsleben. Sie beinhalten vor allem die Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes und umfassen medizinische Leistungen sowie im Einzelfall psychologische und pädagogische Hilfestellungen hinsichtlich Aspekte der Krankheitsverarbeitung, der Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, der Information, Beratung und Vermittlung sowie des Trainings lebenspraktischer Fähigkeiten (*Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII Mit Durchführungsverordnungen, Wohngeldgesetz (WoGG) und Sozialgerichtsgesetz (SGG)* 2012, p.1082f).

Die §§ 44 ff. beschreiben die unterhaltssichernden und andere ergänzende Leistungen. Sie beschreiben u.a. die Anspruchsleistungen, von Krankengeld, Übergangsgeld und Verletztengeld zur Sicherung des Lebensunterhaltes im Falle eines verminderten Arbeitseinkommens (*Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII Mit Durchführungsverordnungen, Wohngeldgesetz (WoGG) und Sozialgerichtsgesetz (SGG)* 2012, p.1088ff).

Die §§ 55 ff. beschreiben die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Sie umfassen Leistungen,

> „die den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen". (*Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII Mit Durchführungsverordnungen, Wohngeldgesetz (WoGG) und Sozialgerichtsgesetz (SGG)* 2012, p.1094)

Es werden Leistungsansprüche wie Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt und Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau und der Ausstattung von Wohnungen beschrieben, die den Bedürfnissen der Menschen mit Behinderung gerecht werden. Insbesondere die Hilfen zur Förderung von Begegnung mit nicht-behinderten Menschen sowie Hilfen zum Besuch von Veranstaltungen des öffentlichen Lebens werden an dieser Stelle benannt (*Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII Mit Durchführungsverordnungen, Wohngeldgesetz (WoGG) und Sozialgerichtsgesetz (SGG)* 2012, p.1095).

In § 8 SGB IX ist der Vorrang von Leistungen zur Teilhabe (§ 8 SGB IX) beschrieben, das bedeutet, dass Leistungen zur Teilhabe Vorrang vor Rentenleistungen haben und zunächst hinsichtlich ihres Erfolges geprüft werden müssen. Leistungen zur Teilhabe werden auch erbracht, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden (*Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII Mit Durchführungsverordnungen, Wohngeldgesetz (WoGG) und Sozialgerichtsgesetz (SGG)* 2012, p.1071f.).

In § 9 SGB IX wird das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten beschrieben. Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung von Leistungen, wird auch der Wunsch des Leistungsberechtigten berücksichtigt. Auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, Geschlecht, die Familie usw. wird hierfür Rücksicht genommen (*Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII Mit Durchführungsverordnungen, Wohngeldgesetz (WoGG) und Sozialgerichtsgesetz (SGG)* 2012, p.1072).

Im § 17 SGB IX werden die Ausführung von Leistungen und das persönliche Budget beschrieben. Leistungserbringer haben die Möglichkeit, einen Antrag zu stellen, der die Ausführungen von Leistungen zur Teilhabe über ein persönliches Budget regelt. Das Persönliche Budget wird entsprechend des individuell festgestellten Bedarfs festgelegt. Es wird von den beteiligten Leistungsträgern trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht. Die Entscheidung hat für mindestens sechs Monate Bestand. Das persönliche Budget ist eine Geldleistung, die monatlich ausgezahlt wird. Die eigene Verantwortung des Leistungsberechtigten und die Führung eines selbstbestimmten Lebens

sollen somit gewährleistet werden (*Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII Mit Durchführungsverordnungen, Wohngeldgesetz (WoGG) und Sozialgerichtsgesetz (SGG)* 2012, p.1076). Das als Geldbetrag verfügbare Gesamtbudget steht für die Deckung jeglichen Bedarfes zur Verfügung. Der Budgetnehmer kann eigenständig bestimmen welche Unterstützung er wann, wie und durch wen in Anspruch nehmen möchte. Eine Konsequenz, die sich aus der Nutzung des persönlichen Budgets ergeben wird, ist die individualisierte Bedarfsausrichtung sowie eine Weiterentwicklung ambulanter und wohnortnaher Versorgungsstrukturen (Stähler & Giraud 2005, p.60f). Eine besondere Situation ergibt sich, wenn volljährige Personen gemäß § 1896 BGB „auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung“ eigene Angelegenheiten nicht selbstständig besorgen können. In diesem Fall kann ihnen das Amtsgericht ein Familienmitglied oder einen gesetzlich bestellten Betreuer für Entscheidungen bezogen auf die Gesundheit, den Aufenthalt, das Vermögen und Behördenangelegenheiten zur Seite stellen (Rollnik 2013, p.14).

3.3.2 Akutversorgung nach einem Schlaganfall

Wie im Kapitel 3.2 beschrieben, führt der ischämische Schlaganfall durch eine Unterbrechung der Sauerstoff- und Energiezufuhr zu reversiblen und irreversiblen strukturellen Schäden des Gehirns (Eschenfelder et al. 2006, p.298), weswegen in der neurologischen Akutbehandlung von ischämischen Schlaganfällen eine sofortige Wiederöffnung des verschlossenen Gefäßes angestrebt wird. Aus diesem Grund wird die Durchführung einer so genannten Thrombolyse empfohlen, also eine Beseitigung des Blutgerinnsels aus einem hirnversorgenden Gefäß (Hacke 2004, p.3). Bei dieser wird durch ein medikamentös verabreichtes Blutgerinnungsmittel der Thrombus aufgelöst und der Blutfluss wiederhergestellt. Da jedoch die Nebenwirkungen mit einem erhöhten Blutungsrisiko im Gehirn und anderen Organen einhergehen, ist ein sinnvoller Einsatz der Thrombolyse in einem begrenzten Zeitfenster von maximal 4,5 - 6 Stunden nach Symptombeginn möglich (Kraft, Nieswandt, Stoll, & Kleinschnitz 2012, p.435). Auch bei den anderen Formen des Schlaganfalls wird eine schnellstmögliche Behandlung zur Vermeidung dauerhafter Schäden des Gehirns eingeleitet, die bei einer SAB i.d.R. durch einen operativen Eingriff erfolgt (Schubert & Lalouschek 2006, p.307f).

Prägnante Leitsätze wie „TIME IST BRAIN“ (Oster & Micol 2012, p.396) versuchen den Zusammenhang zwischen dem zeitlichen Verlauf und der Verursachung dauerhafter Hirnschädigungen in der gesellschaftlichen Wahrnehmung zu verankern, um Hemmungen beim Notrufabsetzen abzubauen. Nach wie vor besteht jedoch eine Diskrepanz zwischen dem theoretischen Wissen um eine schnelle Notfallversorgung und dem tatsächlichen Handeln in der Notfallsituation (Liesch 2012, p.45). Sowohl Berichte aus dem Jahr 1999 als auch aus dem Jahr 2012 zeigen, dass durch Verkennen oder Bagatellisierung von Symptomen eine nicht geringe Zahl von Schlaganfallpatienten nicht rechtzeitig behandelt wird (Hennes, Steiner, Heid, Hacke, & Dick 1999, p.408). Ein Großteil der Menschen schätzt einen Schlaganfall zwar als Notfall ein und kann die zugrundeliegenden Leitsymptome benennen, doch lediglich 30-50% der Patienten erkennen ihre eigenen Beschwerden als Symptome eines Schlaganfalls (Liesch 2012, p.45).

Für die Gewährleistung einer adäquaten Behandlung vermuteter Schlaganfälle werden in Deutschland mit dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung so genannte STROKE UNITS implementiert. Stroke Units sind Stationen eines Krankenhauses, die sich auf die Akutbehandlung sowie auf die gesamte Versorgungskette nach einem Schlaganfall konzentrieren (Kreimeier & Hacke 2008, p.157). Sie stellen daher eine Kombination aus Akuttherapie, früher Rehabilitation und sozialdienstlichen Leistungen dar (Marquardt 2013, p.8). Sie sind apparativ und personell wie eine Intensivstation mit einem Überwachungsmonitoring ausgestattet ist und ermöglichen eine ständige Kontrolle der Vitalfunktionen sowie eine ununterbrochene Beurteilung der neurologischen Symptomentwicklung (Hennes et al. 1999, p.416). Des Weiteren unterliegen sie speziellen Anforderungen bezogen auf die räumliche, technische und personelle Ausstattung. Zu den technischen Voraussetzungen zählt u.a. die mögliche Durchführung der beschriebenen Lysetherapie zur Auflösung von Gefäßverschlüssen. Auch moderne Bildgebungsverfahren und interventionelle Therapien gehören zum Standard. Stroke Units ermöglichen ein umfassendes Monitoring der vitalen Parameter in der akuten und instabilen Phase des Schlaganfalls. Hervorzuheben ist das multidisziplinäre Team, das einer Stroke Unit zugrunde liegt. Es besteht aus spezialisierten Ärzten, i.d.R. Neurologen, einem spezialisierten Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Logopäden, Neuropsychologen und Sozialarbeitern (Kreimeier & Hacke 2008, p.157). Durch ein fachübergreifendes Versorgungskonzept sollen ökonomische Ressourcenoptimierungen möglich sein

und Liegezeiten verkürzt werden. Neben dem bereits genannten Aspekt des Monitorings der vitalen Parameter soll durch Stroke Units auch eine frühzeitige Einbeziehung des Sozialdienstes angestrebt werden, um die anschließenden Rehabilitationsmaßnahmen und Versorgungsform abzuklären. Weiterhin soll noch in der Akutphase, also unter dem Eindruck des akuten Schlaganfalls, eine Aufklärung über Risikofaktoren stattfinden, um eine langfristige Compliance zu schaffen. Im Leistungsspektrum der Stroke Units wird die Breite der Aufgabengebiete durch Pfleger und anderer Berufsgruppen deutlich. Diese gehen weit über die kurative Behandlung hinaus und umfassen auch die psychologische Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen sowie Anleitungen zur Selbsthilfe, z.B. in Form des selbstständigen Blutdruckmessens. Nichtärztliche Berufsgruppen nehmen vor diesem Hintergrund eine immer wichtigere Rolle in der adäquaten Behandlung der Patienten und ihrer Angehörigen ein (Marquardt 2013, p.8f).

Die Anerkennung zu einer Stroke Unit erfolgt über eine Zertifizierung der Deutschen Schlaganfall Gesellschaft (DSG) und der Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe (SDSH) (Kreimeier & Hacke 2008, p.157) und ergab für das Jahr 2010 eine Zahl von 163 zertifizierter Stroke Units (Heuschmann et al. 2010, p.333). Mittlerweile werden in Deutschland ungefähr 2/3 aller Schlaganfallpatienten in einer Stroke Unit behandelt (Oster & Micol 2012, p.396). Effektivitätsstudien weisen ein Jahr nach der Behandlung auf einer Stroke Unit eine 50%ige Reduktion der Sterberate und eine 50%ige Reduktion der Pflegebedürftigkeit nach (Marquardt 2013, p.8f).

3.3.3 Das Reha-Phasen-Modell und die Bedeutung der Reha-Phase E im Hinblick auf Partizipation

Um der Komplexität des Schlaganfalls und seiner Folgen langfristig behandlungsspezifisch gerecht zu werden, ist – wie beschrieben - die Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Teams in der Neurorehabilitation unumgänglich. Eine Neurorehabilitation ist i.d.R. nicht nur komplex, sondern auch zeitintensiv, individuell und damit auch kreativ zu gestalten. Sie sollte dem beschriebenen Stufenkonzept folgen, unter Einbezug der Angehörigen stattfinden und zielorientiert gestaltet sein (Fertl 2006, p.531f).

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGNR) formuliert und veröffentlicht 2012 Leitlinien einer multiprofessionellen neurologischen Rehabilitation. Bezugnehmend auf den im SGB IX formulierten Anspruch einer „Reha vor

Rente“ und „Reha vor Pflege“, sei es notwendig, in interdisziplinär zusammengesetzten Teams einen Gesamtrehabilitationsplan anzufertigen. Dieser Plan ist dem SGB IX entsprechend als frühzeitige Teilhabeorientierung und Teilhabeumsetzung zu verstehen und bedarf neben der Therapie medizinsicher und neurologischer Faktoren auch der Berücksichtigung der Fähigkeiten im Alltag und der Möglichkeiten der Teilhabe einer Person. Auf der Grundlage einer umfassenden Kontextanalyse der Person, kann die Rehabilitationsfähigkeit und die Motivation zur Rehabilitation, unter Einbezug eigener Aussagen der Person, bewertet werden. Es werden über- und nachgeordnete Rehabilitationsziele formuliert und die zur Erreichung dieser Ziele erforderlichen Behandlungsschritte abgestimmt. Bereits im klinischen Alltag ist somit die Verbesserung der beruflichen und sozialen Partizipation ein erklärtes Ziel aller rehabilitativer Bemühungen. Um der Komplexität dieses Prozesses gerecht zu werden, bedarf es einer multiprofessionellen Zusammensetzung des Rehabilitationsteams. Jede Berufsgruppe arbeitet mit unterschiedlichen Sichtweisen, wählt verschiedene Zugänge sowie unterschiedliche Informationswege. Auf diese Weise entsteht in einer teamorientierten Kooperation eine umfassende Dokumentation zu den Defiziten und Fähigkeitsstörungen einer Person, aber auch zu den Ressourcen und Fähigkeiten einer Person. Daraus leitet sich das Rehabilitationsziel mit den individuell angepassten Behandlungsschritten ab. Im Sinne dieser teilhabeorientierten Herangehensweise wird dieser Behandlungsprozess unter Berücksichtigung von Dokumentationen, Zielformulierungen und der Festlegung von Behandlungsschritten fortlaufend in multiprofessioneller Zusammenarbeit wiederholt. Da sich im Therapiealltag der Patienten berufs- und kompetenzübergreifende Schnittmengen zeigen, wird die multiprofessionelle Kooperation im Therapiegeschehen fortgesetzt. Einheitliche Transfers, Schlucktherapie sowie Angstbewältigung bei ersten Gehversuchen sind alltägliche Herausforderungen für Betroffene und Therapeuten, die u.a. als Schnittmenge von Pflegern, Ergotherapeuten, Logopäden, Neuropsychologen u.v.m. angenommen werden. Auch im Sinne der „Hilfe zur Selbsthilfe“ sind einheitliche Therapievereinbarungen und -umsetzungen wichtig, um den Patienten frühzeitig, und selbstbestimmt in den Therapieprozess einzubinden. Der Betroffene selbst als „Experte in eigner Sache“ steht dabei stets im Mittelpunkt dieser Vereinbarungen und Absprachen (Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2012, p.2f).

Als so genannte „core members“ eines neurologisch-rehabilitativen Teams werden in den Leitlinien der DGNR folgende Disziplinen benannt: ein Arzt, der i.d.R. das Team leitet, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten, Neuropsychologen, Pfleger und Sozialarbeiter. Bei individuellen Bedarfen können überdies weitere Berufsgruppen wie Diätassistenten in Fallbesprechungen einbezogen werden (Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2012, p.5). In der beruflichen Praxis der Neurologischen Frührehabilitation zeigen sich darüber hinaus weitere Professionen, die im Sinne einer ganzheitlichen Therapie einen etablierten Platz im Reha-Team einnehmen. Dazu zählen Kunsttherapeuten (Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gGmbH 2014) und Neuropsychologen (HELIOS Kliniken GmbH 2014), um wenige Beispiele zu nennen. Ein Überblick über ein umfassendes multiprofessionelles Team gibt die Klinik für Neurologische Frührehabilitation des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg.

Abbildung 11: Interdisziplinäres Team unter fachärztlicher Leitung

(Evangelische Krankenhaus Stiftung Oldenburg 2014)

In dieser Abbildung werden kreative Tätigkeitsfelder wie Musiktherapie, Kunsttherapie, Künstlerische Therapien, Tiergestützte Therapie und Rekre-

ationsangebote als fester Bestandteil des Stationsteams aufgeführt. Als weiterer Bestandteil wird die Zusammenarbeit mit Angehörigen benannt. Diese zeigt sich sowohl als Angehörigenbegleitung in nahezu jeder der genannten Therapie- und Pflegeformen als auch in spezifischen Angeboten für Angehörige, wie Gesprächen mit Ärzten oder dem Sozialdienst (Evangelische Krankenhaus Stiftung Oldenburg 2014).
Mittels der Zusammenarbeit eines interdisziplinären und eng kooperierenden Teams kann somit eine qualitativ hochwertige und im Sinne des SGB IX eine Rehabilitation mit dem Ziel der Partizipation realisiert werden.

Wie in den Leitlinien der DGNR beschrieben steht das aktuelle Rehabilitationsziel des Patienten, also der Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen, im Mittelpunkt jeglicher Bemühungen. Daraus leiten sich aus multiprofessionellen Blickwinkeln und bereichsübergreifend die Behandlungsschritte ab, die helfen diese Rehabilitationsziele zu erreichen (Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2012). Dieser Behandlungsauftrag erfolgt, auf der rechtlichen Grundlage des SGB IX und des SGB V § 39 Abs. 1 S. 3, als erforderliche Leistungen zur Frührehabilitation zum FRÜHESTMÖGLICHEN Zeitpunkt und noch während der akutstationären Behandlung (*Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII Mit Durchführungsverordnungen, Wohngeldgesetz (WoGG) und Sozialgerichtsgesetz (SGG)* 2012, p.412). Auf Basis dieser rechtlichen Grundlage, können sich rehabilitative Maßnahmen demnach lückenlos an die akutmedizinische Versorgung anschließen, da kein Antrag auf Kostenübernahme erforderlich ist. Dies bedeutet eine erhebliche Verbesserung der bis zur Einführung des SGB IX oftmals sichtbaren Schnittstellenproblematik. Ein früher Beginn rehabilitativer Maßnahmen erweist sich insbesondere in der Therapie von Schlaganfällen als bedeutsam, da innerhalb von acht Wochen nach dem Ereignis die Regeneration des Nervengewebes, also die neuronale Plastizität, am deutlichsten ist (Nelles & Diener 2004, p.26). Ein schnellstmöglicher Beginn der Rehabilitation, bei gleichzeitigem Vorliegen einer akutmedizinischen Versorgungsbedürftigkeit, birgt Herausforderungen, die einer sukzessiven Steigerung der Anforderungen von Behandlungszielen und Behandlungsbedürfnissen der Patienten bedürfen. Aus diesem Grund hat die BAR eine Phaseneinteilung für die neurologische Rehabilitation empfohlen, durch die ein reibungsloser Ablauf einer qualitativ hochwertigen Behandlung bei neurologischen Erkrankungen gewährleistet werden soll. Die Empfehlung einer Phaseneinteilung

führte zu einheitlichen Definitionen des neurologischen Rehabilitationsprozesses sowie der zu erreichenden Patientengruppen. Darüber hinaus haben sich u.a. die Spitzenverbände der Kranken-, Renten und Unfallversicherungen auf der Ebene der BAR und in Abstimmung mit Ländervertretern auf eine gemeinsame Beschlusslage geeinigt, die auch eine Festlegung der Leistungszuständigkeiten zur Folge hatte. Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht dieses Phasenmodell, das im klinischen, wissenschaftlichen und gesetzlichen Kontexten seit fast 20 Jahren Bestand hat (Platz et al. 2011, p.151).

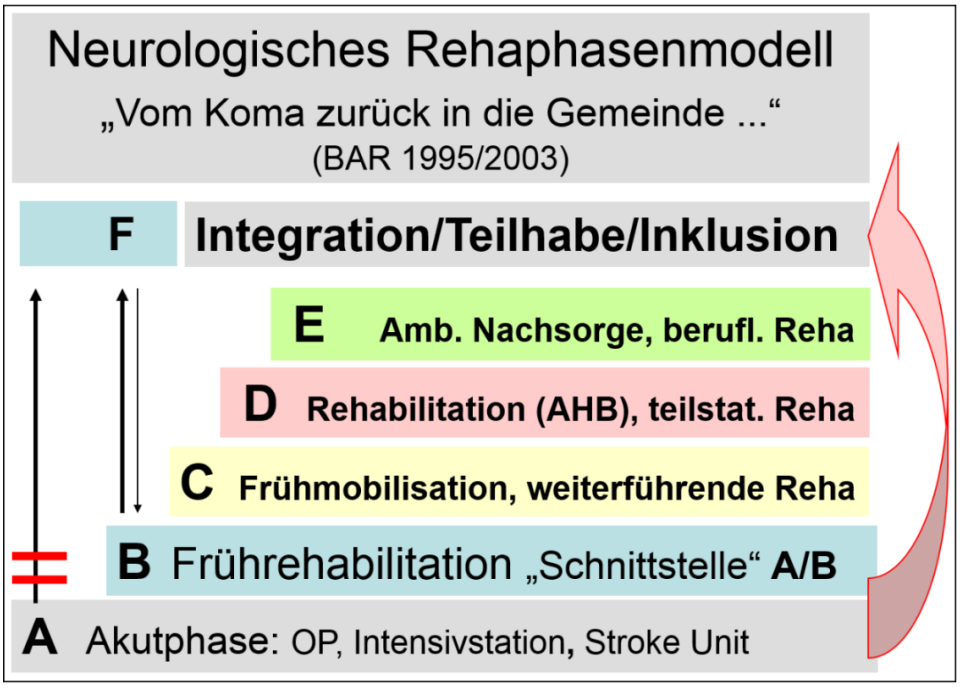


Abbildung 12: Neurologisches Rehaphasenmodell

(Zieger 2014, p.5)

Die Abbildung 12 greift die Empfehlungen zur Phaseneinteilung auf, die in ersten Überlegungen 1994 (hier überarbeitet aus dem Jahr 2010) von der Deutschen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung 2010) sowie von der BAR aus dem Jahr 1995 (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1995, p.16) vorliegen. In der hier verwendeten Abbildung ist die Phaseneinteilung hinsichtlich einer stufenweisen Entwicklung strukturiert und stellt insbesondere die Teilhabe als Ziel jeglicher Stufenabschnitte heraus. Obwohl diese Schlagwörter in der Rehabilitationsphase E explizit genannt werden, wird durch Hinzunahme des seitlichen Pfeils die Notwendigkeit aufgegriffen Teilhabe als Ziel von Anfang an anzustreben und in allen

Rehabilitationsphasen umzusetzen. Durch die explizite Benennung der Teilhabe als Ziel und der damit einhergehenden Berücksichtigung des SGB IX und der ICF eignet sich diese Veranschaulichung der Rehabilitationsphasen besonders für die Argumentationslinie der vorliegenden Dissertation.

Wie der Abbildung zu entnehmen ist, werden die Phasen alphabetisch geordnet und beinhalten standardisierte Zuordnungskriterien:

A. Akutbehandlungsphase in einem neurologisch/neurochirurgischen Krankenhaus;
B. Behandlungsphase/ Rehabilitationsphase, in der intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten möglich sind. Den Patienten sind eine selbstständige Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens sowie das selbstständige Verlassen des Bettes nicht möglich;
C. Behandlungsphase/Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, jedoch weiterhin kurativmedizinischer und pflegerischer Behandlung bedürfen. Die Patienten sind überwiegend bewusstseinsklar und können einfachen Aufforderungen nachkommen. Eine tägliche Teilnahme an Therapiemaßnahmen von etwa 30 Minuten ist möglich. Sie sind teilmobilisiert und bedürfen keiner intensivmedizinischen Überwachung. Weiterhin liegt weder eine Selbst- noch eine Fremdgefährdung durch Weglauftendenzen oder aggressiven Verhaltensweisen vor;
D. Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation. Die Patienten sind in der Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens vollständig selbstständig. Zudem liegt eine durchgängige Kooperationsfähigkeit, Kooperationsbereitschaft sowie Handlungs- und Lernfähigkeit vor. Das Auftreten eventueller leichter Symptome schränkt einen selbstständigen Tagesablauf nicht ein;
E. Behandlungsphase/Rehabilitationsphase nach Abschluss einer intensiven medizinischen Rehabilitation. In dieser Phase erfolgen Leistungen einer nachgehenden sowie beruflichen Rehabilitation. Die Patienten sind bewusstseinsklar und voll orientiert. Darüber hinaus ist eine schnelle Einstellung in Hinblick neuer Situationen möglich und eine Teilnahme an Aktivitäten des täglichen Lebens liegt vor. Weitere Kriterien sind die gegebene Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit sowie eine Grundeinsicht bezüglich bestehender Störungen. Die

Patienten dieser Phase zeigen sich bereit und motiviert an bestehenden Schwierigkeiten zu arbeiten. Die Bedeutung und Maßnahmen zur Gestaltung der Rehaphase-E werden im weiteren Verlauf des Kapitels aufgegriffen;

F. Behandlungsphase/Rehabilitationsphase, in der eine dauerhafte unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Leitung erforderlich ist. Die Patienten haben voraussichtlich dauerhafte oder fortschreitende Funktionsstörungen, eine bleibende Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom/Wachkoma) oder ausgeprägte Funktionsstörungen der geistigen und körperlichen Fähigkeiten (z.B. Beatmungspflicht). Um das Ausmaß der Schädigung zu verdeutlichen, wird der Phasenkennzeichnung ein Kennbuchstabe der vorangegangenen Phase hinzugefügt (z.B. FB oder FD) (Platz et al. 2011, p.151; Seitz-Robles 2013, p.271ff).

Die sechsgliedrige Phaseneinteilung strukturiert wesentliche neurologische Rehabilitationsschritte, die von Leistungsträgern und Leistungsanbietern kontinuierlich um medizinische und nichtmedizinische Inhalte ergänzt wurden (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation 2013, p.1). Durch die Einteilung und Erläuterung der Phasen wird ebenfalls deutlich, dass sich verschiedene Behandlungsziele unterscheiden lassen. Die Restitution (Rückbildung) der Funktionsstörungen ist das primäre Ziel. Dennoch werden auch die Kompensation, die Adaptation und die Akzeptanz als Behandlungsziele neurologischer Erkrankungen aufgeführt. Bestimmte Lokalisationen einer Läsion, lassen keine Besserung der damit einhergehenden Funktionsdefizite erwarten. Für diesen Fall ist es bedeutsam Ersatzstrategien zu erarbeiten, damit sich andauernde Funktionseinschränkungen nicht negativ auf die Aktivität oder die Partizipation einer Person auswirken. Sollten auch Ersatzstrategien und der Einsatz von Hilfsmittel nicht ausreichen um die empfundenen Defizite zu kompensieren, sollte eine positive Gestaltung der Umweltbedingungen erfolgen. Die Umwelt wird also an die Gegebenheiten einer Person adaptiert. Durch das Nutzen von Kompensationsstrategien und die Adaptation der Umweltbedingungen an die Bedürfnisse der Person kann trotz bestehender Funktionsbeeinträchtigungen eine signifikante Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens und der Partizipation einer Person erreicht werden. Für das Gelingen dieser Ansätze muss jedoch auch eine emotionale Auseinandersetzung und Akzeptanz hinsichtlich dessen, was

passiert ist und dessen, was Lebensrealität bleiben wird, erfolgen. Daher gehört auch das Erarbeiten von Bewältigungsstrategien und zwar für Betroffene und Angehörige, das so genannte „Coping“, zum Behandlungsauftrag rehabilitativer Maßnahmen (Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2012). Um den Diskurs zum Begriff „Behinderung“ (Kapitel 2.2) aufzugreifen, lässt sich demnach feststellen, dass durch ein stringentes Verfolgen der vier Behandlungsziele (Restitution, Kompensation, Adaptation und Akzeptanz) eine Behinderung im Sinne einer gestörten Wechselwirkung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt trotz bestehender Beeinträchtigungen vermieden werden kann.

Für die Zielgruppe der Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen konnte auf dieser Grundlage eine entscheidende Qualitätsverbesserung erreicht werden. Dennoch zeigen sich in der praktischen Umsetzung, insbesondere für Betroffene mit langfristigen motorischen, sensorischen und neuropsychologischen Störungen, wie Wesensveränderungen oder Minderbelastbarkeiten, besondere Herausforderungen, die einer weiteren Ausgestaltung und Verbesserung bedürfen (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation 2013, p.1). Eine Herausforderung ergibt sich durch die wechselnden Zuständigkeitsbereiche. Auch wenn die chronologische Buchstabenbenennung der Phasen die Vermutung mit sich bringt, dass das Durchlaufen der Phasen nacheinander erfolgt, ist dies nicht zwingend erforderlich. Die Zuständigkeiten und Strukturverantwortlichkeiten wechseln daher durch einen Phasenwechsel häufig. Für die Phasen A und B als Akutkrankenhausbehandlungen ist keine Kostenzusage erforderlich, für die Phasen C bis F sollte die Kostenklärung zu Beginn der wechselnden Phasen erfolgen. Für die Zeit der Phase B sind die Länder, die Krankenversicherung oder die Unfallversicherung zuständig, für die Phasen C bis D die Rentenversicherung, die Krankenversicherung oder die Unfallversicherung (Platz et al. 2011, p.151).

Auch ist trotz der Abstimmung hinsichtlich der Zuständigkeiten und Strukturverantwortlichkeiten der Kostenträger, eine Einteilung der Patienten innerhalb des Phasenmodells nicht immer eindeutig. Insbesondere bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen verläuft die Entwicklung des Patienten nicht in allen relevanten Dimensionen gleich. Nicht selten erfüllt ein Patient zugleich die Ein-bzw. Ausschlusskriterien zweier Phasen gleichzeitig. Dies ist z.B. der Fall, wenn ein Patient auf der einen Seite überwiegend bewusstseinsklar ist, zu einer Mitarbeit an Therapien fähig ist sowie über eine aus-

reichende Handlungsfähigkeit verfügt, um an mehreren Therapiemaßnahmen von je 30 Minuten teilnehmen zu können. Diese beschriebenen Kriterien würden eine Zuordnung zur Phase C bedeuten. Auf der anderen Seite wird dieser Patient aufgrund einer Verhaltensstörung oder einer schweren aphasiebedingten Kommunikationsbeeinträchtigung in seiner Kleingruppenfähigkeit so massiv eingeschränkt, dass ein Ausschlusskriterium der Phase C erfüllt wäre (Platz et al. 2011, p.152).

Eine weitere Herausforderung liegt in der leistungsrechtlichen Zuordnung der Phasen. Die Leistungen der Phasen C und D werden bundeseinheitlich mit Verträgen nach § 111 SGB V in Verbindung mit § 40 SGB V in Rehabilitationseinrichtungen geregelt. Die Leistungsrechtliche Zuordnung der Phase B ist hingegen nicht bundeseinheitlich geregelt. Die Frührehabilitation erfolgt oftmals nach § 39 SGB V als Krankenhausbehandlung und wird dort mit den Versorgungsverträgen nach §§ 108 und §§ 109 SGB V erbracht. In einigen Teilen des Bundesgebietes wird die Phase B jedoch auch in Rehabilitationseinrichtungen mit Verträgen nach § 111 SGB V erbracht. Eine Einigung wird aus pragmatischer Sicht häufig im Sinne der ersten Lösung gefordert, um eine Möglichkeit der Krankenhausversorgung zu gewährleisten und um rehabilitative Maßnahmen, wie im SGB IX gefordert, tatsächlich frühestmöglich zu beginnen. Auf der anderen Seite kann sich durch diese Maßnahme eine Versorgungslücke auftun, wenn Patienten aufgrund ihrer Einschränkungen nicht mehr krankenhausbehandlungsbedürftig sind, jedoch auch noch nicht die Kriterien der Phase C im vollen Umfang erfüllen (Platz et al. 2011, p.153).

Um alltagstaugliche Lösungen zur Einteilung der Phasen zu ermöglichen, bieten sich standardisierte Selbsthilfeassessments, wie der Barthel-Index, an (Platz et al. 2011, p.152). Mit dem ursprünglichen Ziel, den Ist-Zustand eines Patienten mit neurologischer Erkrankung zu beschreiben, haben im Jahr 1965 Mahoney und Barthel den gleichnamigen Barthel-Index (BI) entwickelt. Mit ihm wurde das Ziel verfolgt, den Grad der Unabhängigkeit der Patienten in Hinsicht auf die Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens zu beschreiben. Mittlerweile wurde mit dem sogenannten Hamburger Manual (Bundesministerium für Gesundheit 2010) eine Konkretisierung und Überarbeitung der ursprünglichen Fassung vorgenommen und das Messinstrument zusätzlich um den Frühreha-Barthel-Index (FBI) erweitert. Die ursprüngliche Fassung ermöglicht Aussagen zu den Kategorien: Essen, Baden, An- und Auskleiden, Stuhlkontrolle, Urinkontrolle, Toilettenbenutzung, Bett-/(Roll-)Stuhltransfer, Bewegung und Treppensteigen. Die Items werden

mit Punkten bewertet, die den Grad der Ausführung dieser Aktivitäten angeben, die der Patient erreicht hat. Bei dem Minimum von 0 Punkten, läge bei dem Patienten eine komplette Pflegebedürftigkeit vor und bei dem Höchstwert von 100 eine vollständig selbstständige Handlungsfähigkeit (Seitz-Robles 2013, p.271). Der BI wird bei allen Anträgen auf Rehabilitation mit angefordert (Eschenfelder et al. 2006, p.304). In der erweiterten Fassung des FBI werden ergänzende Hinweise, wie absaugpflichtiges Tracheostoma, Beatmung und Kommunikationsstörungen, berücksichtigt (Seitz-Robles 2013, p.271).

Der FBI ist ein BI plus Frührehaindices, die mit Minuspunkten bewertet werden (Schönle 1996, p.23ff). Aus dem Gesamtsummenscore BI minus Fr-BI ergibt sich der Punktwert, der zu der Phasenzuordnung führt und den Pflegeaufwand anzeigt. Er hat ebenso Eingang in die Deutschen Codierrichtlinen gefunden und wird als Standardinstrument zur Einstufung der Rehabilitationsphasen verwendet (Platz et al. 2011, p.152). Die Nutzung dieser Indices ermöglicht nicht nur eine Einschätzung des Ist-Zustandes des Patienten, sondern damit verbunden auch eine Zuordnung zum Phasenverlauf. Mit dieser Zuordnung ist nicht nur die Zuständigkeit des Kostenträgers geklärt, sondern auch, in Absprache mit den Patienten, eine Entwicklung von realistischen Rehabilitationszielen möglich (Seitz-Robles 2013, p.271f). Hinsichtlich der Auswahlprozesse für Rehabilitationsmaßnahmen liegen in Deutschland bislang wenige Daten vor. Unrat, Kalic und Berger haben aus diesem Grund 2013 eine Studie veröffentlicht, der die Fragestellung zugrunde liegt, welche Patienten nach einem ischämischen Schlaganfall eine Rehabilitation erhalten. Das Ziel liegt in der Veranschaulichung von klinischen und sozialdemografischen Patientenmerkmalen, die die Wahrscheinlichkeit einer weiterführenden Rehabilitationsleistung verringern. Es konnte herausgestellt werden, dass ein höheres Alter, weibliches Geschlecht und ein vorhergegangener Insult die Wahrscheinlichkeit einer weiterführenden Rehabilitationsmaßnahme senken. Auch das Vorliegen einer Sprachstörung, Bewusstseinsstörungen und fehlende Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten durch den Sozial- und Pflegedienst senken die Wahrscheinlichkeit einer weiterführenden Maßnahme. Hinsichtlich des Alters konnten die Autoren weiterhin feststellen, dass sich die Wahrscheinlichkeit der Bewilligung um rund 7% pro Altersjahr, welches über dem Durchschnitt liegt, verringert. Vor dem Hinter-

grund der sozial- und menschenrechtlichen Gesetzgebung ist das Herausstellen dieser Ergebnisse besonders relevant und bedarf einer kritischen Auseinandersetzung (Unrath et al. 2013, p.102ff).

Diese Studien verdeutlichen das Therapiegeschehen in der Anschlussrehabilitation (AHB). Die AHB ist eine ambulante oder stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Sie wird nur bei bestimmten Erkrankungen, wie dem Zustand nach Hirninfarkt und/oder Hirnblutung (Schlaganfall) und unmittelbar (spätestens zwei Wochen nach der Entlassung) an eine stationäre Krankenhausbehandlung bewilligt. Weitere Voraussetzungen und versicherungsrechtliche Bedingungen wie die Einzahlung von sechs Kalendermonaten mit Pflichtbeiträgen in den letzten zwei Jahren sind Prüfkriterien einer Bewilligung. Die konkreten medizinischen Voraussetzungen einer AHB können über die Homepage der Deutschen Rentenversicherung in Erfahrung gebracht werden (Deutsche Rentenversicherung o. Datum).

In Studien mit dem Schwerpunkt einer AHB nach Schlaganfall werden das bestehende Rehabilitationsgeschehen und die in der BRK und dem SGB IX verankerte Forderung nach individuellen und bedarfsorientierten Leistungen untersucht. Als problematisch erweist sich vor allem der Umstand, dass jede Einrichtung nur für ein begrenztes Segment in der durchgängigen Rehabilitationskette verantwortlich ist und dadurch eine patientenorientierte, umfassende und integrierte Planung der Rehabilitation nicht verwirklicht wird. Vor allem Themen, die über die funktionale Verbesserung hinausgehen, wie Partizipation und Teilhabe, Nachsorge, Zukunftssorgen, Sorgen bezüglich des weiteren Familienlebens und generelle Aspekte, die für Krankheitsverarbeitung ausschlaggebend sind, bleiben weitestgehend unberücksichtigt. Die Durchsetzung eines umfassenden Rehabilitationsleistungsanspruchs ist der Integrationskompetenz der Rehabilitanden und ihrer sozialen Netzwerke oftmals selbst überlassen (Weber et al. 2012, p.17ff).

Die Herausforderung der Bedarfsorientierung und der Problematik, Rehabilitationsmaßnahmen möglichst nahtlos ineinander übergehen zu lassen, zeigt sich auch in einer Studie mit dem Titel „Rehabilitationsverlauf und Nachhaltigkeit“. In dieser wurden insbesondere geriatrische Schlaganfallpatienten hinsichtlich der nachhaltigen Effektivität stationärer Maßnahmen untersucht. Das Ergebnis zeigt, dass über 40% der Patienten das im stationären Kontext erarbeitete Rehabilitationsergebnis nach der Entlassung nicht aufrechterhalten konnten. Bei über 15% der untersuchten Personen konnte keinerlei Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahmen festgestellt werden,

d.h., im Verlauf von vier Messzeitpunkten über Kompetenzen in der Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens wurde zwischen dem ersten Erhebungszeitpunkt (Tag nach der Aufnahme) und dem vierten Erhebungszeitpunkt (sechs Wochen nach der Entlassung aus dem stationären Kontext) keine Verbesserung festgestellt. Vor allem der Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor stellt eine große Schnittstellenproblematik dar, in der viele der erworbenen Fähigkeiten verloren gehen (Becker et al. 2006, p.365ff).

Die Studienlage verdeutlicht zwei Aspekte, die in Hinblick auf Versorgungsleistungen im deutschen Gesundheitssystem relevant sind. Das stationäre Rehabilitationssystem ist so gut ausgebaut, dass Rehabilitanden nach Schlaganfall Verbesserungen in der Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens nachweislich erfahren. Im weiteren Verlauf der Rehabilitation, häufig im Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungssektor, reduzieren sich diese erworbenen Funktionen jedoch teilweise oder vollständig wegen fehlender Nachsorgestrukturen und Neurokompetenzen der beteiligten Ärzte. Ungünstig verstärkt wird dieser Effekt durch den Umstand, dass sich die Partizipationsfähigkeit einer Person ohnehin erst im jeweiligen ambulanten Lebenskontext feststellen lässt und sich hierauf bezogene Einschränkungen (zu) spät zeigen. Bei gleichbleibender oder zunehmender Einschränkung der Aktivität und Partizipation befindet sich ein Rehabilitand demnach in einer lückenhaften Versorgungskette, die von Unter- und Fehlversorgung geprägt ist. Für eine nahtlose und effiziente Nachsorge müssen vorhandene medizinische und soziale Strukturen vor Ort genutzt, vernetzt und weiterentwickelt werden. Eine bedarfsgerechte Gestaltung der Phase E, des Übergangs vom stationären in den ambulanten Sektor, muss gewährleistet sein. Individuelle Aktivitäts- und Teilhabeziele müssen mit Neurokompetenz formuliert und unter Berücksichtigung der sozialen Wirklichkeit der Betroffenen im Rehabilitationsprozess formuliert, angepasst und umgesetzt werden. Da die Kontextfaktoren einer Person einen erheblichen Einfluss auf die individuelle Behinderung nehmen, sollten diese systematisch analysiert werden (Reuther et al. 2012, p.424ff). Eine so skizzierte rehabilitative Versorgung ergibt sich nicht allein aus rechtlichen und sozialen, sondern auch aus ökonomischen Gründen. Nur nach einer erfolgreichen Rehabilitation ist ein Versorgungssystem befähigt, Potentiale und Ressourcen angemessen auszuschöpfen und damit einen wirtschaftlichen Beitrag für die Gesellschaft

zu leisten. Teilhabe als Ziel muss dabei von Beginn an Berücksichtigung finden (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation 2013, p.2f). In einer aktuellen Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) wird gefordert (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation 2014), dass neben den mitwirkenden Haus- und Fachärzten spezialisierte Dienste einbezogen werden, um regionale, kompetente Anlaufstellen für die Teilhabeplanung und Leistungsvernetzung zu schaffen. Neben der Versorgung von medizinischen Komplikationen soll auch eine systematische Erfassung der vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen erfolgen, um eine regionale Versorgung sicherzustellen und eine Überversorgung zu vermeiden (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation 2013, p.4; 2014, p.8ff). Stellungnahmen von Fachinstitutionen und Experten weisen auf die Notwendigkeit von teilhabeorientierten Fachzentren hin, um die Schnittstellenproblematik in der Versorgung von Menschen mit erworbener Hirnschädigung aufzuheben. Teilhabeorientierte Nachsorgezentren konzentrieren sich neben der Beratungsarbeit vor allem auf eine angemessene individuelle Nachsorge- und Teilhabeplanung, die Koordinierung und Umsetzung entsprechender Leistungen und auf die Evaluation der Effekte der getroffenen Maßnahmen (Zieger 2012), gemessen an der Lebenszufriedenheit der Betroffenen und Angehörigen im Sinne einer partizipatorischen Wirksamkeitsforschung (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation 2014, p.40; Rosenbrock & Hartung 2012). Die geforderten Maßnahmen zur Ausgestaltung der Rehabilitationsphase-E beziehen sich nicht allein auf den Betroffenen, sondern auch auf die Angehörigen und Partner. Ihnen sollen teilhabeorientierte Beratungen, Schulungen und Anleitungen zu Verfügung stehen, um eigene Überforderungen zu vermeiden (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation 2013, p.4). Die Implementierung einer Phase E der Neuro-Rehabilitation wird als „Brücke zur Inklusion“ verstanden und vertritt die besonderen Bedürfnisse, die Menschen mit einer erworbenen Hirnschädigung in ihrem Rehabilitationsprozess haben. Die Phase E wird dabei den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK), insbesondere dem Artikel 26 BRK „Habilitation und Rehabilitation“ (Deutsches Institut für Menschenrechte 2014) gerecht, in dem es die umfassende Rehabilitation auf Teilhabe in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens einfordert (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation 2014, p.5).

3.3.4 Krankheitsverarbeitung

Schon die vorherigen Kapitel haben gezeigt, dass Menschen nach einem Schlaganfall eine Vielzahl an Herausforderungen zu bewältigen haben (Bauer, Fischer, Seiler, & Fries 2007, p.33). Die Akutphase ist häufig von einem Bewusstseinsverlust begleitet, sodass die Einschränkung von Funktionen kognitiv und emotional oftmals nur langsam realisiert werden kann. Darüber hinaus ist diese Phase von Unsicherheiten geprägt, da Prognosen hinsichtlich des weiteren Verlaufs nach Schlaganfall schwerer fallen als bei anderen Erkrankungen. Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte können nur bedingt Aussagen darüber treffen, inwieweit verlorene Funktionen wiederkehren werden und wie lange dieser Prozess dauern wird. Dennoch ist gerade diese erste Phase der Rehabilitation von einer schnellen Wiedererlangung von Funktionen geprägt, wodurch sich eine unrealistische Erwartungshaltung bezüglich der weiteren Rehabilitation ungünstig verstärken kann. Oft werden die andauernden und häufig bleibenden Beeinträchtigungen erst bei der Rückkehr in das soziale und berufliche Umfeld realisiert (Wendel 2003, p.18).

Art Gottlieb, ein kalifornischer Autor, beschreibt seine Situation folgendermaßen

> „Life will never be the same for anyone who has survived a stroke, but successful survivors are those who can accept the reality of their new situation with a positive attitude. As such they are able to live each day productively, with as much creativity and fulfilment as possible within the new boundaries imposed by the stroke."(Gottlieb 2013)

In diesem Zitat wird die Besonderheit der psychosozialen Krankheitsbewältigung betont, die unabhängig von der medizinischen Rehabilitation zu verstehen ist. Hervorgehoben wird zudem, dass Überlebende eines Schlaganfalls die Fähigkeit besitzen, ihre neue Situation akzeptieren zu können.

Auch der ICF zufolge wird eine Rehabilitation dann als erfolgreich gewertet, wenn ein Patient an allen ihm wichtigen Lebensbereichen partizipieren kann. Das beinhaltet die Fähigkeit, alltägliche Anforderungen meistern zu können sowie den Prozess der inneren Auseinandersetzung mit Herausforderungen (Wendel 2003, p.13). Dieser wird nicht auf medizinische Komponenten bezogen, sondern auf die individuelle Fähigkeit, sich den neuen Gegebenheiten und den veränderten Lebensumständen anzupassen.

Diese Verarbeitung der durch eine Krankheit veränderten Lebensumstände lässt sich als Krankheitsverarbeitung beschreiben und nach Muthny definieren

> „…als die Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern." (Muthny 1994)

Es gibt unterschiedliche Theorien und Modelle, die sich mit dem Thema der Krankheitsverarbeitung auseinandersetzen. Bei vielen Autoren heißt das Konstrukt „awareness", also das Selbstgewahrsein von Verletzungs- und Erkrankungsfolgen. Ein Rehabilitationsverlauf wird dann günstig beeinflusst, wenn der Patient eine adäquate Selbstwahrnehmung hat (Ownsworth, McFarland, & Mc Young 2000, p.465).

Lazarus und Folkman (1987) verstehen Krankheitsverarbeitung als wechselnde kognitive und verhaltensbezogene Versuche zur Bewältigung spezifischer innerer und äußerer Anforderungen. Unterschieden werden in dieser Theorie die emotionszentrierte Bewältigung (intrapsychische Regulation) und die problemzentrierte Bewältigung (Veränderung stressauslösender Bedingungen). Psychische Gesundheit, Ich-Stärke, soziale Beziehungsfähigkeit und eine positive Selbsteinschätzung sind einige der Persönlichkeitsfaktoren, die sich günstig auf eine Anpassung veränderter Lebensumstände auswirken (Lazarus & Folkman 1987, p.142ff). Ein von Moore und Stambrook entwickeltes Modell vertritt die Hypothese, dass lang andauernde kognitive, verhaltensorientierte, emotionale oder interpersonelle Beeinträchtigungen als Folgen von Schädel-Hirn-Traumata zu erlernter Hilflosigkeit und veränderten Kontrollüberzeugungen führen können. Dies kann sich so weit auswirken, dass sich der Patient aus der Überzeugung heraus, bestimmte Handlungen nicht ausführen zu können, so weit einschränkt, dass das tägliche Leben und damit letztlich auch die Lebensqualität negativ beeinflusst werden (Moore & Stambrook 1995, p.109ff). Diesem Ansatz zufolge kann eine Stärkung der Erwartung an die eigene Wirksamkeit bzw. an die eigene Handlungskompetenz das Rehabilitationsergebnis positiv bestimmen.

Dieses Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit kann auch als „Resilienz" verstanden werden. Gemeint ist die Annahme, dass man selbst über das eigene Schicksal bestimmen kann, man besitzt also eine Kontrollüberzeugung hinsichtlich des eigenen Handelns. Daraus ergibt sich ein bestimmtes Handlungsverhalten: Menschen, die resilient sind, nehmen Aufgaben selbst

in die Hand und ergreifen Möglichkeiten, um Situationen positiv zu verändern (Fries 2013, p.45). Oftmals wird Resilienz übersetzt als „Widerstandfähigkeit“ gegenüber belastenden Umständen und Ereignissen, also als Bestandteil des bereits in Kapitel 2.1 beschriebenen Salutogenese-Modells nach Antonovsky (Antonovsky 1980, p.153). Resilienz wird bei einem erwachsenen Menschen dann ausgelöst, wenn er sich mit potentiell traumatischen Erlebnissen konfrontiert sieht (Bonanno 2005, p.136). Lefebvre, Levert, Le Dorze, Croteau, Gélinas, Therriault, Michallet und Samuelson haben unter dem Titel „A Citizen Accompaniment for Community Integration (APIC)“ ein bürgerbegleitendes Integrationsprojekt zum Thema Resilienz von Menschen mit einer Schädelhirnverletzung durchgeführt und die Ergebnisse im Jahr 2013 publiziert. Die Untersuchung hatte zum Ziel die positive Auswirkung eines partizipativen Einbindens in Bezug auf das Wohlbefinden und der Fähigkeit an Aktivitäten des täglichen Lebens teilzunehmen, zu untersuchen. Durch das Projekt wurde der Mangel an Zugängen zu Ressourcen erschlossen und Unterstützung bei der Neudefinition von Lebensplänen gewährt. Zur Ergebnismessung wurden qualitative und quantitative Daten von neun Teilnehmern zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit Hilfe semi-strukturierter Interviews erhoben. Die Studie zeigt, dass die APIC eine positive Auswirkung auf die Entwicklung der Autonomie der Teilnehmer und die Zufriedenheit mit ihrer sozialen Teilhabe hat. Der APIC zeigt sich als sicherer Raum, in dem wechselseitige Beziehungen zwischen dem Begleiter und dem Begleitetem aufgebaut werden können und das Engagement zum Aufbau von Resilienz gefördert werden kann (Lefebvre et al. 2013, p.107ff).

> „In the context of exposure to significant adversity, resilience is both the capacity of individuals to navigate their way to the psychological, social, cultural and physicial resources that sustain their wellbeing, and their capacity individually and collectively to negotiate for these resources to be provided and experienced in culturally meaningful ways”(Ungar 2008, p.225)

Die aktive Unterstützung von Krankheitsverarbeitungsprozessen muss als wesentlicher Bestandteil von Rehabilitationsprozessen verstanden werden, denn Betroffene nehmen in ihrem häuslichen und beruflichen Leben größere Defizite aufgrund der psychosozialen Anpassung als durch physische Beeinträchtigungen wahr. Selbst bei gering ausgeprägten Funktionsstörungen kommt es zu sozialen Isolationen, Einsamkeit und Rückzug (Baumgartner 2011, p.580). Im Rahmen eines Nachsorgeprojektes wurden Personen, die einen Schlaganfall hatten, zu wahrgenommenen Problembereichen gefragt.

48% der geschilderten Probleme konnten der psychischen Dimension zugeordnet werden. Die Angaben bezogen sich z.B. auf einen reduzierten Aktionsradius, Probleme bei der Krankheitsverarbeitung und Überforderung der Angehörigen (Hager & Ziegler 1998, p.10).

Ein primäres Ziel der aktiven Unterstützung von Krankheitsverarbeitung liegt in der Akzeptanz der veränderten inneren und äußeren Realitäten. Diese, sowie das Umformulieren von Lebenszielen und Selbstkonzepten, stellt für Patienten, Angehörige/Partner und Behandler eine große Herausforderung dar (Baumgartner 2011, p.581). Die Veränderungen der Stellung innerhalb der Familie, der Partnerschaft und der Gesellschaft müssen aktiv begleitet und aufgearbeitet werden. Die oftmals veränderten Rollenverschiebungen in der Partnerschaft bedeuten mitunter auch finanzielle Einschränkungen (Schubert & Lalouschek 2006, p.312), deren Auswirkungen besprochen werden müssen.

Der Einfluss einer positiven Krankheitsverarbeitung im Hinblick auf den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen zeigt sich auch in empirischen Befunden (Baumgartner 2011, p.581). Die Förderung der Selbstakzeptanz und eine frühestmögliche ressourcenorientierte Arbeit mit den Rehabilitanden müssen somit Bestandteile einer teilhabeorientierten Rehabilitation sein. Weiterhin zeigen Studien, dass kognitive und seelische Probleme für Patient und Angehörige häufig belastender sind als die körperlichen Defizite. Diese seelischen Probleme können sowohl unmittelbar aus der Schädigung resultieren als auch indirekte Anpassungsschwierigkeiten an die neue Lebenssituation (Marquardt 2013, p.6) darstellen. Aus diesem Grund sollten Rehabilitanden und Angehörige sowohl in der Bewältigung bestehender Funktionsstörungen als auch in der stufenweisen Akzeptanz eventuell beständiger Beeinträchtigungen und der Anpassung von Lebensgewohnheiten unterstützt werden. Dabei müssen insbesondere die Diskrepanzen zwischen den Zielen und Vorstellungen, die man vor der Erkrankung hatte und den nun veränderten Gegebenheiten (Bauer et al. 2007, p.29) begleitet werden. Diese Bemühungen dürfen sich nicht allein auf den Rehabilitanden beziehen, sondern müssen auch die Familien und Partner berücksichtigen. Ein Austausch über die veränderte partnerschaftliche Perspektive kann Enttäuschungen präventiv begegnen.

Oftmals berichten Betroffene auch von einer Diskrepanz zwischen den eigenen Fähigkeiten und den Anforderungen, die sich aus der Umwelt ergeben

(Baumgartner 2011, p.580). Daher ist die Aufklärung über bestehende funktionelle Beeinträchtigungen und gegebenenfalls psychische Barrieren wichtig, um partnerschaftlichen Missverständnissen vorzubeugen. Angehörige Partner sollten möglichst früh in das Therapiegeschehen eingebunden werden, um Faktoren, die bei dem Rehabilitanden als Barrieren wirken, wahrzunehmen und nachempfinden zu können. Das interdisziplinäre Rehabilitationsteam muss dabei stets bedenken, dass der Schlaganfall nicht nur von der betroffenen Person, sondern auch von dem indirekt betroffenen Partner als Krise des Lebens wahrgenommen wird (Hager & Ziegler 1998, p.9). Diese Krise zu begleiten und trotz der wahrgenommenen Verluste auch positive Faktoren zu sehen, wahrzunehmen und auf die eigene Situation beziehen zu können, bedarf einer professionellen Unterstützung.

Diese aufgeführten Kenntnisse bezüglich der Bedeutung der aktiven Krankheitsverarbeitung bestätigen sich in einer von Schmitz durchgeführten Untersuchung zur Krankheitsverarbeitung aus rehabilitationspädagogischer Sicht. Dem Grundgedanken der Salutogenese entsprechend, wird der Ausprägungsgrad der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit von Menschen mit Schlaganfall als positiver Einfluss auf den Erfolg von rehabilitativen Maßnahmen herausgestellt (Schmitz 2011, p.3). Eine Aufklärung zum Verstehen, zur Handhabe und zur Sinnhaftigkeit hinsichtlich der Krankheitsgeschehnisse und der Rehabilitationsplanung nimmt demzufolge einen positiven Einfluss auf den Erfolg weiterer Behandlungsschritte.

Die in diesem Teilkapitel veranschaulichten Zusammenhänge zwischen aktiver Krankheitsverarbeitung und positiver Krankheitsbewältigung verdeutlichen die Notwendigkeit einer professionellen Begleitung und Unterstützung. Die betroffenen Personen und Familien leben mit unkalkulierbaren Alltagsanforderungen und Unsicherheiten bezüglich der weiteren Entwicklung aktueller Funktionsstörungen. Aus diesem Grund sollte die psychosoziale Begleitung zwei zentrale Ziele verfolgen: zum einen die Förderung von Optimismus bezüglich weiterer Rehabilitationserfolge, zum anderen die Akzeptanz von Funktionsstörungen, die unter Umständen keine weitere Erfolgsbilanz aufzeigen werden.

Wie schon im Kapitel 3.3.3 beschrieben, findet erst im Anschluss an den stationären Aufenthalt eine intensive Auseinandersetzung mit der veränderten familiären, häuslichen und beruflichen Situation statt (Baumgartner 2011, p.582). Auch aus diesem Grund zeigt sich, dass sich bei vielen Patienten und Angehörigen erst in dieser post-akuten Phase Bedarfe für Themen wie

Krankheitsverarbeitung, Entwicklung neuer Lebensperspektiven und Identitätsarbeit entwickeln (Baumgartner 2011, p.584).

Die Rehabilitationspädagogik kann beschrieben werden als Profession, die

> „die Prozesse von Erziehung, Bildung, Förderung und Begleitung ab[bildet], mit deren Hilfe die Entwicklung und Befähigung von Menschen mit Behinderungen stimuliert und beeinflusst wird." (Baudisch 2004, p.10)

Sie kann zur Entwicklung und Befähigung von Menschen, die direkt oder indirekt von den Folgen eines Schlaganfalls betroffen sind, einen wertvollen Beitrag leisten. Entsprechend der Ausführungen zur Bedeutung der positiv einflussnehmenden Faktoren auf Rehabilitationsprozesse (s. hierzu Kap. 2.1; 2.3 und 3.1) kann mit den betreffenden Personen eine ressourcenorientierte Begleitung und Beratung stattfinden. Es ist hierfür besonders wichtig, dass diese Unterstützung langfristig ambulant erfolgt. Darüber hinaus zeigt sich, dass diese Begleitung nicht nur situativ im Therapiegeschehen stattfinden darf, sondern im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe auch übergeordnete Strategien beinhalten muss. Die Betroffenen und Angehörigen müssen demnach aktiv in den Prozess der Erkenntnis einbezogen werden, um eigenständig und jederzeit verfügbar auf eigene Ressourcen zurückgreifen zu können.

3.3.5 Partner, Familie und Angehörige als soziale Ressource

PARTNER, FAMILIE UND ANGEHÖRIGE

Im folgenden Abschnitt werden die Begrifflichkeiten Partner, Familie und Angehörige beschrieben und voneinander abgegrenzt.

In dem wissenschaftlichen Diskurs zum Thema Partnerschaft, Familie, Angehörige und Schlaganfall zeigt sich, dass eine Abgrenzung dieser Begrifflichkeiten oftmals ausbleibt und dem Leser weitestgehend selbst überlassen bleibt. Aus dem Grund dieser mangelnden Verfügbarkeit themenspezifischer Literatur erfolgt zunächst eine Beschreibung der drei Begriffe auf Grundlage des Dudens. Daran schließt sich die eigene Beschreibung und Abgrenzung an.

Dem Duden zufolge ein PARTNER eine Person, die mit anderen etwas gemeinsam (zu einem bestimmten Zweck) unternimmt, sich mit anderen zusammentut; die mit einer anderen Person zusammenlebt, ihr eng verbunden ist; die mit anderen auf der Bühne, im Film o. Ä. auftritt bzw. spielt oder im Sport ein Gegenspieler bzw. Gegner darstellt (Bibliographisches Institut GmbH 2013c). In einer Literatur zum Thema Schlaganfall lässt sich darüber

hinaus der Hinweis finden, dass ein Partner jemand ist, mit dem Zärtlichkeiten ausgetauscht werden und Sexualität Bestandteil der Beziehung ist (Berliner Schlaganfall Allianz).

Als FAMILIE wird, dem Duden gemäß, eine (Lebens-)Gemeinschaft beschrieben, die aus einem Elternpaar oder einem Elternteil und mindestens einem Kind besteht; eine Gruppe aller miteinander (bluts-)verwandten Personen bzw. eine Sippe. In der Biologie wird darunter eine systematische Einheit bzw. Kategorie gefasst, in der näher miteinander verwandte Gattungen tierischer oder pflanzlicher Lebewesen zusammengefasst sind. Eine Familie bildet auch die Gesamtheit oder auch eine Serie von ähnlich gebauten technischen Geräten (eines Herstellers) mit gleichem oder verwandtem System (Bibliographisches Institut GmbH 2013b).

Als ANGEHÖRIGE wird ein dem engsten Familienkreis angehörender Verwandter beschrieben oder auch eine Person, die einer bestimmten Gruppe angehört, also ein Mitglied einer Gruppe ist (Bibliographisches Institut GmbH 2013a)

In Anlehnung an diese Hinweise, wird in der vorliegenden Dissertation als PARTNER eine Person verstanden, die mit der Person, die den Schlaganfall erlitten hat, im gleichen Haushalt lebt und eine Beziehung hat, die auf Vertrauen und Zärtlichkeit beruht.

Als FAMILIE werden jene Personen bezeichnet, die zu der selbst gegründeten Familie der Rehabilitanden zählen, also der Partner sowie etwaige Kinder. Als ANGEHÖRIGER werden jene Personen erachtet, die zu dem erweiterten Familienkreis gehören, also Eltern, Geschwister, Onkel, Tanten, Cousinen, Cousins usw. In den Leitfäden dieser Dissertation (Anhänge 5-8) wird durch die Frage 25 [Anmerkung in der 2.Erhebung handelt es sich um die Frage 27] darum gebeten, dass die Befragten alle festgelegten Wirkungsräume beschreiben und hierfür die beteiligten Personen und Aktivitäten benennen (Frage 25: „Wie würden Sie diese Bereiche beschreiben, also welche Personen und welche Aktivitäten verbinden Sie mit diesen Bereichen?“). Auf diese Weise konnten die Interviewteilnehmer selber festlegen, wen sie als FAMILIE zusammenfassen. Die Antworten auf diese Frage fielen unterschiedlich aus. Sie umfassten i.d.R. die auch hier benannte Kernfamilie (Partner und Kinder), teilweise wurden jedoch auch die Eltern und Geschwister oder auch die Haushaltshilfe mitbenannt. Die Frage danach, wer als PARTNER wahrgenommen wird, wurde vor der Befragung beantwortet. Das Vorhan-

densein eines Partners galt als Voraussetzung für die Teilnahme am Interview; er wurde dementsprechend im Vorfeld der Befragung als zweiter Interview-Teilnehmer festgelegt. Die ANGEHÖRIGEN wurden von den befragten Rehabilitanden und Partnern, wie beschrieben, teilweise auch als Familie benannt, teilweise wurden sie dem Bekanntenkreis zugeordnet oder nicht mit benannt.

Einer der befragten Partner (P7) entspricht nicht der zugrundeliegenden Beschreibung eines Partners. P7 wohnt weder mit R7 zusammen und pflegt keine im klassischen Sinne als „zärtlich“ angenommene Beziehung mit R7. P7 ist der Bruder von R7. Als jedoch die Rehabilitandin R7 und ihr Bruder P7 über die Befragung und die Teilnahmevoraussetzungen (Partnerschaft) informiert wurden, haben sie angegeben, sich selbst als eine Art Partner füreinander zu sehen. Aus diesem Grund wurden sie in der zugrundeliegenden Dissertation als Befragungspaar berücksichtigt. Im Kapitel 8.1, der Reflexion des methodischen Designs, wurde dieser Umstand nochmals aufgegriffen und im Hinblick auf die Eignung für die durchgeführte Untersuchung reflektiert.

RELEVANZ VON ANGEHÖRIGEN IM REHABILITATIONSVERLAUF

Die Angehörigen im Diskurs des Rehabilitationsprozesses nach einem Schlaganfall zu berücksichtigen, hat eine gesamtgesellschaftliche Bedeutung, auf die im Folgenden weiter eingegangen wird. Durch scheinbar selbstverständliche und informelle Pflege, die in keinen Leistungsbezügen ersichtlich wird, ersparen Angehörige dem deutschen Gesundheitssystem erhebliche Kosten. Eine Entlassung in das häusliche Umfeld und die damit verbundene Vermeidung einer Unterbringung in einem Pflegeheim ist umso wahrscheinlicher, wenn ein Angehöriger im häuslichen Umfeld verfügbar ist. Das direkte Umfeld nimmt sowohl hinsichtlich der psychosozialen Unterstützung als auch in Hinblick auf die täglichen Versorgungs- und Pflegeprozesse, eine bedeutende Rolle ein. So wird nach stationärer Entlassung ca. ein Viertel der Patienten durch Angehörige und Pflegedienste zu Hause versorgt (Fries 2007a, p.135ff). Schlote und Richter zeigen auf, dass Angehörige ein halbes Jahr nach dem Schlaganfall durchschnittlich 3,4 Stunden am Tag pflegerische Tätigkeiten übernehmen und weitere 10,8 Stunden Beaufsichtigungen des Patienten leisten. Doch nicht nur in dieser funktionellen Sicht weisen sie eine große Relevanz auf, denn Optimismus und eine positive Wirkung des

Partners auf den Patienten haben eine positive Beeinflussung des Rehabilitationsverlaufes zur Folge (Schlote & Richter 2007, p.232ff). Die Compliance, die Krankheitsverarbeitung und die Lebensqualität des Patienten werden durch die Funktionsfähigkeit und die Einbindung der Angehörigen positiv beeinflusst. Die familiäre Unterstützung gilt als Prädiktor mit der größten Robustheit und Konsistenz für die funktionalen Fähigkeiten im Genesungsprozess. Doch auch im negativen Sinn kann sich die Unterstützung durch Angehörige auswirken. Überprotektives Verhalten kann dazu führen, das Patienten trotz einer verbesserten Funktionsfähigkeit in der Krankenrolle verbleiben. Selbstständigkeit und Aktivität werden gehemmt und damit eine depressive Symptomatik begünstigt (Wilz & Meichsner 2012, p.1126).

Situation pflegender Angehöriger

Die Akutphase nach einem Schlaganfall ist durch Angst um das Überleben und Krankenbesuche bestimmt. Der Partner bewältigt die Besuche des Patienten ebenso wie den Alltag, der ohne den Partner weitergeht (Schlote & Richter 2007, p.231). Nach der Entlassung in das häusliche Umfeld spielen, insbesondere bei weiter bestehenden körperlichen und kognitiven Einschränkungen, die Pflege und die Neu-Organisation des Alltags eine wichtige Rolle (Fries 2007a, p.135). Ungewohnte Aufgaben müssen übernommen werden, Hilfestellungen und persönliche Pflege müssen geleistet werden, Anträge gestellt und Fahrten zu Therapeuten und Ärzten realisiert werden (Schlote & Richter 2007, p.231f). Auch Behrisch beschreibt, dass der Eintritt einer pflegebedürftigen Beeinträchtigung tiefgreifende Veränderungen für den Partner bedeuten. Auch sie beschreibt die Veränderung der täglichen Routinen und Gewohnheiten. Darüber hinaus beschreibt sie die entstehende Doppelbelastung für den nicht betroffenen Partner, die zum einen durch den Arbeitsausfall des betroffenen Partners und zum anderen durch den Mehraufwand von Unterstützungs- und Pflegeleistungen resultiert. Es bleibt den Paaren selbst überlassen medizinische Diagnosen und Einstufungen der Pflegeversicherung als Auswirkungen auf den eigenen Alltag zu gestalten. Die Neuverteilung der zuvor eingespielten Haushaltsaufgaben erfolgt auf der Einschätzung zu der Leistungsfähigkeit des betroffenen Partners, wobei es Über- und Unterforderungen zu vermeiden gilt. Behrisch berücksichtigt insbesondere die veränderte Binnenstruktur der Paarbeziehung

und geht u.a. auf den sensiblen Themenkomplex der Intimität ein. Sie beschreibt, dass zwei verschiedene Körperbeziehungen in Einklang miteinander gebracht werden müssten. Zum einen die intime Körperbeziehung, die auf die Begehrung des Körpers basiert, als auch die Pflegebeziehung, die auf der zu leistenden Pflege des Körpers basiert. Vielen Partner gelinge eine Parallelität beider Körperbeziehungen nicht, weswegen die intime Beziehung zumeist zugunsten der Pflegebeziehung aufgegeben wird (Behrisch 2013a, p.174).

Wenn Personen erkranken, sind jedoch nicht nur die Partner indirekt mit betroffen, sondern auch gemeinsame Kinder. Auch diese sehen ihr Leben mit erheblichen Veränderungen konfrontiert. Aus der Erkrankung eines oder beider Elternteile entwickeln sich veränderte Verantwortungsübernahmen, Rollenveränderungen, der Wegfall zentraler Bezugspersonen, das Gefühl von Hilflosigkeit, Unsicherheit und Angst, eine Orientierungslosigkeit, emotionale Distanz, ein veränderter Alltag, Überforderung und die Notwendigkeit, eigene Perspektiven ohne Unterstützung von außen entwickeln zu müssen (Steiner 2002, p.112ff). Oftmals ändert sich das Beziehungsverhalten beider Elternteile, sodass das Erleben der Kinder von viel Unsicherheit und Unbeständigkeit gekennzeichnet ist. Dies führt unter anderem dazu, dass die Beziehungen der Familienmitglieder untereinander neu definiert und entwickelt werden müssen (Kieffer-Kristensen & Teasdale 2011, p.321f).

Coping und Krankheitsbewältigung der Angehörigen

Neben den Coping-Strategien der Betroffenen spielen auch die der Familienangehörigen eine große Rolle. Es ist davon auszugehen, dass Angehörige im gleichen oder stärkeren Ausmaß durch eine Hirnverletzung des Partners belastet sind als dieser selbst (Wendel 2003, p.25). Auch sie erleben ihre Lebenspläne durch den Schlaganfall und seine Folgen oft als verändert (Schubert & Lalouschek 2006, p.312). Die Hirnverletzung des Partners ist durch Verlusterlebnisse geprägt. Es fehlen Geborgenheit, Vertrauen, Verlässlichkeit, alltagspraktische Unterstützung sowie Ratschläge und Ermutigungen durch den betroffenen Partner (Lucius-Hoene & Nerb 2011, p.55).

Angehörige durchlaufen ähnliche Phasen der Krankheitsverarbeitung wie ihre erkrankten Partner. Bei ihnen zeigen sich häufig Erschöpfungssymptome, Gefühle der Hilflosigkeit (Brenner-Walter et al. 2006, p.572), Angststörungen, Schlafstörungen und physische Belastungen (Schlote & Richter 2007, p.233). Bei Untersuchungen zu Veränderungen der Lebensqualität

darf den Autoren Schlote und Richter (2007, p.233f) zufolge nicht der Fehler gemacht werden, den Schlaganfall als Ausgangspunkt der Überlegungen zu nehmen. Wichtiger als der zeitliche Abstand zu dem Akutereignis sei die zeitliche Dimension nach Entlassung in das häusliche Umfeld. Sechs Monate nach der Entlassung des Patienten gebe es auch viele positive Wahrnehmungen. Diese Zeit sei durch die Möglichkeit, endlich aktiv etwas tun zu können, geprägt. Neue Aufgaben würden als Herausforderung verstanden, und vielfältige Unterstützungen seien in der Umwelt verfügbar. Es bestehe die fortwährende Hoffnung auf funktionelle Verbesserungen. Ein weiteres halbes Jahr später seien die Beeinträchtigungen der Lebensqualität signifikant im Vergleich zu der Normalbevölkerung. In der Wahrnehmung der Angehörigen werde der Rehabilitationsverlauf als abgeschlossen angesehen, der gegenwärtige Zustand als Zukunft realisiert, der akzeptiert werden müsse.
Grundsätzlich findet eine Veränderung der Beziehungswahrnehmung statt: Die *partnerschaftliche* Rolle verändert sich zu einer *fürsorglichen* Rolle (Schlote & Richter 2007, p.235; Wendel 2003, p.26). Die Krankheitsverarbeitung ist daher oftmals auch von einem Rollenwechsel, vom Partner zum Versorger, geprägt. Oftmals sehen sich ganze Familien mit einer sozialen Isolation konfrontiert (Wendel 2003, p.25f).

Belastungsthemen der Angehörigen

Neben den beschriebenen Verlusterlebnissen werden viele weitere Belastungen von Angehörigen empfunden, die der Übersicht halber aufgelistet werden:

- erhöhte Arbeitsbelastung,
- zusätzliche Verantwortungsbereiche,
- Anpassung des Alltags an die krankheitsbedingten Veränderungen,
- veränderte Stimmung und Persönlichkeit des Partners,
- reduzierte Kommunikation mit dem Partner,
- Entfremdung,
- Verlust gemeinsamer Aktivitäten,
- Verlust von sozialen Außenkontakten,
- Verlust des sozialen Netzwerkes bei einem gemeinsamem Freundeskreis,
- Rollenverschiebungen,

- vermehrte Reibungsflächen durch das plötzliche Zuhause Sein des Partners,
- Rolle des Vermittlers zwischen unangemessenen Verhalten des Patienten und weiteren Familienmitgliedern,
- Veränderung von Intimität und Vertrautheit (Jungbauer, von Cramon, & Wilz 2003, p.1113f),
- Einschränkung der persönlichen Freizeit,
- Angst und Sorge um den Patienten,
- Persönlichkeitsveränderungen des Partners (Introvertiertheit, Wutausbrüche, mangelnde Teilnahme an sozialen Aktivitäten),
- finanzielle Einbußen (Schlote & Richter 2007, p.232).

Die empfundene Wesensveränderung des Partners, als chronische Belastung, (Jungbauer et al. 2003, p.1116) sowie ein wechselseitiges Unverständnis für die Perspektive des anderen führen als Folge eines Schlaganfalls oftmals zu Entfremdungen und/oder Trennungen. In Hinsicht auf die Scheidungszahlen durch eine Hirnverletzung lassen sich jedoch keine verlässlichen Angaben machen: Während einige Autoren Scheidungszahlen von über 80% nennen, geben andere Autoren deutlich niedrigere Scheidungsraten im Vergleich zu der Normalbevölkerung an (Lucius-Hoene & Nerb 2011, p.55). Auch Veränderungen des emotionalen Erlebens, Ansätze von Depressionen oder eine zuvor unbekannte Gleichgültigkeit gegenüber wichtigen Ereignissen, können (Ehe-)Partner erheblich belasten und zu Veränderungen auf der Beziehungsebene führen. Darüber hinaus kann es bei Angehörigen zu Schuldgefühlen kommen, wenn der Wunsch nach dem eigenen unabhängigen Leben wächst und mit gesellschaftlich geprägten Erwartungen kollidiert. Oft werden von Partnern und Angehörigen Nächstenliebe und aufopferndes Verhalten erwartet (Fries 2007a, p.136). Ein Drittel aller von Schlaganfall betroffenen Personen sowie ihrer Angehörigen laufen Gefahr, schwere seelische Belastungsreaktionen zu entwickeln (Langkafel & Lüdke 2008, p.93). In einer britischen Studie zum Thema „Self reported long term needs after stroke“ berichten 42% der befragten Angehörigen von negativen Veränderungen in der Partnerschaft nach einem Schlaganfall (McKevitt et al. 2011, p.1398ff). Um Beziehungsabbrüchen vorzubeugen und Beziehungen zu stabilisieren, sollte daher eine Neudefinition der Paarbeziehung begleitet und eine neue gemeinsame Lebensperspektive entwickelt werden (Jungbauer et al. 2003, p.1116).

In einer qualitativen Studie ausschließlich mit Frauen hirnverletzter Männer geben diese die Reizbarkeit des Partners als die am meisten belastende Veränderung des Partners an, die nach außen hin jedoch beschönigt oder entschuldigt wird. Die erzwungene Zweisamkeit und die ständige Verfügbarkeit für den Partner werden als wesentliche Belastungsfaktoren benannt. Dabei wird es als täglicher Spagat empfunden, alltägliche Hilfestellungen, moralische Unterstützung und beständiges Ermutigen zu leisten, gleichzeitig jedoch eben diese Unterstützungsleistungen weitestgehend zu verbergen, um den Partner vor Selbstwertkrisen zu bewahren (Lucius-Hoene & Nerb 2011, p.56f).

Die Betreuungsleistung von Angehörigen geht mit eigenen, teils essentiellen, Veränderungen einher. Eine Studie mit 26 Teilnehmern zeigt, dass 23% aus ihrem Beruf ausschieden und sich weitere 50% durch den Betreuungsaufwand in der Ausübung ihres Berufs eingeschränkt fühlen. Fast 70% verzichten auf ihren Urlaub, 65% stellen Einbußen im gesellschaftlichen Leben fest. Eine interessantes Ergebnis zeigt sich darin, dass die Angehörigen die fehlende Aktivität des Partners als eins der drei größten Belastungen durch den Schlaganfall benennen (Nowotny, Dachenhausen, Stastny, Zidek, & Brainin 2004, p.580f).

In einer Befragung zum Thema „Krankheitswissen, Erwartungen und Urteile zur Behandlung älterer Schlaganfallpatienten und ihrer nächsten Angehörigen“, in deren Rahmen 45 Schlaganfallpatienten und ihre nächsten Angehörigen nach Aufnahme in und vor Entlassung aus dem stationären Kontext interviewt wurden, zeigte sich, dass Angehörige mehr Probleme und Symptome benennen als die Patienten selbst. Insbesondere Symptome psychischer Art wurden von Angehörigen, jedoch nicht von den Patienten, als Problemfelder festgestellt. Weiterhin zeigt sich in dieser Studie, dass Angehörige und Patienten unterschiedliche Ziele in bzw. durch Rehabilitationsprozesse verfolgen: Patienten streben vordergründig funktionelle Verbesserungen wie Gehen und Arm bewegen und erst an dritter Stelle den Aspekt der Selbstständigkeit. Angehörige dagegen benennen die Selbstständigkeit zuerst, gefolgt vom Gehen und Sprechen. Ein prägnantes Studienergebnis liegt darin, dass der Grad der funktionellen Einschränkung/der Behinderung des Partners umso höher eingeschätzt wird, je stärker sich die Angehörigen belastet fühlen (von Renteln-Kruse, Nogaschewski, & Meier-Baumgartner 2002,

p.245ff). Auch in internationalen Studien lassen sich Hinweise auf die Situation der Angehörigen nach einem Schlaganfall finden. In der Studie „Life satisfaction in spouses of patients with stroke during the first year after stroke“ wurde untersucht ob die Lebenszufriedenheit von den 67 befragten Personen, deren Partner einen Schlaganfall erlitten haben, sich verändert hat. Die erste Befragung, die etwa zehn Tage nach dem Schlaganfall durchgeführt wurde, erhob die Lebenszufriedenheit retrospektiv, die Fragen bezogen sich also auf die Zeit vor dem Schlaganfall. Die Untersuchungen, die nach vier Monaten und nach einem Jahr durchgeführt wurden, erhoben die Angaben des jeweiligen Moments. Die Lebenszufriedenheit wurde vor dem Schlaganfall als besser eingestuft als nach dem Schlaganfall. Die Zeitpunkte von 4 Wochen und einem Jahr nach dem Schlaganfall weisen keinen signifikanten Unterschied auf (Forsberg-Warleby, Moller, & Blomstrand 2004, p.4ff).

Die Studie „The Burden of Caregiving in Partners of Long-Term Stroke Survivors“ untersucht drei Jahre nach einem Schlaganfall in 115 Partnerschaften die Belastungen durch Pflegeleistungen. Die befragten Partner äußern u.a. Belastungen durch ein hohes Verantwortungsempfinden, Unsicherheiten bezüglich des Pflegebedarfs und Einschränkungen des sozialen Lebens. Die Analyse der Ergebnisse ergab weiterhin, dass eine höhere Belastung zwar teilweise durch die Beeinträchtigung des Patienten erklärt werden könne, vor allem jedoch durch Merkmale der Partner in Bezug auf die emotionale Not, Einsamkeit, Behinderung, die Höhe der informellen Pflege, unerfüllte Anforderungen für die psychosoziale Betreuung und unerfüllten Forderungen nach Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens (op Reimer, De Haan, Rijnders, Limburg, & Van Den Bos 1998, p.1605ff).

Die Studie „The impact of stroke on the well-being of the patient´s spouse: an exploratory study” untersucht die Auswirkung des Schlaganfalls auf den Patienten. Dabei wird insbesondere geprüft ob eine psychiatrische Morbidität und die durch die Pflege entstandene Belastung mit dem Grad der Behinderung des Patienten korrelieren. Die Ehegatten wiesen ein höheres Ausmaß an psychiatrischer Morbidität auf als die Referenzgruppe, auch fühlten sie sich durch die Pflege gestresst. Die psychiatrische Morbidität und die empfundene Belastung des Ehegatten erwiesen sich nicht als proportional zu dem Ausmaß der Behinderung des Patienten. Besonders belastet fühlten sich diejenigen befragten Partner, deren Partner Sprachschwierigkeiten als Folge des Schlaganfalls aufzeigten (Draper & Brocklehurst 2007, p.265ff).

Die bisherigen Ausführungen dieses Kapitels zeigen, dass auch Partner und Angehörige aktiv in ihrem Prozess der Auseinandersetzung mit den veränderten Lebensrealitäten unterstützt werden müssen. Häufig muss der gesamte Familienrhythmus an die neuen Gegebenheiten angepasst werden. Die Fürsorge und Angst um das erkrankte Familienmitglied, aber auch Schuldgefühle, wenn Zeit für sich selbst eingefordert wird oder überhöhte Forderungen an den Betroffenen gestellt werden, führen zu Belastungen. Daher nimmt die Unterstützung von Angehörigen zur Entwicklung neuer Perspektiven, zur Akzeptanz der veränderten Realitäten, zur Entlastung, aber auch zur Förderung von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der Patienten einen großen Einfluss auf den Rehabilitationserfolg (Baumgartner 2011, p.581f).

Der Bedarf an Unterstützungsleistungen ist während des Rehabilitationsverlaufs einem Wandel unterlegen. Während zu Beginn vorwiegend Informationen zur Ätiologie und Symptomatik sowie zur Prognose des Schlaganfalls gefordert werden, werden im Übergang zum ambulanten Sektor mehrheitlich Informationen bezüglich weiterer Beratungsangebote erbeten (Wilz & Meichsner 2012, p.1127ff). Da längerfristige Konflikte und Beziehungsprobleme oftmals erst im Prozess der Krankheitsverarbeitung sichtbar werden (Schubert & Lalouschek 2006, p.312), steht insbesondere der Informationsbedarf zu psychischen Veränderungen des Partners, zur Unterstützung bei der Entwicklung eigener Freiräume sowie zur Krankheitsverarbeitung im Vordergrund. Angehörige wünschen sich im zeitlichen Verlauf demnach verstärkt Unterstützung bezüglich der Neugestaltung von Partnerschaften und realistischen Gestaltungsmöglichkeiten der gemeinsamen Zukunft (Wilz & Meichsner 2012, p.1127ff).

Trotz vielfältiger Rückmeldungen und evidenzbasierten Ergebnissen bezüglich der Beratungsbedarfe von Angehörigen gestaltet sich die Frage der konkreten Ausgestaltung derartiger Interventionen für Angehörige weitaus schwieriger. Etablierte und standardisierte Unterstützungen für Angehörige fehlen daher nach wie vor. Deutlich wird nur, dass im stationären Kontext die angebotenen Unterstützungen oftmals nicht in Anspruch genommen werden und im ambulanten Kontext die Teilnahme an Selbsthilfegruppen von vielen Angehörigen entschieden ausgeschlossen wird. Es scheint somit eine Diskrepanz zwischen dem Angebot und der Nachfrage unterstützender Leistungen für Angehörige zu geben. Auch aus diesem Grund gibt es nur wenige

Hinweise zum Outcome von Interventionen, jedoch kann ein nachweisbarer Effekt hinsichtlich individueller Trainingsprogramme im häuslichen Kontext festgestellt werden (Schlote & Richter 2007, p.236).
In der bereits beschriebenen Studie zum Thema „Krankheitswissen, Erwartungen und Urteile zur Behandlung älterer Schlaganfallpatienten und ihrer nächsten Angehörigen“ verdeutlichen die Ergebnisse, dass knapp 90% der Befragten (sowohl aus der Gruppe der Patienten als auch aus der Gruppe der Angehörigen) kein Interesse an einem Austausch mit anderen von Schlaganfall betroffenen Menschen haben (von Renteln-Kruse et al. 2002, p.248).

Als Zwischenfazit dieses Teilkapitels zeigen sich also ganz fokussiert die Brisanz der Situation der betroffenen Partner und Familienmitglieder und die sich zwingend ergebene Notwendigkeiten, sie aktiv in Rehabilitationsprozesse einzubeziehen, um Überforderungen zu vermeiden. Darüber hinaus wird aber auch ihr (positiver oder negativer) Einfluss auf Rehabilitationsverläufe sichtbar und damit ihr anzunehmendes Potential, positiv in Rehabilitationsverläufen wirksam zu werden. Partner und Angehörige und natürlich die Betroffenen selbst sollten nicht als bemitleidenswerte und passive, sondern als selbstwirksame und kompetente Personen in den Rehabilitationsprozess einbezogen werden. In einer ernstzunehmenden partizipativen Grundhaltung wird die genannte Personengruppe als Experten in eigener Sache und als Quelle der Erkenntnis in das Rehabilitationsgeschehen einbezogen. Diese Grundhaltung umfasst dabei nicht allein die jeweilige individuelle Rehabilitationsplanung, sondern auch die Rehabilitationsforschung. Erst durch Rückmeldungen der Patienten, Partner und Familienangehörige und nicht durch standardisierte Testungen können Rehabilitationsleistungen hinsichtlich ihrer *langfristigen* und *teilhabeorientierten* Erfolge bewertet und eingeordnet werden.

4 HERLEITEN DER FRAGESTELLUNG

In diesem Kapitel wird zunächst das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Dissertation erläutert und anschließend der aktuelle Forschungsstand dargelegt. Weiterhin wird eine Wissenslücke aufgezeigt, deren Beantwortung durch die Formulierung und Bearbeitung einer hergeleiteten Fragestellung angestrebt wird. Forschungsfragen verfolgen das Ziel, allgemeine und relevante Wissenslücken zu schließen. Das bedeutet zum einen, dass explizit ein Neuigkeitswert angestrebt wird und zum anderen, dass das erschlossene Wissen dem allgemeinen Forschungsbereich und den Zielgruppen der Untersuchung dienlich sein muss (Gläser & Laudel 2009, p.63ff). Die Festlegung einer Fragestellung bedeutet zugleich eine Reduktion des Untersuchungsfeldes und steht daher in einem vermeintlichen Konflikt mit dem geforderten Prinzip der Offenheit gegenüber dem Forschungsfeld. Neben der Verfolgung des vorliegenden Forschungsziels werden neben der Darstellung der Methodik (Kapitel 5) daher auch Erkenntnisse, die über die eigene Fragestellung hinausgehen, in der Auswertung der Daten (Kapitel 6) Berücksichtigung finden (Flick 2012, p.132ff).
Der dargelegte Ablauf orientiert sich an dem umsichtigen Umgang mit Interviewvorbereitungen und Formulierungen von Forschungsfragen von Gläser und Laudel (Gläser & Laudel 2009, p.62).

4.1 Erkenntnisinteresse

Das Erkenntnisinteresse dieses Forschungsfeldes entstand hauptsächlich durch die Einbindung in das Forschungsprojekt Gestaltung altersgerechter Lebenswelten (GAL). In diesem Projekt wurden, mittels qualitativer Interviews, der mögliche Nutzen von Technologien in der Ausführung täglicher Aktivitäten von Menschen, die einen Schlaganfall erlitten haben, erfragt (Niedersächsischer Forschungsverbund Gestaltung altersgerechter Lebenswelten 2008-2013). Im Rahmen der getrennt geführten Interviews von Rehabilitanden und Partnern wurde der Eindruck gewonnen, dass Unterstützungspotentiale von ihnen grundsätzlich unterschiedlich wahrgenommen werden. Die Partner schienen mehr Schwierigkeiten wahrzunehmen als die Rehabilitanden. Darüber hinaus schienen sie sich durch die veränderte Lebenssituation stärker belastet zu fühlen. Um diese Eindrücke einordnen zu können, schloss sich eine Literaturrecherche an. Recherchiert wurden

insbesondere Literaturen, die sich mit Belastungsfaktoren und mit der Situation der Rehabilitanden und der Angehörigen nach einem Schlaganfall sowie mit der Veränderung der Partizipation auseinandersetzt. Diese Literaturrecherche verdichtete die oben formulierte Annahme, dass sich die Auswirkungen nach einem Schlaganfall für Rehabilitanden und Partner unterschiedlich äußern.

Diese Annahme führt zu dem dieser Dissertation zugrundeliegenden Erkenntnisinteresse, das darin besteht, Auswirkungen von Rehabilitationsprozessen nach einem Schlaganfall auf Partnerschaften zu untersuchen und explizit die unterschiedlichen Wahrnehmungen der beiden Partner zu berücksichtigen. Aus diesem Grund liegt das Ziel der Dissertation darin, Förderfaktoren und Barrieren von Menschen mit Schlaganfall und ihren Partnern aus ihren individuellen Sichtweisen zu erheben und unterschiedliche Wahrnehmungen auf den Rehabilitationsprozess im Hinblick auf mögliche Konfliktpotentiale bezüglich der Partnerschaft herauszustellen.

Um den wissenschaftlichen Stand der Forschung zu dem beschriebenen Ziel der Arbeit darzustellen, schließt sich eine Erarbeitung von Studien an, die sich mit den Folgen eines Schlaganfalls auf Partnerschaften auseinandersetzen.

4.2 Stand der Forschung

Eine Studie, die sich allgemein mit dem Thema „Behinderung und Partnerschaft“ auseinandersetzt, ist die 2013 von Behrisch veröffentlichte Studie „Leiberfahrung – Körperbetrachtung – Wirklichkeit (Ehe-)Partnerschaftliche Konstruktion von „Behinderung““. Mit dem Ziel, die Bedeutung einer pflegebedürftigen Behinderung als Auswirkung auf den partnerschaftlichen Alltag zu untersuchen, führt Behrisch 15 Interviewreihen aus Paar- und Einzelinterviews durch. Befragt werden Paare, von denen ein Partner eine chronische Behinderung oder einen akuten Erkrankungseintritt erlitten hat. Die Ergebnisse zeigen tiefgreifende Veränderungen des täglichen Lebens. Betroffene und Partner müssen die bis zu dem Erkrankungseintritt selbstverständlichen Gewohnheiten an die veränderte Lebensrealität anpassen und den Arbeitsausfall des betroffenen Partners in der täglichen Routine kompensieren. Beide Partner haben die Aufgabe die medizinischen Diagnosen sowie die Einstufung der Pflegebedürftigkeit als Bedeutung auf ihren Alltag und Le-

bensentwürfe zu erfassen. Die oftmals resultierende Übernahme von Aufgaben sowie Unterstützungs- und Pflegeleistungen bedeuten einen täglichen Mehraufwand speziell für den Partner. Dabei zeigen sich in täglichen Prozessen in der Regel zwei Tendenzen: Einige Partner neigen dazu, zu viele Aufgaben zu übernehmen um Arbeitsabläufe zu vereinfachen, andere wiederum übernehmen „unsichtbare“ Aufgaben, um dem betroffenen Partner das Gefühl von Eigenständigkeit zu vermitteln. Individuelle Bedürfnisse der Partner rücken oftmals in den Hintergrund, da sich die partnerschaftliche Aufmerksamkeit zumeist ausschließlich auf den betroffenen Partner richtet. Die Partner der betroffenen Personen erleiden in der Folge oftmals ein „Gehandicapt sein durch die Behinderung des Partners“. Für viele Partner stellt die Überlappung von Intimität mit und die Pflege von dem Körper des betroffenen Partners eine Überforderung dar. In der Folge wird oftmals die intime Beziehung zugunsten der Pflegebeziehung aufgegeben. Aber auch die Übertragung der Pflege z.B. an ambulante Pflegedienste, bedeutet eine stundenweise oder dauerhafte Präsenz von Dritten im häuslichen Kontext und wird als Einbuße der Intimität empfunden. Kritisiert wird zudem, dass Kenntnisse zu Versorgungsansprüchen nicht im Sinne der Beratungspflicht von Leistungsträgern nach SGB I § 13 bis 17 erfolgt, sondern durch eigenes Informieren eingefordert werden muss. Selbsthilfegruppen fungieren in diesem Prozess oftmals als spezialisierter Wissenspool von Experten in eigener Sache, die sich in die umfassende Thematik selbst einarbeiten mussten. Weiterhin wird kritisiert, dass Partner als fraglose Ressourcen angesehen werden, die scheinbar wie selbstverständlich entstehende Lücken zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung zu schließen haben. Oftmals wird die Erfahrung gemacht, dass es einen nicht hinterfragten Anspruch gibt, der sich darin begründet, dass Partner sich selbstlos der partnerschaftlichen Unterstützungsleistung verschreiben und damit deutliche (auch finanzielle) Einbußen in Kauf nehmen. Als Konsequenz der Studie wird gefordert, dass Rehabilitation einen stringenten paarorientierten Ansatz umfassen muss, der die individuellen und partnerschaftlichen Hintergründe berücksichtigt (Behrisch 2013a, p.174ff; 2013b, p.71ff).

Fries stellt in einem Artikel mit dem Thema „Behinderung der Teilhabe nach erworbener Hirnschädigung- subjektive und externe Faktoren“ die Bedeutung hemmender Faktoren bezogen auf die Teilhabe einer Person mit Behinderung heraus. Als Faktoren, die auf Seiten der betroffenen Person eine Rolle spielen, nimmt er die Kränkung des Selbstbildes, übertriebene oder

unrealistische Ziele, Scham bezüglich der eigenen Beeinträchtigungen, Angst und Depressionen an. Als problematische Rahmenbedingungen benennt er strukturelle, soziale und finanzielle Aspekte sowie Über- und Unterfürsorglichkeit der Angehörigen (Fries 2013, p.43ff).

Diesen Zusammenhang erarbeitet Fries im Rahmen einer Studie gemeinsam mit Fischer im Jahr 2008 zum Thema *„Beeinträchtigungen der Teilhabe nach erworbenen Hirnschädigungen: Zum Verhältnis von Funktionsstörungen, Personenbezogenen und Umweltbezogenen Kontextfaktoren“.* Der Ausgangspunkt dieser Studie war wie beschrieben die Annahme, dass nicht nur die körperlichen Funktionsstörungen und die sich daraus ergebenden Aktivitätsbeeinträchtigungen die Teilhabe einschränken und zur Behinderung führen können, sondern auch negativ wirkende umweltbezogene und personenbezogene Kontextfaktoren. Aus diesem Grund wurden für 49 Patienten im Bereich der ambulanten wohnortnahen neurologischen Rehabilitation die jeweiligen Kontextfaktoren durch ein Expertenrating eingeschätzt. Anschließend wurde im gleichen Verfahren der Anteil der Gesamtbeeinträchtigung sowie der Anteil der objektiv zu erfassenden Funktions- und Aktivitätsparameter bewertet. Durchschnittlich lagen der Anteil der Funktions- und/oder Aktivitätsstörungen an der Gesamtbeeinträchtigung bei 58,4%, der Anteil der Personenbezogenen Kontextfaktoren bei 26,4% und der Anteil der Umweltbezogenen Kontextfaktoren bei 15,1%. Es wurde deutlich, dass es eine Kongruenz zwischen den Beeinträchtigungen der Funktionsstörungen und Aktivitätsbeeinträchtigungen sowie den gestellten Diagnosen entsprechend der bestehenden Hirnläsionen gab. Die durch die Kontextfaktoren verursachte Behinderung zeigte sich in keiner Abhängigkeit zu den Aktivitätsbeeinträchtigungen durch Störung der Körperfunktionen. Auch demografische Faktoren wie Alter und Geschlecht zeigten keinen Zusammenhang mit den Kontextfaktoren. Deutlich wurde jedoch, dass die Kontextfaktoren einen Anteil von insgesamt 41,6% an der Gesamtbehinderung ausmachen und somit für den Rehabilitationsprozess eine besondere Bedeutung haben. Es konnte belegt werden, dass die Kontextfaktoren einen Einfluss darauf haben, wie und ob der Patient die durch die Rehabilitation erworbenen Fähigkeiten in seinen Alltag im häuslichen Umfeld einsetzen kann (Fries & Fischer 2008, p.265-274).

Fries untersucht, davon ausgehend, weiterhin die Möglichkeit einer Förderung von Faktoren, die sich positiv auf Teilhabechancen auswirken. Vor allem Resilienz, Zuversicht, ein positives Selbstkonzept, die Anpassungsfähigkeit und Humor werden als diesbezügliche Faktoren angenommen (Fries 2013, p.45)

In einer Studie von Töns werden Angaben zur *Teilhabe an Freizeit, sozialen Kontakten und Beziehungen bei Patienten nach Schlaganfall oder Schädelhirntrauma* erhoben. Mittels Fragebogenverfahren wurde die Aktivität und das wahrgenommene Wohlbefinden der Personen mit erworbener Hirnschädigung erfragt. Die gewählten Rasch-Skalen des Fragebogens machen eine direkte Zuordnung zu ICF-basierten Kategorien möglich. Die Angaben zu den genannten Bereichen wurden zum einen durch die Selbsteinschätzung der Patienten erhoben, zum anderen durch eine Fremdeinschätzung einer nahestehenden Person, in der Regel eines Angehörigen. Die Auswertung der Daten verdeutlicht, dass durch die Hirnschädigungen große Einschränkungen in den untersuchten Bereichen bestehen und dass diese Bereiche von den Rehabilitanden und den Angehörigen unterschiedlich wahrgenommen werden. Unterschiede zwischen der Selbsteinschätzung des Betroffenen und der Fremdeinschätzung durch die Angehörigen zeigten sich insbesondere in gemeinsamen Lebensbereichen der Befragten (Töns 2009, p.5f).

Wilz, Kalytta und Küssner führten von 1999 bis 2003 eine Studie zum Belastungsempfinden nach einer erworbenen Hirnschädigung mit 161 Ehepartnern durch, die 2005 unter dem Titel *„Belastungsverarbeitung bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten“* veröffentlicht wurde. Die Partnerschaften bestanden im Durchschnitt seit 30 Jahren und der Schlaganfall lag zum Zeitpunkt der Befragung durchschnittlich 2,6 Monate zurück. Die Befragten waren im Durchschnitt 57,83 Jahre alt. Die untersuchten Männer nahmen vor allem im Bereich der sozialen Beziehungen Beeinträchtigungen wahr. Die befragten Frauen berichteten vorwiegend von Einschränkungen der psychischen Aspekte ihrer Lebensqualität (Wilz, Kalytta, & Küssner 2005, p.266f).

Eine Studie von Jungbauer, von Cramen und Wilz aus dem Jahr 2003 untersucht die langfristigen Lebensveränderungen und Belastungsfolgen bei Ehepartnern von Schlaganfallpatienten. Die Studie wurde ebenfalls im Rahmen des Forschungsprojektes *„Belastungsverarbeitung bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten“* durchgeführt. Abweichend von der zuvor vorgestellten Studie wurden hierfür ehemalige Patienten im Durchschnitt 3 Jahre nach

dem Schlaganfall zu ihrem Belastungsempfinden befragt. Der Patient sollte zwischen 35 und 65 Jahre alt sein, den ersten Schlaganfall gehabt haben, verheiratet oder in einer festen Partnerschaft lebend sein und keine psychische Erkrankung aufweisen. Insgesamt nahmen an der Befragung 26 Partner ehemaliger Patienten teil. Das durchschnittliche Alter der befragten Partner lag bei 53 Jahren, das der Patienten bei 57 Jahren. Die Dauer der Partnerschaft betrug im Durchschnitt 30 Jahre. Neben einem Fragebogenset wurde im Kontakt mit den Befragten ein qualitatives Interview geführt, welches sowohl einen narrativen als auch einen problemzentrierten Befragungsteil beinhaltete. Der problemzentrierte Interviewleitfaden umfasste dabei die Themenbereiche der Belastungen nach dem Schlaganfall, der aktuellen Beeinträchtigungen des Patienten, den Umgang mit den erlebten Belastungen und Einschränkungen, die Auswirkungen auf den eigenen Alltag, die formelle und informelle soziale Unterstützung und die Paarbeziehung zum erkrankten Partner. Als Belastungsthemen wurden die Rollenverschiebung in der Partnerschaft, die erhöhte Arbeitsbelastung, der veränderte Tagesablauf, die Behinderung des Patienten, depressive und aggressive Persönlichkeitsveränderungen, Kommunikationsprobleme/ Konflikte, Beeinträchtigung von Nähe und Intimität/Sexualität und Verlust sozialer Kontakte berichtet. Obwohl die Befragten eine Trennung vom Partner oftmals von sich wiesen, wurden Störungen der Partnerschaft ersichtlich. Die Veränderung der Intimität und Vertrautheit ändert die ursprüngliche Beziehungsdefinition teilweise oder sogar vollständig. Bei einer chronischen Belastung, die oftmals aus der dauerhaften Unselbstständigkeit und Hilfsbedürftigkeit der Patienten resultiert, muss eine Neudefinition der Paarbeziehung erfolgen und eine gemeine Lebensperspektive entwickelt werden. Hierfür benötigen die Paare oftmals eine professionelle Begleitung und Unterstützung (Jungbauer et al. 2003, p.1110ff).

Die Veränderung des Unterstützungsbedarfs pflegender Angehöriger wird in einer weiteren qualitativen Längsschnittstudie von Jungbauer, Döll und Wilz untersucht. Zu zwei Erhebungszeitpunkten wurden problemzentrierte Interviews zum Unterstützungsbedarf von zehn hoch belasteten Ehepartnern von Schlaganfallpatienten durchgeführt. Die Auswertung zeigt, dass sich die Qualität des Unterstützungsbedarfes im Verlauf der Rehabilitation verändert. Während in der stationären Rehabilitationsphase der Wunsch nach erkrankungsspezifischer Information Priorität hat, rückt in der ambulanten Phase

der Bedarf an emotionaler Unterstützung in den Vordergrund (Jungbauer, Döll, & Wilz 2008, p.145ff).

Eine britische Studie aus dem Jahr 2011 untersucht Copingstrategien von informell pflegenden Personen von Schlaganfallpatienten mit Aphasie. Vor diesem Hintergrund wurden 150 informelle Pfleger, in der Regel Angehörige und Partner, mittels Fragebogenverfahren zu Kommunikationsschwierigkeiten, ihrem Wohlbefinden und zu der wahrgenommenen sozialen Unterstützung befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die informellen Pfleger hinsichtlich ihrer psychosozialen Gesundheit stärker durch fehlende Copingstrategien als durch den Grad der Funktionsstörungen des Patienten eingeschränkt fühlen. Insbesondere eine positive Umdeutung (positive reframing) und der erwartete Grad an sozialer Unterstützung haben einen positiven Effekt auf Symptome von Depressionen. Die Autoren McGurk, Kneebone und Pit ten Gate empfehlen aus diesem Grund emotionsbasierte Strategien, um die Bewältigung von Krankheitsfolgen zu unterstützen (McGurk, Kneebone, & Pit ten Cate 2011, p.1508ff).

Ebenfalls im englischen Sprachraum wurde im Jahr 2013 ein Review qualitativer Studien der Jahre 1990 bis 2011 zur Anpassungsfähigkeit nach Schlaganfall durchgeführt und unter dem Titel „A systematic review of qualitative studies on adjusting after stroke: lessons for the study of resilience“ veröffentlicht. Das Ziel des Reviews lag darin, aus den bereits erhobenen Daten zur Anpassungsfähigkeit von Patienten und Angehörigen nach einem Schlaganfall mögliche Anhaltspunkte bezogen auf das Verständnis von Resilienz zu gewinnen. Persönliche Eigenschaften der befragten Personen, wie Zielstrebigkeit/Entschlossenheit, Ausdauer/Beharrlichkeit, eine positive Aussicht, Hoffnung, innere Kraft und Selbsthumor, werden in vielen Studien als positiver Einfluss auf die Anpassung an Schlaganfallfolgen benannt. Auch individuelle Strategien wie eine Anpassung der bisherigen Tätigkeiten z.B. durch Verlangsamung, Anpassung der häuslichen Umgebung, Planungsfähigkeit und Ablenkung werden als positiv einflussnehmende Faktoren aufgezeigt. In Hinsicht auf die Bedeutung sozialer Beziehungen konnten unterschiedliche Effekte festgestellt werden. Als besonders relevant wurde das Gefühl der Zugehörigkeit herausgestellt, das sich insbesondere im Kontext der Familien zeigt. Als positive strukturelle Bedingungen wurden Barrierefreiheit in öffentlichen Gebäuden und die Zufriedenheit mit Rehabilitationsleistungen benannt. Das Review veranschaulicht, dass in Hinblick auf die

Anpassung an die veränderten Gegebenheiten nach einem Schlaganfall sowohl persönliche als auch inter-personelle und strukturelle Faktoren bedeutsam sind und in der thematischen Auseinandersetzung von Resilienz Berücksichtigung finden müssen (Sarre et al. 2013, p.1ff).

Im Jahr 2006 veröffentlichen Benson, Albs-Fichtenberg, Weimar und Krampen eine explorative Follow-up Studie zur Lebenszufriedenheit von Menschen nach schwersten Hirnschädigungen. Mittels Fragebogenerhebung werden 135 ehemalige Patienten einer Frührehabilitationseinrichtung befragt, mit dem Ziel, einen Überblick zu den funktionellen und psychosozialen Outcome sowie der wahrgenommenen Lebenszufriedenheit zu erlangen. Als Maß für die Messung des Outcome wurden Änderungen im Familien- und Berufsstand, der Wohnsituation sowie die Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung erfasst. Das durchschnittliche Alter der befragten Personen liegt bei knapp 52 Jahren. Ein Großteil der Patienten (64%) war verheiratet oder in einer festen Partnerschaft lebend, lediglich für 7% der Befragten hat sich der Familienstand geändert, davon bei 2% durch eine Trennung oder Scheidung. Ebenfalls ein Großteil der Befragten war zum Zeitpunkt der Befragung berentet, lediglich 24% konnten in ihren Beruf zurückkehren. Für über die Hälfte der Patienten hat sich der Berufsstand durch die Erkrankung dauerhaft verändert. Ungefähr 31% mussten aufgrund der Folgen der Erkrankung umziehen, 63% konnten jedoch weiterhin alleine oder mit ihrem Partner in einer eigenen Wohnung wohnhaft bleiben. 17% der befragten Personen lebten bei einem Verwandten, 16% in Pflegeeinrichtungen. Besonders relevant erscheint die Tatsache, dass Personen, die in einer festen Partnerschaft leben, deutlich seltener umziehen mussten (23%) als Personen, die alleinstehend waren (44%). In Hinsicht auf die Lebenszufriedenheit wurden die höchsten Werte in Hinsicht auf Ehe und Partnerschaft sowie die Beziehung zu den Kindern und Wohnen erreicht. Niedrige Werte wurden in den Bereichen Gesundheit und finanzielle Lage ersichtlich. Angaben zur eigenen Person lagen tendenziell unter den Ergebnissen der Normierungsstichprobe. In den Bereichen Partnerschaft, Beziehung zu den Kindern und Wohnung wiesen die Patienten hingegen höhere Werte auf als die Normierungsstichprobe (Benson et al. 2006, p.15ff).

Eine Studie mit dem Titel „Lebenszufriedenheit von PartnerInnen chronisch hirngeschädigter Menschen unter besonderer Berücksichtigung von Persönlichkeitsveränderungen“ wurde im Jahr 2008 von Hämmerling, Ludwig und

Wendel veröffentlicht. Das Ziel lag darin, die Lebens- und Partnerschaftszufriedenheit von PartnerInnen chronisch hirngeschädigter Menschen in Abhängigkeit von insbesondere dem Belastungsfaktor der wahrgenommenen Persönlichkeitsveränderung zu erheben. Vor diesem Hintergrund wurden in insgesamt zwölf Bundesländern 67 Personen mittels Fragebogen befragt. Die Inhalte waren die Beziehungs- und Erkrankungsdauer, der geleistete Pflegeumfang, die Selbstständigkeit des Partners, das Ausmaß der geleisteten psychischen Unterstützung, die wahrgenommenen Persönlichkeitsveränderungen des Partners, das subjektive Normalitäts-Krise-Empfinden und, als belastungsreduzierende Variable, die Zufriedenheit mit dem sozialen Gefüge. Die Ergebnisse zeigen, dass 58% der Befragten angaben, ein hohes Maß an psychischer Unterstützung und einen Pflegeumfang von 193 Minuten täglich zu leisten. Lediglich 3% gaben eine positive Veränderung des Partners an. 15% der befragten fühlen sich nicht ausreichend und 13% überhaupt nicht unterstützt. Die Lebenszufriedenheit der befragten Gruppe liegt unter der Norm. Auch Angaben zur Lebenszufriedenheit, bezogen auf Freizeit und Sexualität, lagen unter der Norm. Die Ergebnisse zur Aggressivität, Ängstlichkeit und Depressivität liegen an der oberen Grenze des Normbereichs, weswegen mindestens 19 der befragten Personen als psychisch auffällig belastet eingestuft werden. Die Personen, die weniger Persönlichkeitsveränderungen wahrnehmen, weisen höhere Zufriedenheitswerte in den Bereichen Freizeit und Bekannte auf. Eine höhere Lebenszufriedenheit zeigt sich darüber hinaus auch bei denen, die eine höhere Zufriedenheit im Bereich der wahrgenommenen Unterstützung berichten. Soziale Unterstützung kann demnach als belastungsreduzierender Faktor angenommen werden (Hämmerling, Ludwig, & Wendel 2008, p.224ff). Die Ergebnisse zeigen auf, dass auch Partner, die vorwiegend psychische und strukturierende Unterstützung leisten, Einschränkungen der Lebenszufriedenheit und psychische Belastungen wahrnehmen. Es zeigt sich demnach auch jenseits von pflegebezogenen Leistungen ein Belastungsempfinden bei Partnern (Hämmerling & Wendel 2008, p.17).

4.3 Forschungsfrage

Die genannten Studien gewähren einen breiten Überblick zum aktuellen Stand der Forschung des formulierten Erkenntnisinteresses. Es wird ersichtlich, dass Angehörige - als umweltbezogener Kontextfaktor - einen positiven

Einfluss auf Rehabilitationsprozesse nehmen können (Fries & Fischer 2008, p.265ff), sich jedoch gleichzeitig hinsichtlich ihrer eigenen Lebens- und Beziehungsqualität eingeschränkt fühlen (Jungbauer et al. 2003, p.1110ff; Töns 2009, p.159). Weiterhin wird deutlich, dass positiv wirkende Copingstrategien zu einer positiven Einschätzung des psychosozialen Wohlbefindens führen.

Insbesondere die Studie von Jungbauer, von Cramon und Wilz (Jungbauer et al. 2003) bietet einen Anknüpfungspunkt zum eigenen Forschungsinteresse. Deutlich wird in dieser Studie jedoch die defizitorientierte Betrachtung der angenommenen veränderten Lebenssituation. Lediglich einer der sechs Themenbereiche (die formelle und informelle soziale Unterstützung) stellt eine Ressourcenorientierung dar. Da zudem nur die Partner/Angehörigen, nicht aber die Rehabilitanden selbst befragt werden, bleibt darüber hinaus auch offen, ob Rehabilitanden und Angehörige eine gleiche Sichtweise auf die veränderte Lebenssituation haben oder ob die positiv und negativ wirkenden Faktoren im Rehabilitationsgeschehen unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden.

Weitergehend bilden die Berücksichtigung des Throughputs und der Kontextfaktoren eine zentrale Funktion in der Analyse von Versorgungsprozessen. Wie im Kapitel 2.4 dargestellt, beschreibt der Throughput abweichende Effekte von Rehabilitationsergebnissen, die im Hinblick auf die Wirksamkeit von Versorgungsmechanismen relevant sind (Pfaff, Neugebauer, Glaeske, & Schrappe 2011, p.4). In Untersuchungen mit sehr stark heterogenen Stichproben können dabei die abweichenden Effekte durch den Effectiveness Gap hinsichtlich zweier Tendenzen beschrieben werden:

- eine schwächer ausfallende Alltagswirkung als die in der klinischen Studie gemessenen Wirkung,
- eine stärker ausfallende Alltagswirkung als die in der klinischen Studie gemessenen Wirkung (Pfaff & Schrappe 2011, p.3).

Auf Grundlage dieser theoretischen Überlegungen kann somit vermutet werden, dass es Personen gibt, die im ambulanten Kontext bessere Rehabilitationsergebnisse erzielen, als es im stationären Rehabilitationskontext vermutet werden kann. Die Abweichung zwischen diesem tatsächlichem Ergebnis und dem vermuteten Ergebnis wird demgemäß als Effectiveness Gap verstanden.

Und auch in den Ausführungen zur ICF wurde deutlich, dass Kontextfaktoren als einflussnehmende Größen auf die Aktivität und Teilhabe von Personen angenommen werden und ihre Bedeutung für die Gestaltung von Rehabilitationsprozessen berücksichtigt werden muss (Rentsch & Bucher 2006, p.37).

Diese Zusammenfassung des Forschungsstandes und der dargestellten Theorien verdichtet damit die Annahme, dass es Faktoren gibt, die einen Einfluss auf das Ergebnis von Rehabilitationsprozessen haben. Für die individuelle und systematische Erfassung und Analyse dieser Faktoren kann der feldtheoretische Ansatz der Rehabilitationspädagogik in einem so verstandenen Rehabilitationsprozess einen wertvollen Beitrag leisten und führt zu der folgenden Forschungsfrage:

WELCHE FÖRDERFAKTOREN UND BARRIEREN WERDEN VON MENSCHEN MIT SCHLAGANFALL UND IHREN PARTNERN IM REHABILITATIONSVERLAUF WAHRGENOMMEN?

Diese formulierte Forschungsfrage wird als generative Frage bezeichnet und hat zum Ziel, neues Wissen zu einem Forschungsfeld zu generieren.

Um die genannte Forschungsfrage beantworten zu können, werden folgende untergeordnete Leitfragen formuliert:

1. Welche Förderfaktoren und Barrieren werden von Rehabilitanden im Rehabilitationsverlauf wahrgenommen?

2. Welche Förderfaktoren und Barrieren werden von Partnern im Rehabilitationsverlauf wahrgenommen?

3. Gibt es Hinweise darauf, inwiefern eine unterschiedliche Wahrnehmung bezüglich der Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsverlauf zwischen den Rehabilitanden und den Partnern festzustellen ist?

4. Gibt es Hinweise darauf, inwiefern unterschiedliche Wahrnehmungen von Rehabilitanden und Partnern

zu Missverständnissen und Konflikten innerhalb der Paarbeziehung führen?

Diese Leitfragen stellen ein Bindeglied zwischen den theoretischen Überlegungen und der qualitativen Erhebungsmethode dar. Durch sie werden die Informationen benannt, die erhoben werden müssen, um die Forschungsfrage zu beantworten (Gläser & Laudel 2009, p.90f).

5 METHODISCHES VERFAHREN

Das Ziel der zugrunde liegenden Arbeit liegt in der Erhebung von Förderfaktoren und Barrieren, die von Rehabilitanden und Partner im Prozess der Rehabilitation nach einem Schlaganfall wahrgenommen werden. Um die Innenperspektive der Zielgruppe zu ergründen, werden Interviews mit der benannten Zielgruppe durchgeführt. Diese finden innerhalb von sechs Wochen nach Entlassung in das häusliche Umfeld (t1) und weitere sechs Monate später (t2) statt. Durch die Wahl des ersten Messzeitpunktes sollten die unmittelbaren Eindrücke nach der Entlassung aus dem stationären Kontext Berücksichtigung finden. Nach Baumgartner findet zu diesem Zeitpunkt des Rehabilitationsverlaufes erstmalig eine Konfrontation mit der familiären und häuslichen Situation statt. Erst durch diese seien Hinweise auf Bedarfe wie Krankheitsverarbeitung, Entwicklung neuer Lebensperspektiven und Identitätsarbeit möglich (Baumgartner 2011, p.580ff). Die Wahl des zweiten Erhebungszeitpunktes gründet auf Ergebnissen einer Studie zu Veränderungen der Lebensqualität von Schlote und Richter (2007). Diese beschreiben, dass Angehörige sechs Monate nach der Entlassung des Patienten viele positive Wahrnehmungen haben. Diese Zeit ist durch die Möglichkeit geprägt, endlich aktiv etwas tun zu können. Ein weiteres halbes Jahr später seien die Beeinträchtigungen der Lebensqualität dagegen signifikant höher im Vergleich zu der Normalbevölkerung. In der Wahrnehmung der Angehörigen werde der Rehabilitationsverlauf als abgeschlossen angesehen, der gegenwärtige Zustand als gegeben und müsse akzeptiert werden (Schlote & Richter 2007, p.233f). Da die zugrundeliegende Studie zum Ziel hat sowohl wahrgenommene Förderfaktoren als auch Barrieren herauszustellen, wurden diese Erkenntnisse von Schlote et al. für die Wahl des zweiten Messzeitpunktes berücksichtigt.

Als Interviewort wird der häusliche Kontext der Interviewpartner gewählt. Diese Entscheidung erfolgt aufgrund forschungsethischer Aspekte, deren Zusammenhang im Kapitel 5.9 erläutert wird. Zudem wird eine getrennte Befragung der Partner angestrebt, um eine möglichst offene Gesprächssituation zu ermöglichen. Dieser Zusammenhang wird im Kapitel 5.5 erläutert.

Das Modell der PUA liegt dieser Arbeit nicht nur in Form theoretischer Vorüberlegungen (Kapitel 2.3) zugrunde, sondern auch in Form der methodischen Durchführung. Das Modell dient zur Veranschaulichung der zu untersuchenden Wirkungsräume und als Grundlage der späteren Zuordnung von

Förderfaktoren und Barrieren. Die PUA mit den zu beschreibenden Inhalten erfolgt im ersten Abschnitt dieses Kapitels. Zusätzlich zu der PUA-orientierten Zuordnung werden die Interviews unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Kriterien ausgewertet. Aus diesem Grund werden im weiteren Verlauf des Kapitels das methodische Verfahren der Erhebung und Auswertung verbaler Daten beschrieben. Um den später erläuterten ethischen Kriterien und Gütekriterien qualitativer Forschung gerecht zu werden, erfolgt eine schrittweise Beschreibung des gesamten Forschungsprozesses. Dieser beinhaltet die Beschreibung des Problemzentrierten Interviews, die Entwicklung des Leitfadens, die Voruntersuchung, den Zugang zum Forschungsfeld, die Verschriftlichung der verbalen Daten, den Auswertungsprozess und die Beschreibung der Kriterien guter wissenschaftlicher Praxis.

5.1 Das Instrument der Person-Umfeld-Analyse (PUA)

Wie im Kapitel 2.3 beschrieben, basiert die PUA auf den theoretischen Grundlagen der Feldtheorie Lewins. Um Prozesse menschlichen Verhaltens zu analysieren und strukturiert grafisch darzustellen, verwendet Lewin eine Jordankurve zur Veranschaulichung der existierenden Felder. Schulze, die diese Feldtheorie nutzte, um schulabstinentes Verhalten zu erklären und um Verhaltensmuster für Außenstehende zugänglich zu machen, erweitert die Darstellung um so genannte Wirkungsräume.
Im Lebensraum des Schülers werden vier Wirkungsräume unterschieden und für eine Analyse verwendet:

- der familiale Wirkungsraum,
- der schulische Wirkungsraum,
- der Wirkungsraum der Peergroup,
- der alternative Wirkungsraum (Schulze 2002, p.111).

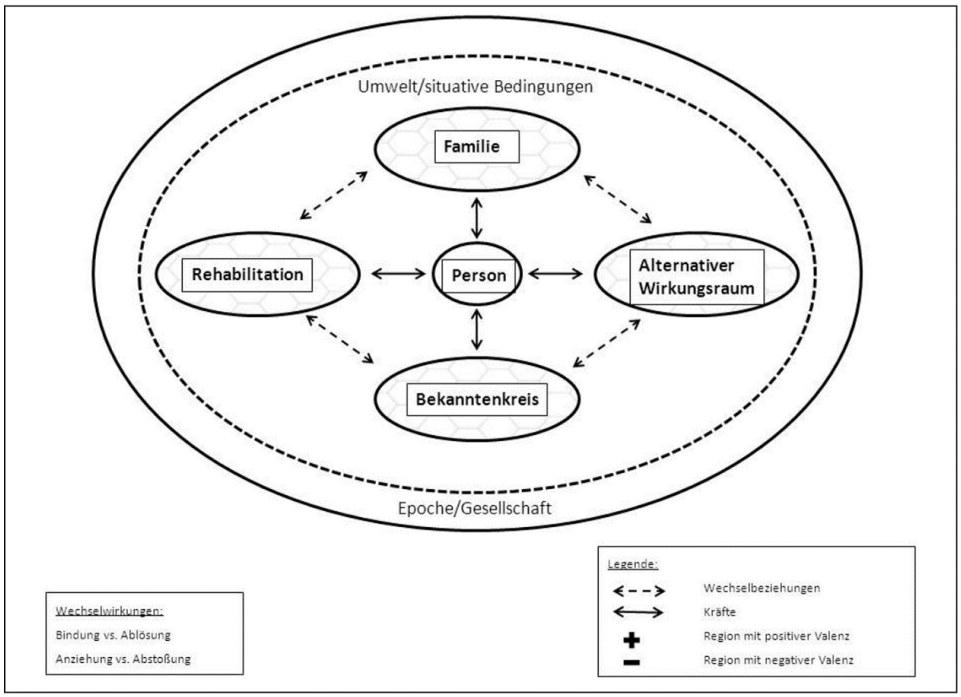


Abbildung 13: Modell der Person-Umfeld-Analyse nach Schulze

(Schulze 2010, p.136)

Die Person, um deren Verhaltensanalyse es geht, ist im Mittelpunkt der Grafik abgebildet. Sie ist ein Teil des Feldes und befindet sich daher in einem gegenseitig Einfluss nehmenden Zustand. Weiterhin sind außerhalb des Feldes die Gesellschaft und die situativen Bedingungen/das Setting dargestellt. Die Plus- und Minuszeichen (Valenzen) innerhalb der vier Wirkungsräume geben Hinweise darauf, dass diese sowohl negativ als auch positiv von der Person wahrgenommen werden können. Es kann also eine verstärkte Anziehung oder Abstoßung zu vereinzelten Wirkungsräumen geben. Die wechselseitigen Pfeile, zwischen den Wirkungsräumen auf der einen Seite und zwischen der Person und den Wirkungsräumen auf der anderen Seite, deuten darauf hin, dass auch hier wechselseitige Einflussfaktoren wirken (Schulze 2003, p.206). Dies unterstreicht den dynamischen Ansatz, auf den im Kapitel 2.3 bereits verwiesen wurde (Schulze 2002, p.110).

Schulze adaptierte die PUA von den schulischen auf den rehabilitativen Kontext und sieht die Möglichkeit, gängige Therapieverfahren um eine prozessgeleitete Analyse von Person und Umwelt zu ergänzen. Resilienzfaktoren der Person werden in den Fokus gestellt, um den weiterführenden Prozess in Orientierung an den Stärken der Person zu gestalten (Schulze 2010,

p.133). Weitere Anpassungen auf rehabilitative Prozesse, speziell auf Versorgungsprozesse nach erworbenen Hirnschädigungen, beinhalten eine Umbenennung der ursprünglich benannten Wirkungsräume, z.B. die Umbenennung des schulischen Wirkungsraums zum Wirkungsraum „Rehabilitation“ (Alber 2012, p.99; Schulze 2012, p.61).

In der nachfolgenden Beschreibung der Wirkungsräume, wird diese Weiterentwicklung bereits berücksichtigt und um jene Faktoren ergänzt, die speziell für rehabilitative Kontexte bedeutsam sind.

Die PERSON im Mittelpunkt des Modells ist ein Teil des betrachteten Feldes und steht daher in einem Spannungsverhältnis zwischen den vier Wirkungsräumen, der Gesellschaft und den situativen Bedingungen. Ihre psychisch-physische Ausstattung umfasst sichtbare Merkmale, körperliche Beeinträchtigungen und (Vor-)Erkrankungen. Interessen der Person sowie individuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten, wie die individuelle Belastbarkeit, entwickeln sich in ihrem jeweiligen Kontext und sind daher als veränderlich anzunehmen (Schulze 2003, p.206).

Zu dem FAMILIALEN WIRKUNGSRAUM gehören die direkten Familienmitglieder, demzufolge die Eltern, Geschwister und Kinder. Durch neuere Familienentwicklungen, so auch die Entstehung von „Patchworkfamilien“, werden auch Personen berücksichtigt, die zusätzlich einen Einfluss auf das Familiengefüge nehmen. Neben den leiblichen Eltern und Geschwistern werden daher auch die Lebenspartner der Eltern, Lebenspartner der Kinder, Stiefgeschwister, Großeltern und weitere Verwandte bedacht. Neben der Darstellung der individuell als bedeutsam erachteten Personen werden auch die sozial-strukturellen Daten der Familie, der Bildungs- und Sozialstatus, Krankheiten und Behinderungen der Familienmitglieder sowie weitere im Hinblick auf das Untersuchungsfeld beachtenswerte Faktoren berücksichtigt. Weiterhin werden familiäre Bindungs- und Beziehungsstrukturen festgehalten. Sie ermöglichen eine Aussage zu dem Beziehungsverhalten gegenüber Personen der anderen Wirkungsräume (Schulze 2008, p.183).

Der SCHULISCHE WIRKUNGSRAUM wird in dieser Arbeit als Wirkungsraum REHABILITATION adaptiert. Er ist als zentraler Bestandteil einer Gesamtsituation zu verstehen, da die untersuchte Person in ihm viel Zeit verbringt (Schulze 2008, p.183) und er ein Ort sozialer Begebenheiten ist (Schulze 2002, p.112). In diesem Wirkungsraum findet die Kontaktaufnahme zu Personen statt, die sich aufgrund ähnlicher Lebensumstände im gleichen Wirkungsraum befinden. So untergliedert sich dieser Wirkungsraum in strukturelle und

personelle Bereiche, in denen unterschiedliche Kontexte wie Gruppenkurse oder individuelle Therapieeinheiten eine Rolle spielen. Auch Beziehungen wie die Patient-Patient-Beziehung oder die Patient-Therapeut/Arzt-Beziehung gilt es zu berücksichtigen. Die genannten Bereiche können für die Person sowohl positive als auch negative Valenzen beinhalten, die bezüglich der individuellen Zielsetzung relevant sind. Der Wunsch nach Wertschätzung, aber auch der mögliche Wunsch sich von anderen Patienten abzugrenzen, kann in Hinsicht auf das eigene Empfinden bedeutsam sein. Körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen können die Wahrnehmung negativer Faktoren erhöhen. Durch eine als eingeschränkt empfundene Handlungsfähigkeit können sich negative Faktoren zu unüberwindbaren Barrieren entwickeln und als Konsequenz zu einem Herausgleiten aus diesem Wirkungsraum führen (Schulze 2008, p.184).

Der WIRKUNGSRAUM DER PEERGROUP beschreibt die zentrale Bezugsgruppe einer Person und wird in dieser Dissertation als BEKANNTENKREIS bezeichnet. In der Herausbildung von Haltungen und Einstellungen spielen gleich gesinnte Personen eine bedeutende Rolle. Eine stabile Integration in den sozialen Kontext führt in der Regel zu einer positiven Einstellung gegenüber den Aktivitäten, die mit dem Bekanntenkreis gemeinsam ausgeführt werden. Ein fehlender positiv empfundener Kontakt zu anderen Personen sowie ein fehlendes Beziehungsnetz können zu einem inneren Rückzug und freiwilliger Isolation gegenüber gesellschaftlicher Prozesse führen (Schulze 2008, p.184).

Der ALTERNATIVE WIRKUNGSRAUM ist ein Bereich, in dem man sich aufhält, wenn man sich nicht in einem der anderen Wirkungsräume befindet und wird durch die zugrundeliegenden Beschäftigungen charakterisiert. Alternative Wirkungsräume können Aktivitäten mit anderen Personen oder alleinige Aktivitäten beinhalten. Der alternative Wirkungsraum hat in der Regel einen hohen Aufforderungscharakter und eine hohe Attraktivität. Seine differenzierte Betrachtung erzeugt daher Kenntnisse über grundsätzliche Bedürfnisse und Motive einer Person (Schulze 2008, p.185). Alternative Wirkungsräume sind oftmals durch Aktivitäten geprägt, die die Person gerne ausführt und durch die sie mit hoher Wahrscheinlichkeit Kompetenzen entwickelt. Für die Analyse der Gesamtsituation nach einem kritischen Lebensereignis, wie dem Erleiden eines Schlaganfalls, liegen im Alternativen Wirkungsraum mitunter auch Hinweise für die Resilienz einer Person vor. Da dieser Wirkungsraum wie beschrieben einen Rückzugsort darstellt, lassen sich darüber hinaus

Hinweise darüber ableiten welche Bewältigungsstrategie die betreffende Person bisher bei Herausforderungen des Lebens für sich nutzen konnte.
Auch Entwicklungen innerhalb der GESELLSCHAFT nehmen Einfluss auf den Lebensraum einer Person. Marktwirtschaftliches Denken, Sozial- und Bildungsstrukturen, Leistungsanforderungen und Erwartungen an Leistungen sind gesellschaftlich bedingte Faktoren, die direkt oder indirekt auf Personen einwirken (Schulze 2008, p.185). Eine Orientierung an beruflichen Leistungen wird beispielsweise mit hoher Wahrscheinlichkeit die Dringlichkeit erhöhen, nach einer Erkrankung zeitnah in den Beruf zurückzukehren.
Zu den SITUATIVEN BEDINGUNGEN zählen klimatische, wetterbedingte und zeitliche Voraussetzungen der Lebenssituation einer Person. Umweltbedingte Empfindungen, wie mangelnde Zuwendung oder Wertschätzung, nehmen Einfluss auf die Person und können Auffälligkeiten des Verhaltens begünstigen (Schulze 2008, p.185).
Das VERHALTEN EINER PERSON zeigt sich in konkreten Situationen. Die beschriebenen Wirkungsräume stehen in einem Spannungsverhältnis von (Feld-)Kräften und sind oftmals durch konträr verlaufene Entwicklungen geprägt. Im Idealfall befindet sich die Person im Gleichgewicht aller Wirkungsräume, dem so genannten Fließgleichgewicht. Dieses ist durch die subjektive Wahrnehmung und Bewertung der untersuchten Person gekennzeichnet (Schulze 2002, p.113). Ihre Verhaltensabsicht bzw. ihre Therapiemotivation ist einzig durch die Berücksichtigung der subjektiven Wahrnehmung festzustellen. Individuell wahrgenommene Konflikte und Barrieren werden in die Analyse aufgenommen, um Problemlagen des Rehabilitationsprozesses aufzuzeigen. Weiterhin werden die durch die Person wahrgenommenen positiven Valenzen veranschaulicht um positiv verlaufene Entwicklungsprozesse sowie individuelle Ressourcen der Person aufzuzeigen (Schulze 2003, p.208).

Die PUA liegt dieser Arbeit als methodisches Grundmodell vor. Für die Analyse der Lebenssituation von Personen mit einem Schlaganfall werden die Person, ihr Umfeld sowie deren Interaktion einbezogen. Die Berücksichtigung positiver und negativer Valenzen entspricht dem Ziel der Erhebung wahrgenommener Förderfaktoren und Barrieren. Förderfaktoren und Barrieren sind Grundbegriffe der ICF und werden in der PUA nicht (Förderfaktor) oder anders genutzt (Barriere). Da diese im allgemeinen Sprachgebrauch

jedoch gebräuchlicher sind, wurden diese synonym zu positiven und negativen Valenzen genutzt. Sie ermöglichen eine Aussage darüber, was die befragte Person innerhalb der Wirkungsräume positiv (als Förderfaktor) oder hinderlich (als Barriere) wahrnimmt.
Die beschriebenen Wirkungsräume werden der Lebensrealität der Befragten in der folgenden Weise angepasst:

- der familiale Wirkungsraum = Familie,
- der schulische Wirkungsraum = Rehabilitation,
- der Wirkungsraum der Peergroup = Bekanntenkreis,
- der Alternative Wirkungsraum = Alternativer Wirkungsraum (Hobby).

Diese vier Wirkungsräume werden den Befragten zu Beginn des Interviews als mögliche Bezeichnungen vorgeschlagen und hinsichtlich ihrer Passung hinterfragt. Bei berufstätigen Befragten kann das Modell um den Wirkungsraum BERUF ergänzt werden.
Durch die intensive Auseinandersetzung mit Ereignissen und Personen, die im eigenen Leben nach der Erkrankung als bedeutsam wahrgenommen werden, leistet die gewählte Methodik weit mehr als die Gewinnung von Daten. Individuelle Erkenntnisprozesse der Subjekte werden angestoßen und dienen als Quelle der Analyse für wissenschaftliche Erkenntnisse.

5.2 Das Problemzentrierte Interview

Die Datenerhebung der durchgeführten Untersuchung erfolgte durch Interviews. Es wurden so genannte verbale Daten gewonnen, die als „Säule qualitativer Forschung“ verstanden werden (Flick 2000, p.143). Diese Erhebungsform eignet sich insbesondere als Zugang zu der Innensicht der Untersuchungsteilnehmer (Schreier 2013b, p.223). Es lassen sich drei Formen der Befragung unterscheiden: das persönliche “face-to-face”- Interview, das telefonische Interview und die schriftliche Befragung (Diekmann 2011, p.437).
Interviews werden definiert als

> „planmäßiges Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung, bei dem die Versuchsperson durch eine Reihe gezielter Fragen oder mitgeteilter Stimuli zu verbalen Informationen veranlasst werden soll“ (Diekmann 2011, p.439).

Es handelt sich demnach um eine künstliche und asymmetrische Form der Interaktion unter Fremden, die einer besonderen Reflexion des Durchführenden bedarf.

Hug und Poscheschnik beschreiben das Interview als

> „[…] eine besondere Form des Gesprächs, das von der Forscherin mit einer zu beforschenden Person geführt wird. Interviews dienen der wissenschaftlichen Datenerhebung. Im Gegensatz zu einem Alltagsgespräch, bei dem man nur zu leicht vom hundertsten ins tausendste kommt, sind Interviews systematischer und kreisen stärker um ein bestimmtes, von der Forschungsfrage definiertes Thema." (Hug & Poscheschnik 2010, p.100)

Ebenso wie in der Definition von Diekmann wird die Bedeutung der Wissenschaftlichkeit hervorgehoben. Das Interview dient in erster Linie der Erhebung von Daten, die im wissenschaftlichen Kontext eine Relevanz haben. Weiterhin wird die Abgrenzung zu Alltagsgesprächen aufgeführt. Diese liegt primär in der Festlegung und der Fokussierung auf ein bestimmtes Thema, das der Forschungsfrage zugrunde liegt (Hug & Poscheschnik 2010, p.100). Der Interviewer reagiert dabei möglichst weder positiv noch negativ auf das Gesagte. Diese so genannte neutrale Gesprächsführung bildet einen Unterschied zum Alltagsgespräch, in dem Reaktionen wie Zustimmung oder Ablehnung gewöhnliche Muster darstellen. Durch die Anwendung der neutralen Gesprächstechnik, versucht man das Antwortverhalten des Interviewten möglichst wenig zu beeinflussen. Der Interviewte soll weniger nach sozialer Erwünschtheit als vielmehr im Sinne einer unverfälschten Wahrheit antworten. Doch auch körperliche Reaktionen wie Mimik und Körperhaltung werden von der befragten Person als Zustimmung oder Ablehnung des Gesagten wahrgenommen und müssen vom Interviewer als solche reflektiert werden.

Für die Durchführung von Interviews muss eine Kooperationsbereitschaft der Befragten ersichtlich sein. Weiterhin werden eine aufrichtige Erzählbereitschaft und eine gemeinsame Sprache zwischen dem Interviewten und dem Forscher vorausgesetzt. Die Existenz einer „gemeinsamen Sprache" umfasst dabei auch die Beachtung länder- und kulturspezifischer Höflichkeitsformen (z.B. „Nein"-Antworten als Unhöflichkeit).

Die befragte Person muss vollständig als Experte des sozialen Systems akzeptiert werden, sie verfügt über das erwünschte Wissen zu einem Thema. Als Voraussetzung für einen tatsächlichen Erkenntnisgewinn, muss daher nicht nur ein Interesse für das befragte Untersuchungsfeld vorliegen, sondern auch vorschnelle (Vor-)Urteile sowie Schubladendenken vermieden

werden. Scheinbare Widersprüche ergeben im weiteren Verlauf des Interviews möglicherweise einen Sinn und sollten daher nicht vorschnell in Frage gestellt werden. Der Interviewer muss dem Befragten seine ungeteilte Aufmerksamkeit zukommen lassen. Die genannten Argumente müssen verfolgt und Unklarheiten durch Nachfragen beseitigt werden. Das Zuhören spielt daher eine große Rolle in der Gestaltung von Interviews. Scheinbare Selbstverständlichkeiten dürfen von dem Interviewer nicht als solche hingenommen und müssen gegebenenfalls hinterfragt werden (Froschauer & Lueger 2003, p.58ff).

In der gängigen Fachliteratur werden Interviewformen gemäß ihrem Grad an Strukturierung unterschieden und wie folgt benannt:

1. Narratives Interview,
2. Episodisches Interview,
3. Problemzentriertes Interview,
4. Fokussiertes Interview,
5. Halbstandardisiertes Interview,
6. Experteninterview (Hug & Poscheschnik 2010, p.101).

Die diesem Forschungsprozess zugrunde liegende Erhebungsform nennt sich Problemzentriertes Interview.

Das PROBLEMZENTRIERTE INTERVIEW wurde von Witzel geprägt (Flick 2000, p.105; Mayring 2002, p.67) und wird definiert als

> „offene, teilstrukturierte Befragung für die Erhebung subjektiver Einstellungen in Bezug auf ein gesellschaftliches Problem." (Witzel 2000, p. 1; Hug & Poscheschnik 2010, p.101).

Die Wahl einer der genannten Interviewformen geschieht auf Grundlage des Forschungsziels und der Fallauswahl sowie unter Berücksichtigung ihrer hierfür anzunehmenden Vor- und Nachteile. Das Problemzentrierte Interview ermöglicht eine Gesprächslenkung bzw. Fokussierung auf den vorformulierten Gesprächsgegenstand SCHLAGANFALL und bietet dennoch eine gewisse Offenheit in Hinblick auf das Antwortverhalten der Befragten (Hug & Poscheschnik 2010, p.100f). Aus diesem Grund erschien es für die Erhebung wahrgenommener Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess als zielführend.

Im Vorfeld der durchgeführten Befragung wurde die wissenschaftliche Literatur zum Thema Schlaganfall und Partnerschaft gesichtet (Hug & Poscheschnik 2010, p.102) und relevante Aspekte zu dem Thema herausgestellt. Es wird eine Zielsetzung auf Grundlage der Theorien entwickelt und dem Forschungsprozess ebenso wie eine leitende Fragestellung zugrunde gelegt (Kapitel 4) (Flick 2000, p.108) Aus dieser Vorarbeit entsteht darüber hinaus der Gesprächs-Leitfaden, dessen Funktion und Aufbau im Kapitel 5.3 erläutert wird (Mayring 2002, p.67). Die Entwicklung des Problemzentrierten Interviews basiert somit auf der Grundlage des theoretischen Hintergrundwissens und wird um die subjektiven Sichtweisen der Befragten auf die formulierte Problemstellung erweitert (Flick 2000, p.108).

Wie beschrieben, wird ein zentraler Vorteil des Problemzentrierten Interviews in der grundsätzlichen Offenheit gegenüber dem Gesprächsgegenstand gesehen. Die Befragten berichten frei, d. h., ohne vorgefertigte Antwortalternativen, auf die an sie gerichteten Fragen. Auf diese Weise wird überprüft ob die Fragen richtig verstanden wurden. Darüber hinaus ermöglicht es die Darlegung der individuellen, subjektiven Perspektiven und der selbstständigen Entwicklung von Zusammenhängen (Mayring 2002, p.68).
Witzel beschreibt Teilelemente eines Problemzentrierten Interviews wie das qualitative Interview, die biographische Methode, die Fallanalyse und die Gruppendiskussion, wovon in der hier durchgeführten Studie lediglich das qualitative Interview angewendet wird. Dieses umfasst einen Kurzfragebogen, einen Leitfaden, eine Tonbandaufzeichnung und ein Postscriptum (Flick 2000, p.106).
Der Kurzfragebogen greift die demografischen Daten der Teilnehmer auf und wird i.d.R. dem eigentlichen Interview vorangestellt, um die Interviewzeit zu verkürzen (Flick 2000, p.107). In der vorliegenden Dissertation wurden nur wenige biographische Daten erhoben. Sie werden daher in den Leitfaden integriert und dienen als Gesprächseinstieg. Die allgemeine Befürchtung, dass sich ein einfacher Frage-Antwort-Modus in der Befragung fortsetzt (Flick 2000, p.107), konnte im Pretest nicht bestätigt werden. Die Bedeutung und die Durchführung des empfohlenen Postscriptums (Flick 2000, p.107) werden im Kapitel 5.6 beschrieben.

5.3 Entwicklung eines Leitfadens

In der methodischen Vorbereitung und der Aufarbeitung des Forschungsstandes zum Thema *„Partnerschaften nach Schlaganfall – Untersuchung zu Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess“* wurde ersichtlich, dass kein existenter Leitfaden das dieser Studie zugrundeliegende Forschungsinteresse ausreichend erfasst. Aus diesem Grunde wurde ein eigener Leitfaden entwickelt.

Ein Leitfaden lässt sich als Zusammenstellung von Fragen und damit als ERHEBUNGSINSTRUMENT charakterisieren. Im Gegensatz zu standardisierten Fragebögen ist dem Interviewer die Reihenfolge der Fragen weitestgehend selbst überlassen (Gläser & Laudel 2009, p.142). Der Einsatz eines Leitfadens begründet sich durch das thematisch begrenzte Interesse des Forschers und durch die fachliche Kompetenzerweiterung. Beide Aspekte spielten auch im Hinblick auf die eigene Wahl des Erhebungsinstruments eine Rolle. Zum einen wird die Fokussierung auf die individuell wahrgenommenen Förderfaktoren und Barrieren verfolgt, zum anderen der Einbezug der betroffenen Zielgruppe zur fachlichen Ausweitung des bestehenden Wissens. Die intensive thematische Vorarbeit ermöglichte eine angemessene Vorbereitung auf das Gespräch und die Vermeidung möglicher fachlicher Inkompetenz (Meuser & Nagel 2009, p.472f).

Eine wichtige Aufgabe im Prozess der Leitfadenerstellung liegt in der Übersetzung der Forschungsfrage in konkret formulierte Interviewfragen (Gläser & Laudel 2009, p.112). Um das Informationsinteresse und das Bearbeitungsziel zu verdeutlichen, müssen die Fragen sorgfältig formuliert werden (Gläser & Laudel 2009, p.121).

Die Durchführung dieser Studie mit Ziel der Erfassung von Förderfaktoren und Barrieren, die im Rehabilitationsprozess nach Schlaganfall für Rehabilitanden und Partner wahrgenommen werden, erfolgt unter Berücksichtigung allgemeiner Hinweise der einschlägigen Fachliteratur. Bedeutsame Informationen zum Datenschutz, zur Anonymisierung und zur Datenspeicherung wurden in einem vorformulierten Text aufgegriffen. In diesem Rahmen wurden eventuelle Unklarheiten besprochen und die offizielle Teilnahme an der Studie durch eine Unterschrift bestätigt. Erst im Anschluss beginnt die inhaltliche Themenbearbeitung.

Bezüglich der empfohlenen Anzahl an Fragen, findet sich eine Einstufung von acht bis 15 Fragen für ein 60-minütiges Interview. Für die eigene Durchführungssicherheit und um eine Vergleichbarkeit der Interviews zu realisieren, wurden die Fragen des Leitfadens ausformuliert (Gläser & Laudel 2009, p.144). Fragen eines Themenblockes erfolgen nacheinander um Brüche im Interview zu vermeiden (Gläser & Laudel 2009, p.146).

Neben den vorformulierten Fragen fließen so genannte AD-HOC FRAGEN in die Gesprächsführung ein. Sie bezeichnen nicht vorbereitete Fragen, die sich spontan aus Erzählzusammenhängen ergeben und die für die weitere Durchführung des Interviews situativ relevant erscheinen (Flick 2000, p.106). Die vorbereiteten Fragen können hinsichtlich ihrer Intention in unterschiedliche Kategorien eingeteilt werden. Zum einen gibt es INHALTLICHE FRAGEN, die sowohl Faktfragen als auch Meinungsfragen umfassen. FAKTFRAGEN ermitteln überprüfbare Tatsachen, z.B. die Frage 11 des Interviewleitfadens V1 R *„Sind Sie aktuell berufstätig? Als was arbeiten Sie/haben Sie gearbeitet?“*. Faktfragen lassen sich bezüglich des Informationsziels in Fragen nach Erfahrungen, Wissensfragen und Hintergrundfragen unterscheiden. MEINUNGSFRAGEN ergründen die Einstellungen und Bewertungen der interviewten Person und werden eingesetzt, um Bewertungen, Handlungsziele oder Motive zu erfragen. Ein Beispiel hierfür stellt die Frage 29 dar *„Nun gibt es noch gesellschaftliche Aspekte. Mich würde interessieren wie sich diese durch Ihren Schlaganfall für Sie geändert haben (Feierlichkeiten, Veranstaltungen, Ehrenamt, Mitgliedschaften in Vereinen, Kirchen, Öffentliche Gebäude, Fußgängerzone, Verkehrsmittel)?“*. (Gläser & Laudel 2009, p.123f). GEGENSTANDSBEZOGENE FRAGEN werden in realitätsbezogene und hypothetische Fragen unterschieden. REALITÄTSBEZOGENE FRAGEN beziehen sich auf reale Situationen, z.B. die Frage 22 *„Sind diese vier dargestellten Bereiche die, die auch Sie derzeit in Ihrem Leben sehen?“*. HYPOTHETISCHE FRAGEN beziehen sich dagegen auf Prognosen irrealer Situationen, wie z.B. in der Frage 31 *„Zum Schluss möchte ich Sie fragen, was sich aus Ihrer Sicht ändern müsste bzw. was passieren müsste, damit alles positiv wäre?“*. Sie werden vorwiegend genutzt um Einstellungen zu erfragen. Dass sich die befragte Person jedoch nicht real in der geschilderten Situation befindet, muss bei der Beurteilung des Antwortwertes berücksichtigt werden (Gläser & Laudel 2009, p.124). Der angestrebte Gesprächsgehalt der Antworten lässt sich durch DETAILFRAGEN oder ERZÄHLANREGENDE FRAGEN beeinflussen. Erzählanregende Fragen rufen längere Erklärungen hervor und werden oftmals

mit Worten wie „Warum, wie, wodurch“ eingeleitet. Ein Beispiel stellt die Frage 25 des Interviewleitfadens dar *„Wie würden Sie diese Bereiche beschreiben, also welche Personen und welche Aktivitäten verbinden Sie mit diesen Bereichen?“* Detailfragen hingegen implizieren kurze Antworten (Gläser & Laudel 2009, p.125), ein Beispiel stellt die Frage 16 *„Bekommen Sie aktuell Therapien? Können Sie diese benennen?“* dar.

DICHOTOME FRAGEN beinhalten eine sprachliche „ja/nein“-Struktur (Gläser & Laudel 2009, p.131) wie in der Frage 2 *„Ist Ihnen heute aktuell etwas Besonderes passiert?“*. Sie werden nur für Filterzwecke genutzt, da sie einer Erzählanregung widersprechen.

Da Fragen kurz, jedoch auch unmissverständlich, sein sollen, werden so genannte PLATTFORMFRAGEN genutzt. Sie beinhalten einen Aussagesatz, an den sich eine Frage anschließt (ebd., p.141). Auch hierzu findet sich im Leitfaden eine Beispielfrage, die Frage 30 *„Nun möchte ich noch auf Ihre individuellen Ressourcen zu sprechen kommen: In welchen Situationen nehmen Sie besonders positive Eigenschaften an sich wahr? In welchen Situationen nehmen Sie besonders negative Eigenschaften an sich wahr? Was hat hilft Ihnen -aus Ihrer Sicht- besonders, mit dem Schlaganfall und seinen Folgen umzugehen?“*.

Weiterhin wurden die folgenden Grundregeln bei der Erstellung von Fragen befolgt:

- NEUTRALITÄT VON FRAGEN: Fragen müssen neutral formuliert werden und dürfen keine Antwort implizieren (Gläser & Laudel 2009, p.135). Der Interviewer muss reflektieren, dass auch vermeintlich neutrale Fragen unangenehme Antworten herausfordern können und ein Antwortverhalten nach sozialer Erwünschtheit provozieren (Gläser & Laudel 2009, p.137f).
- KLARE UND EINFACHE FORMULIERUNG: Neben einer einfachen Struktur sollte auch die Wortwahl überprüft werden. Verwendete Wörter sollten der Alltagssprache angehören und sollten sowohl im sozialwissenschaftlichen Kontext als auch im Alltagsgebrauch die gleiche Bedeutung haben (Gläser & Laudel 2009, p.141). Um dieser Herausforderung zu begegnen, wurden die Befragten u.a. dazu aufgefordert eine eigene Beschreibung zu Familie, Bekannte etc. vorzunehmen.

Es wird deutlich, dass durch den Gebrauch eines Leitfadens eigene Erzählstränge der Befragten verfolgt werden und dennoch eine zielführende Fokussierung auf den vorformulierten Gegenstand möglich ist (Flick 2000, p.106). In der Durchführung mehrerer Interviews wird sichergestellt, dass in allen Gesprächen die gleichen Informationen erhoben werden. Gläser und Laudel beschreiben darüber hinaus, dass nach der Durchführung erster Interviews subjektive Theorien zu dem Untersuchungsgegenstand entstehen und erste Ideen zum Antwortverhalten entwickelt werden. Die durchgängige Verwendung eines Leitfadens beugt jedoch dieser unbewussten Umformulierung von Fragen vor und verhindert voreilige Schlüsse (Gläser & Laudel 2009, p.143).

Der Leitfaden dieser Studie beinhaltete in der ersten Version sowohl anamnestische Fragen (nach Alter, Beruf, Familienstand,…) als auch inhaltliche Fragen zum Forschungsgegenstand. Maßgeblich wurden Bereiche aus der Studie von Jungbauer, von Cramen und Wilz aus dem Jahr 2003 berücksichtigt, die folgende langfristige Belastungsthemen herausstellten:

- veränderter Tagesablauf,
- erhöhte Arbeitsbelastung,
- Verlust sozialer Kontakte (Außenkontakte),
- Behinderung/Einschränkung des Partners,
- Veränderte Persönlichkeit des Partners,
- Kommunikationsprobleme/Konflikte,
- Beeinträchtigung von Nähe und Sexualität,
- Rollenverschiebungen (Jungbauer et al. 2003, p.1112).

Weiterhin wurden Bereiche wie die ICF-Umweltfaktoren *„Unterstützung und Beziehungen“* sowie *„Einstellungen, Werte und Überzeugungen anderer Personen und der Gesellschaft“* (Schuntermann 2009, p.24), der Zusammenhang von Partizipation und Lebensqualität (Rentsch & Bucher 2006, p.58) sowie die subjektive Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Bereich der Teilhabe (Schuntermann 2009, p.126ff) aufgegriffen.
Der so entstandene Leitfaden sollte eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Lebensrealität der Befragten ermöglichen. Als problematisch erwies sich jedoch, dass er für diese Zielgruppe - unter Berücksichtigung möglicher Konzentrationseinschränkungen - zu umfangreich war. Darüber hinaus

zeigte sich, durch die Formulierung der Fragen, eine deutliche Defizitorientierung. Es wurden primär die Veränderungen zu jeweiligen Bereichen im Vergleich zu der Zeit vor dem Schlaganfall erfragt (Beispiel: *„Wie gestaltete sich Ihr Tagesverlauf vor dem Schlaganfall? Hat sich dieser verändert? Wenn ja, wie würden Sie ihn heute beschreiben?“*).

Aus diesem Grund wurde eine neue Struktur des Leitfadens entworfen. In diesem wurden Bereiche des alten Leitfadens übernommen (z.B. Fragen zu den anamnestischen Daten), andere Fragen gestrichen oder neue Fragen hinzugenommen (z.B. die Frage nach der allgemeinen Lebenszufriedenheit vor und nach dem Schlaganfall). Die grundlegende Veränderung liegt jedoch darin, dass in der aktualisierten Fassung des Leitfadens nicht potentielle Problembereiche im Fokus der Befragung stehen, sondern die Beschreibung von Wirkungsräumen. Zunächst legen die Interviewteilnehmer ihre subjektiv erlebten Wirkungsräume fest, anschließend folgt die inhaltliche Beschreibung hinsichtlich der Aktivitäten und Personen, die diese Bereiche kennzeichnen. Abschließend erfolgt die Beurteilung ihrer Bedeutung für den Rehabilitationsprozess, wobei die Befragten zwischen den Beurteilungsmerkmalen FÖRDERFAKTOR und BARRIERE wählen können. Inhalte, die weder als Förderfaktor noch als Barriere eingeordnet werden, fließen nicht in die Beurteilung ein.

Durch diese schrittweise Beschreibung und Beurteilung der Wirkungsräume, bestimmen die Befragten selbst, welche Inhalte für sie bedeutsam sind und in die Beurteilung einfließen. Es entsteht ein differenziertes Bild zu den wahrgenommen hinderlichen und positiven Faktoren der aktuellen Lebenssituation. Diese Form der Befragung entspricht daher einer partizipativen und ressourcenorientierten Forschungshaltung.

Die Leitfäden für die Rehabilitanden und für die Partner sind in den Grundzügen identisch. Der Leitfaden der zweiten Erhebung (t2) wurde um wenige Fragen im Vergleich zur ersten Erhebung (t1) ergänzt. Ein Beispiel bildet die Frage 34 des Leitfadens V2 R *„Wie schätzen Sie die Rolle Ihres Partners in Hinblick auf den von Ihnen wahrgenommenen Rehabilitationserfolg ein? Bitte beurteilen Sie diese mit einer Ziffer von 1 bis 10 (1= wenig bedeutsam, 10= sehr bedeutsam). - Welche Aspekte machen für Sie Ihren Partner bedeutsam? - Wie würden Sie diese Bedeutung mit einem Wort zusammenfassen?“.* Durch die Hinzunahme dieser Frage wurde die Partnerschaft als solches noch einmal stärker berücksichtigt und für die Auswertung sichtbarer

gemacht. Die insgesamt vier Leitfäden sind den Anhängen 5-8 zu entnehmen.

5.4 Pre-Test und Pre-Test- Analyse

Als Vorstudien oder auch Pre-Tests werden Studien bezeichnet, die in einem kleineren Umfang der geplanten Untersuchung vorangestellt werden, um für diese erforderliche Kenntnisse zu erhalten (Gläser & Laudel 2009, p.107). Das Ziel liegt in einer Informationsbeschaffung des Untersuchungsgegenstandes und in der Testung der Erhebungs- und Auswertungsmethoden. Während die Testung bei quantitativen Studien z.B. in Form standardisierter Fragebögen zwingend erforderlich ist, wird die Testung bei qualitativen Studien lediglich empfohlen. Anders als in quantitativen Studien kann der Pre-Test als forschungsbegleitender Prozess verstanden werden (Ullrich 1999, p.21). Eine Überarbeitung des Leitfadens ist daher auch im Erhebungsprozess noch möglich, sollte aber aufgrund des damit einhergehenden Datenverlustes vermieden werden (Gläser & Laudel 2009, p.107). Die Auswahl der Interviewteilnehmer des Pretests fiel auf Personen, die auch für die Hauptuntersuchung in Frage gekommen wären. Eine Doppelung, also die Wahl einer Person sowohl für die Vor- als auch für die Hauptstudie, konnte vermieden werden (Gläser & Laudel 2009, p.108). Im Vorfeld der offiziellen Hauptuntersuchung wurden vier Personen (zwei Ehepaare), die den späteren Interviewpartnern in den prägnanten Merkmalen entsprechen, mit dem Leitfaden befragt (Gläser & Laudel 2009, p.150). Nach der Interviewdurchführung mit dem ersten Ehepaar wurden kleine Veränderungen vorgenommen, die bei dem zweiten Ehepaar bereits berücksichtigt werden konnten.
In der abschließenden Datenauswertung der vier Interviews konnte eine weitreichende Herausforderung festgestellt werden: Schilderungen der Interviewpartner, die in der Interviewsituation scheinbar problemlos als Förderfaktor oder Barriere zugeordnet werden konnten, erwiesen sich in der anschließenden Auswertung als weitaus komplexer. Auf die Frage, an welcher Stelle bzw. durch welche Personen innerhalb der Familie Förderfaktoren wahrgenommen werden, wurden häufig mehrere Aspekte von den Interviewteilnehmern aufgegriffen. Die in der Situation als Förderfaktoren angenommenen Schilderungen stellten sich in der anschließenden Analyse oftmals als fragwürdig heraus.

In einem fachlichen Austausch mit Kollegen wurde diese Problematik aufgegriffen und eine Lösung diskutiert. Es entstand die Idee, zu jeder Aussage eine inhaltliche Zuordnung durch den Befragten vornehmen zu lassen. Weiterhin wurde die Idee einer grafischen Darstellung gemäß der PUA aufgegriffen. Benannte Förderfaktoren und Barrieren sollten bereits während des Gesprächs optisch veranschaulicht werden. Um eine flexible Handhabung zu ermöglichen, wird hierfür eine Magnettafel verwendet. Die Interviewpartner werden im Verlauf des Interviews aufgefordert, ihre Schilderungen als Förderfaktor oder Barriere einzuordnen. Für einen beschriebenen Förderfaktor wird dem betrachteten Wirkungsraum ein grüner Magnet zugeordnet, für eine beschriebene Barriere ein roter Magnet. Um die Komplexität von Schilderung und grafischer Zuordnung zu vereinfachen, werden die Magnete durch die Interviewerin gesetzt. Auf diese Weise entsteht ein individuelles Schaubild mit grünen und roten Bereichen innerhalb der beschriebenen Wirkungsräume. Dieses Schaubild wird im Anschluss an das Gespräch abfotografiert und in einem folgenden Arbeitsschritt in ein computerbasiertes Modell übertragen. Die Fotografien sowie die angefertigten Modelle können dem Anhang entnommen werden.

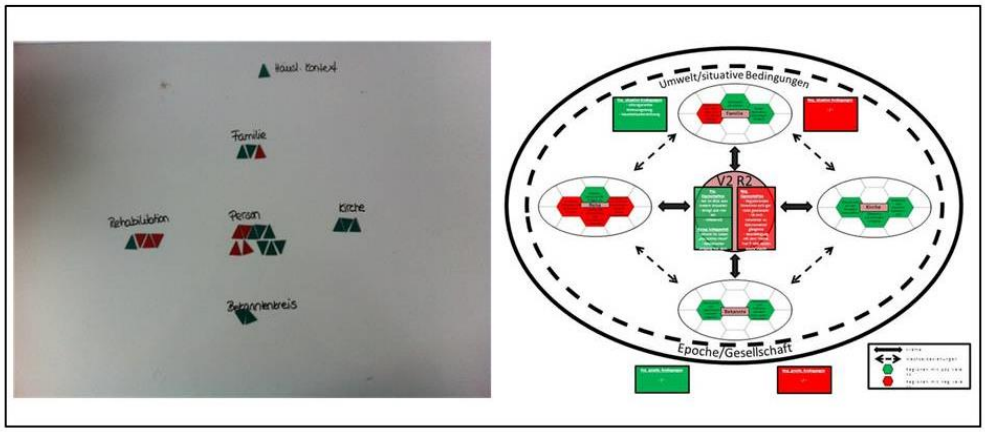


Abbildung 14: Foto und Modell der Interviewergebnisse V2 R2

Die Verwendung der Magnettafel wurde in der Befragung des 1. Ehepaares der Hauptuntersuchung erstmalig erprobt. Da im weiteren Verlauf der Hauptuntersuchung hinsichtlich der Handhabe zwischen dem ersten Interview und den folgenden Interviews keine Überarbeitung erfolgte, werden diese Interviews in die Auswertung der Hauptuntersuchung einbezogen. Ohnehin gilt für den Bereich qualitativer Forschung, anders als bei einer Fragebogen-Entwicklung, dass die Leitfadenentwicklung nie als gänzlich abgeschlossener

Prozess verstanden werden kann, da die Durchführung von Interviews neue Erkenntnisse erzeugt und neue Fragen generieren kann (Gläser & Laudel 2009, p.150).

5.5 Zugang zum Feld und Auswahl der Interviewteilnehmer

In der qualitativen Forschung ist der Kontakt zwischen Forscher und Teilnehmer intensiver als in quantitativen Forschungsprozessen, da der Forscher selbst durch den kommunikativen Prozess zu einem Kernstück der Erhebung wird. Seine Fähigkeit bezüglich einer gelingenden Gesprächsführung sowie seine Fähigkeit, Vertrauen und Sympathie im Umgang mit dem Interviewteilnehmer aufzubauen, trägt maßgeblich zum Erfolg oder Misserfolg der Studie bei (Flick 2000, p.70f).

Noch vor dieser Vertrauensarbeit vollzieht sich der Zugang zum Untersuchungsfeld, also der Zugang zu einer Institution, einer Subkultur oder einer Familie (Flick 2000, p.70).

Die Kontaktaufnahme der vorliegenden Studie wurde über die Institution Krankenhaus gestaltet. Zunächst musste der Vorstand des Krankenhauses einwilligen, dass die Forscherin den Zugang für die geplante Erhebung nutzen darf. Anschließend wurden die leitenden Chef- und Oberärzte der neurologischen Stationen über das Forschungsvorhaben aufgeklärt. Die Aufklärung beinhaltete zum einen die Erläuterung des Leitfadens sowie die Schilderung der Erfahrungen aus der Vorstudie. Weiterhin wurden die Ärzte über ihre Rolle innerhalb des Verfahrens aufgeklärt. Da die teilnehmenden Ärzte bereits in der Entwicklung des Leitfadens involviert waren, bestanden keine Einwände gegenüber dem Vorhaben. Sie schätzten den entstehenden Mehraufwand als vernachlässigbar im Verhältnis der zu erwartenden Ergebnisse ein.

Bei einem Kontaktaufbau im medizinischen Kontext, nimmt der Arzt die Rolle eines so genannten Gatekeepers ein. Ein Gatekeeper bezeichnet eine Person, die dem Forscher einen Zugang zum Feld ermöglicht und ihn in Kontakt mit potentiellen Probanden bringt (Schnell & Heinritz 2006, p.29). Wie beschrieben wird der Arzt, in seiner Funktion als Gatekeeper, über das Ziel, die Methoden und die Inhalte der Befragung informiert und gibt seine Zustimmung zur Suche nach geeigneten Teilnehmern. Um den Datenschutz zu gewährleisten, wurde hierfür ein Einwilligungsverfahren zur Kontaktaufnahme entwickelt (Schnell & Heinritz 2006, p.35). Der Einbezug des Gatekeepers

ist bezüglich der Aussage zur Vulnerabilität, also der Verletzlichkeit der potentiellen Interviewpartner, besonders relevant. Es werden nur Personen einbezogen, die trotz ihrer schweren Erkrankung für die Befragung als ausreichend belastbar wahrgenommen werden. Um der Sorge möglicher Versorgungseinbußen bei Nicht-Teilnahme an der Studie entgegen zu wirken, wurde die Studie nach der Entlassung in das häusliche Umfeld durchgeführt (Schnell & Heinritz 2006, p.29f).

Die Frage danach wer für die vorliegende Studie als Fall gilt, d.h. die Fallauswahl, wurde bewusst entschieden (Gläser & Laudel 2009, p.95) und Ein- und Ausschlusskriterien für potentielle Interviewteilnehmer dokumentiert (Schreier 2013c, p.194). Im Rahmen dieses Arbeitsschrittes muss entschieden werden, welche und wie viele Fälle benötigt werden, um die zugrundeliegende Forschungsfrage beantworten zu können und um den angestrebten Grad der Verallgemeinerbarkeit der Aussagen zu erreichen. In der vorliegenden Untersuchung wurden, gemäß einer innovativen Versorgungsforschung, möglichst geringe Ausschlusskriterien für die Untersuchungsgruppe formuliert (Ernstmann 2011, p.673). Aus forschungsmethodischer Sicht müssen dennoch einige Aspekte Berücksichtigung finden. Die Ergebnisse der Studie sollen Rückschlüsse auf die Gegebenheiten des Untersuchungsgegenstandes ermöglichen. Daher müssen die Teilnehmer Eigenschaften dieses Gegenstandes vertreten (Flick 2000, p.79). Da Partnerschaften von Menschen mit Schlaganfall untersucht werden, gelten die Kriterien „Schlaganfall“ und „Partnerschaft“ als Teilnahmevoraussetzung. Da es in der hier vorliegenden Untersuchung um die Innensichten der Teilnehmer geht, wurde -wie beschrieben- das Interview als Erhebungsinstrument gewählt. Eine Schulung zur Gesprächsführung mit unterstützt kommunizierenden Teilnehmern wurde als nicht verhältnismäßig zur Dimension der dadurch zu erreichenden Zielgruppe erachtet. Die verbale Kommunikationsfähigkeit ist aus diesem Grund ein weiteres Einschlusskriterium. Diese Form der Auswahlstrategie wird als Vorab-Festlegung der Samplestruktur bezeichnet. Bestimmte Eigenschaften des untersuchten Gegenstandes werden angenommen und als Voraussetzung für die Teilnehmer festgelegt (Flick 2000, p.79).

Die Gatekeeper dieser Untersuchung wurden über die festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien der Interviewteilnehmer aufgeklärt und haben auf dieser Grundlage ihre Patienten unter Berücksichtigung der individuellen Belastbarkeit eingeschätzt und ausgewählt. Die darauf folgende Kontaktaufnahme

zwischen Interviewer und Patienten verlief über zwei unterschiedliche Zugänge: Auf einer Station, wurden die vorgeschlagenen Patienten während der Visite über die geplante Untersuchung informiert. Die Interviewerin wurde ihnen in diesem Rahmen vorgestellt und eine mündliche Einwilligung der erneuten Kontaktaufnahme im Anschluss an die Visite eingeholt. Im Anschluss an die Visite folgten ein kurzes Informationsgespräch und die Einwilligung in die Notierung von Kontaktdaten (Name und Telefonnummer). Diese Daten ermöglichten eine Kontaktaufnahme im Anschluss an die geplante Entlassung der Patienten. In diesem ersten Gespräch fand somit keine Entscheidung zur tatsächlichen Teilnahme, nur bezüglich der Einwilligung einer erneuten Kontaktaufnahme statt. Wichtige ethische Kriterien, wie die Sorge um Versorgungseinbußen, wurden daher unter zweifacher Perspektive berücksichtigt: Zum einen waren die Ärzte während des Informationsgesprächs nicht anwesend, zum anderen wurde während des Krankenhausaufenthaltes keine Entscheidung zur Teilnahme an der Studie getroffen.

Auf der zweiten Station wurde eine andere Form der Kontaktaufnahme gewählt. Hier bot der leitende Oberarzt an, geeignete Patienten auszuwählen und ihnen ein Informationsschreiben (s. Anhang) zu der geplanten Studie auszuhändigen. Die Patienten hatten die Möglichkeit, sich das Informationsschreiben in Ruhe durchzulesen und konnten einer Kontaktaufnahme mit der Weitergabe ihrer persönlichen Kontaktdaten zustimmen. Im Zuge dieses Vorgehens war der behandelnde Arzt in der Kontaktaufnahme zwar stärker involviert, dennoch blieb auch hier die tatsächliche Zustimmung zu der Studie offen.

Die erneute Kontaktaufnahme zu den potentiellen Interviewpartnern fand telefonisch nach Entlassung der Patienten statt. In den meisten Fällen stimmte die angenommene Entlassung mit der tatsächlichen Entlassung überein, sodass die Interviewpersonen telefonisch erreichbar waren. Bei wenigen Patienten waren lediglich die Partner erreichbar, die Informationen zu dem angepassten Entlassungsdatum geben und somit eine spätere Kontaktaufnahme ermöglichen konnten. Die Bereitschaft der Teilnahme an der Untersuchung war sehr hoch. Viele der Patienten und Partner gaben an, sich eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen zu erhoffen und gerne ihren Beitrag dazu leisten zu wollen. Einige Personen stuften sich nach eigener Auskunft aufgrund fehlender körperlicher Beeinträchtigungen als nicht repräsentativ für die Zielgruppe ein. Sie wurden noch einmal darüber aufgeklärt, dass

diesbezüglich keine Kriterien formuliert seien. Jedoch wurde auch der angenommene unterschwellige Wunsch, Abstand zu dem Thema zu gewinnen, respektiert. Die weiteren Gründe für eine Nichtteilnahme können dem Kapitel 5.7 entnommen werden.

Insgesamt erklärten sich zehn Patienten und neun Partner bereit, an der Befragung teilzunehmen. Ein Partner schied aufgrund einer hohen beruflichen Belastung aus. Insgesamt konnten in der ersten Erhebungsphase (t1) 19 Interviews geführt werden. Diese fand in einem Zeitraum von sechs Wochen nach der Entlassung des Patienten in das häusliche Umfeld statt. Der Interviewort war der jeweilige Wohnort der Patienten und Partner. Die Interviews wurden getrennt voneinander geführt. In sechs Fällen fanden beide Interviews im direkten Anschluss aneinander statt.

Nach Beendigung des ersten Interviews, wurde die Einwilligung zu einer erneuten Kontaktaufnahme hinsichtlich eines zweiten Gesprächstermins eingeholt. Dieser stimmten alle 19 Teilnehmer zu. Die Kontaktaufnahme erfolgte ca. fünf Monate nach dem ersten Interview, um mit dieser Vorlaufzeit den angedachten Interviewabstand von sechs Monaten zu gewährleisten. Aus gesundheitlichen und interessensbezogenen Gründen stimmten zwei Partner einer erneuten Befragung nicht zu. Ein Ehepaar hatte eine längere Auslandsreise geplant und wurde daher nach einem größeren zeitlichen Abstand kontaktiert. Die zweite Erhebungsphase (t2) umfasst 17 Teilnehmer. Die Interviewdauer lag zwischen 27 Minuten und 90 Minuten bei der ersten Untersuchung und zwischen 27 Minuten und 100 Minuten bei der zweiten Untersuchung.

Die Interviewdurchführung gestaltete sich bei allen Interviewpartnern ähnlich und wird daher im Folgenden exemplarisch beschrieben: Die Interviewerin wurde im Haus der Interviewteilnehmer begrüßt und in das von den Teilnehmern angedachte Zimmer geführt. In der Regel fanden die Interviews in der Küche oder im Wohnzimmer der Interviewteilnehmer statt. Teilweise fand die Interviewerin eine vollständig gedeckte Kaffeetafel vor. In diesen Fällen wurde ein kurzer privater Austausch dem eigentlichen Interview vorangestellt, um mögliche Störgeräusche durch Essen und Trinken im Interviewteil zu vermeiden. Daran schloss sich das Aufklärungsgespräch über Ziel, Vorgehen und Tragweite der Studie an. Es wurde auf den Wunsch einer Tonbandaufzeichnung hingewiesen. Die durchgeführte Aufklärung der Probanden wurde durch eine Unterschrift bestätigt. Die Interviewteilnehmer wurden nochmals zu eventuellen Unklarheiten befragt. War dies nicht der Fall, wurde

das Tonbandgerät angestellt und die erste Frage des Leitfadens gestellt. Das Interview wurde unter Bezugnahme des Leitfadens durchgeführt und endet mit der Frage nach weiteren Anmerkungen oder Wünschen zu dem erfragten Thema. Nach Beantworten dieser Frage wurde das Tonbandgerät ausgeschaltet. Oftmals schloss sich ein informelles Gespräch über den weiteren Verlauf des Promotionsverfahrens an. In sechs Fällen folgte das Interview mit dem Partner. Nach Beendigung der Interviews wurde noch einmal auf das Informationsblatt und den dort angeführten Kontakt verwiesen. Den Interviewpartnern wurde auf diese Weise die Möglichkeit offeriert sich bei Fragen oder weiteren Anregungen telefonisch an die Interviewerin zu wenden. Weiterhin erfolgte der Hinweis darauf, dass ein zweites Interview nach einem halben Jahr angedacht sei, und es wurde in diesem Zusammenhang die Frage gestellt ob erneut Kontakt aufgenommen werden dürfe. Diesem Wunsch kamen alle Befragten nach. Nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz wurde das Gedächtnisprotokoll angefertigt, um die Eindrücke des Interviews möglichst zeitnah festzuhalten.

Wie bereits im Kapitel 5 aufgegriffen wurde, wurde eine getrennte Befragung der Partner angestrebt, da in der gängigen Fachliteratur Verzerrungen durch die Anwesenheit Dritter angenommen wird. Eine Studie von Mohr gibt Hinweise darauf, dass eine Zurückhaltung im Antwortverhalten festzustellen ist, wenn andere Familienangehörige anwesend sind (Mohr 1987). Wenn möglich, sollte daher das Beisein Dritter vermieden oder der entsprechende Effekt für die Interpretation der Daten berücksichtigt werden. Der Leitsatz *„der Forscher geht, der Partner bleibt“* (Diekmann 2011, p.469) ist dabei vom Forscher immer zu berücksichtigen. Dem Wunsch einer getrennten Befragung kam in der zweiten Erhebung der vorliegenden Dissertation ein Ehepaar nicht nach. Der Partner blieb im Raum und beantwortete einige der an den Rehabilitanden gerichteten Fragen. Die Interviews V2 R4 und V2 P4 sind aus diesem Grund entsprechend dieser möglichen Verzerrungen zu bewerten.

Im Anschluss an das Interview wurde -wie beschrieben- auf die Kontaktdaten der Interviewerin verwiesen, um den Befragten die Möglichkeit der Kontaktaufnahme zu ermöglichen. Interviews sind nicht nur eine Form der Datenerhebung, sie können auch intervenierend wirken. Die Möglichkeit eines Nachgesprächs ist daher empfehlenswert. Zudem wurde angekündigt, dass die Ergebnisse der Untersuchung den Befragten ausgehändigt werden (Bortz & Döring 2006, p.311).

5.6 Transkript und Postskript

Die Interviews wurden, mit Zustimmung der Interviewpartner, unter Hinzunahme eines Tonträgers aufgenommen (Hug & Poscheschnik 2010, p.134). Im Anschluss an die Durchführung liegen demnach Audiodateien in einem MP3- oder WMA-Format vor (Kuckartz 2010, p.38).

Für den Auswertungsprozess sind jedoch eine Verschriftlichung und Digitalisierung der Daten notwendig (Hug & Poscheschnik 2010, p.134f). Diese Verschriftlichung wird als Transkription bezeichnet (lat. Trans-scribere = umschreiben) (Dresing & Pehl 2011, p.13), d.h. mündliche Interviewstellen werden von Tonträgern in eine Textdatei übertragen (Hug & Poscheschnik 2010, p.135). Für diesen Prozess wurde die Spezialsoftware f4 genutzt. Sie verfügt über Funktionen wie das automatische Zurückspulen der Datei um wenige Sekunden, das Verlangsamen der Abspielgeschwindigkeit und die exakte zeitliche Verortung durch Zeitmarken. Weiterhin hat das Programm f4 eine hohe Kompatibilität mit dem Analyseprogramm MaxQDA (Kuckartz 2010, p.38f), was ebenfalls in der vorliegenden Dissertation genutzt wurde.

Eine vollständige Überführung der Interviewsituation in eine schriftliche Form ist nicht möglich, da die Transkription von verbalen Daten immer auch mit einer Informationsreduktion verbunden ist (Dresing & Pehl 2010, p.726). Es können jedoch unterschiedliche Formen der Transkription gewählt werden, um dem Anspruch einer detaillierten Nachempfindung der Gesprächssituation in unterschiedlichem Umfang gerecht zu werden. Vor allem zeitliche und finanzielle Ressourcen gelten als mögliche Einschränkung einer allzu detailgetreuen Transkription (Gläser & Laudel 2009, p.193; Hug & Poscheschnik 2010, p.135; Kuckartz 2010, p.39f). Diese dürfen jedoch nicht alleinige Entscheidungsmerkmale der Transkriptionsregeln sein, denn je nach Forschungszweck und Fragestellung kann der Grad der Detaillierung unterschiedlich bedeutsam sein (Flick 2000, p.193; Kuckartz 2010, p.41ff). Unterbrechungen wie z.B. durch Telefon- oder Türklingeln oder durch das Betreten des Untersuchungsraums durch eine Person können mitunter einen Einfluss auf die Gesprächssituation haben und sollten daher u.U. berücksichtigt werden (Kuckartz 2010, p.41). Da in der vorliegenden Untersuchung die Befragungen in den privaten Räumlichkeiten der Interviewteilnehmer stattfanden, konnten Unterbrechungen von Seiten der Interviewerin nicht vermieden werden. Daher erschien es umso wichtiger, eventuelle Störungen im Tran-

skript zu berücksichtigen, um Interviewinhalte, z.B. widersprüchliche Aussagen, vor diesem Kontextwissen einzuordnen (Gläser & Laudel 2009, p.192ff).

Die Festlegung dieser Transkriptionsregeln wird als TRANSKRIPTIONSSYSTEM bezeichnet und beschreibt auf welche Weise die gesprochene Sprache in eine fixierte Form übertragen wird (Kuckartz 2010, p.41f). Bei der Erstellung des Transkriptionssystems dieser Dissertation wird ein einfaches Transkriptionsregelsystem (Dresing & Pehl 2011, p.19) als Vorlage verwendet und hinsichtlich der eigenen Forschungsmethodik, Erkenntniserwartung und forschungspragmatischen Gründen (Dresing & Pehl 2011, p.17) angepasst. In diesem Fall bedeutete dies, möglichst wenige Details zu übertragen, um die Lesbarkeit zu erhöhen und um den Inhalt der Aussagen in den Fokus zu setzen (Kuckartz 2010, p.43). Auffällige paraverbale Äußerungen wie Lachen und Zögern (Pausen) wurden jedoch berücksichtigt, da diese Aufschluss über Gefühlsregungen und nicht-intendierte Reaktionen geben und für die spätere Feststellung von Förderfaktoren und Barrieren wichtig sein können. Es wurden Regeln einer einheitlichen Schreibweise, wie dem Umgang mit Wortverkürzungen, entwickelt (Dresing & Pehl 2011, p.22). Weiterhin wurden Standardorthographien (z.B. „hast du“ statt „haste“) und die Kennzeichnung von unverständlichen Passagen genutzt (Gläser & Laudel 2009, p.194).

Auch eine Anonymisierung von Personen und Orten wurde vorgenommen und in einer ersten Fassung zunächst mit einem X gekennzeichnet. Im weiteren Verlauf der Auswertung fiel jedoch auf, dass eine gleiche Kennzeichnung, sowohl für Personen als auch für Orten, unverständlich ist. In der Überarbeitung der Transkripte wurde daher u.a. folgende Erweiterung vorgenommen:

- X [Nennung eines Ortes],
- X [Nennung einer Person],
- X [Nennung der physiotherapeutischen Praxis] usw.

Ebenfalls zu Anonymitätszwecken wurde in einer ersten Fassung die Interviewerin mit „I“ und die interviewte Person mit „IP“ abgekürzt. Auch hier ergab sich im Auswertungsprozess eine Änderung. In der Literatur werden eindeutige und sinnvolle Kürzel empfohlen, wie z.B. das Kürzel B1 für den Befragten Nummer eins (Flick 2000, p.193; Gläser & Laudel 2009, p.194;

Hug & Poscheschnik 2010, p.136). Aus diesen Empfehlungen wurden die Kürzel der vorliegenden Studie angepasst und setzen sich zum einen aus der Erhebungsrunde (V1 oder V2), den Status (R für Rehabilitand und P für Partner) sowie die Nummerierung des durchgeführten Interviews (1-10) zusammen. So sind im Auswertungsprozess -unter Berücksichtigung der Anonymität- Zuordnungen innerhalb einer Partnerschaft (z.B. zwischen V2 P7 und V2 R7) und auch Zuordnungen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten (z.B. V1 R1 und V2 R1) möglich.
Da Dritte am Prozess der Transkription beteiligt waren, wurden alle Transkripte nach ihrer Fertigstellung nochmals von der Interviewerin überarbeitet, zumal falsche oder nicht verständliche Passagen bei Unbeteiligten häufiger vorkommen und überprüft werden müssen (Gläser & Laudel 2009, p.194).

Das vollständige Transkriptionssystem dieser Dissertation ist dem Anhang 9 zu entnehmen.

Neben der Erstellung eines Transkripts wird auch die Erstellung eines Interviewberichtes (Postskript) empfohlen. Da der Prozess des Vergessens schon während des Interviews beginnt, ist es wichtig, dass dieser Bericht unmittelbar nach der Durchführung des Interviews erfolgt. Da die Interviewsituation das Interview im Allgemeinen und damit die Ausführungen der Interviewpartner beeinflusst, wurden im Interviewbericht Inhalte festgehalten, die eine spätere Einordnung von Inhalten möglich macht. Hierdurch können beispielsweise auch Plausibilitäten von widersprüchlichen Aussagen eingeordnet werden. Einen Standard hinsichtlich der Inhalte gibt es auch für Interviewberichte nicht (Gläser & Laudel 2009, p.192). Einige Inhalte werden jedoch von mehreren Autoren empfohlen. Diese bilden auch die Grundlage für den hier entworfenen Interviewbericht. Die Inhalte umfassen:

- das Zustandekommen des Interviews (Grad der Bereitschaft, Einwände,…),
- die Beschreibung der konkreten Rahmenbedingungen (Datum, Dauer, Ort, Anwesende, Störfaktoren durch Telefon oder andere Personen,…),
- Bemerkungen zum Gesprächsverlauf, zur Gesprächsdynamik und zu eventuellen Auffälligkeiten,

- Bemerkungen zur Nachinterviewphase (informelle Gespräche, die vor und nach der Tonbandaufnahme stattgefunden haben) (Flick 2000, p.192; Froschauer & Lueger 2003, p.74; Gläser & Laudel 2009, p.192).

Flick betont, dass sich die gewählten Inhalte unmittelbar aus der Schwerpunktsetzung des Interviews sowie aus der leitenden Fragestellung ergeben. Daher werden mitunter auch Aspekte wie Geschlecht, Alter, Beruf, Tätigkeitsdauer in dem Beruf, Anzahl und Alter der Kinder etc. als mögliche Inhalte mit aufgenommen (Flick 2000, p.192). Diese Aspekte sind in der vorliegenden Studie jedoch Bestandteil der Fallbeschreibungen und werden daher im Kapitel 6 aufgegriffen.

5.7 Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse

Das hier angewandte Auswertungsverfahren wird als qualitative Inhaltsanalyse bezeichnet und definiert als

> „systematisches, datenreduzierendes Verfahren zur vergleichenden Analyse von bedeutungshaltigem Material." (Schreier 2013a, p.256)

Das Ziel liegt darin, gewonnene Daten in ihrem Bedeutungsfeld zu interpretieren und besonders die Perspektive der Beteiligten zu berücksichtigen (Bortz & Döring 2006, p.329).
Qualitative Inhaltsanalysen lassen sich gemäß ihrer Forschungsausrichtung und Anwendung weiter unterscheiden. Die dieser Dissertation zugrundeliegende qualitative Inhaltsanalyse wird als qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring bezeichnet und wird beschrieben als

> „Anleitung zum regelgeleiteten, intersubjektiv nachvollziehbaren Durcharbeiten umfangreichen Textmaterials" (Mayring 2010, p. 13; Bortz & Döring 2006, p.329).

Sie bietet sich als offene und deskriptive Methodik zur Analyse von Einzelfallstudien an. Auch die Ermöglichung einer Rekonstruktion von Prozessen zwischen mehreren Erhebungszeitpunkten, also einer Prozessanalyse, ist für diesen Auswertungsprozess interessant (Mayring 2010, p.22ff).
Mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wird als primäres Ziel die Reduktion von Textmaterial angestrebt. Das wesentliche Kennzeichen liegt in der Verwendung von Kategorien. Diese können sowohl deduktiv als auch

induktiv entstehen. Eine deduktive Kategorienbildung bedeutet, dass Kategorien aus bestehenden Modellen abgeleitet und dem Auswertungsprozess als grobe Gliederung für das Datenmaterial vorgegeben werden. Eine induktive Kategorienbildung bedeutet, dass sich Kategorien aus dem Material heraus ergeben (Flick 2000, p.212).

Der Ablauf einer qualitativen Inhaltsanalyse gliedert sich in unterschiedliche Arbeitsschritte, die der Abbildung 14 entnommen werden können.

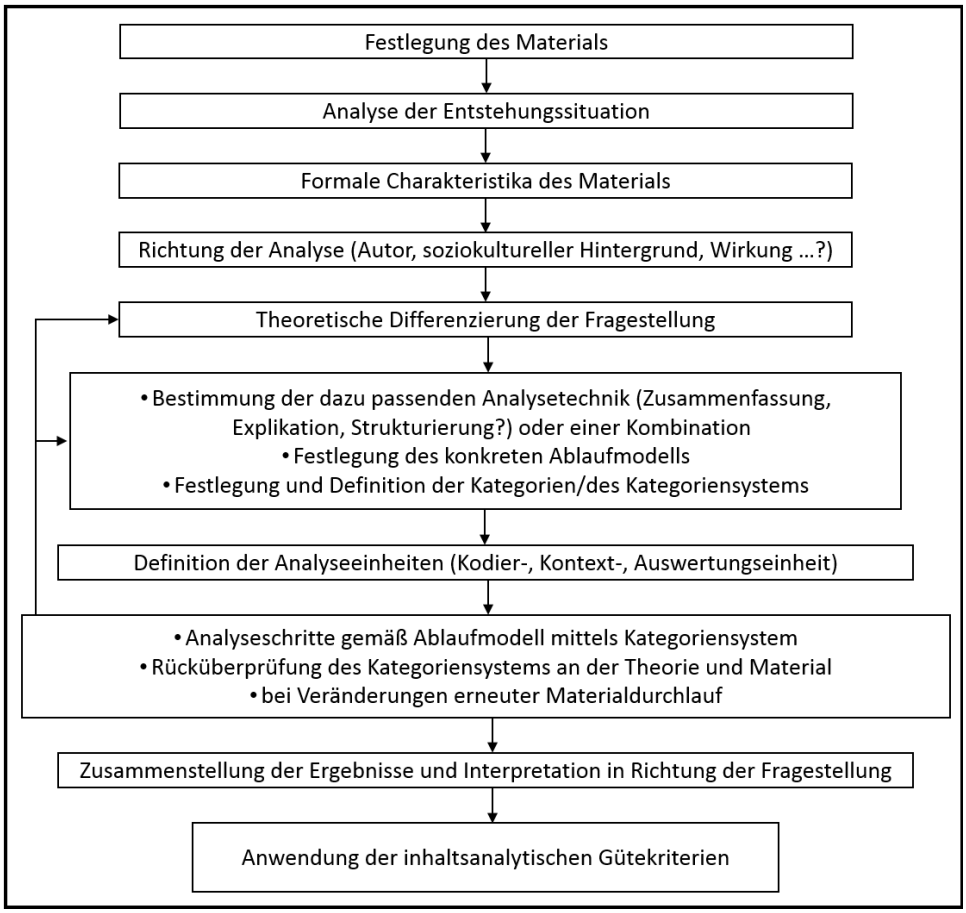


Abbildung 15: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell

(Mayring 2010, p.60)

1. Festlegung des Materials

Als Auswertungsmaterial liegen 36 Interviewtranskripte vor, die im vollen Umfang als Grundlage der Auswertung herangezogen werden. Das Interviewmaterial umfasst Aussagen, die von Rehabilitanden nach Schlaganfall

sowie ihren Partnern gemacht wurden. Die Auswertungsdaten können aufgrund der geringen Teilnehmerzahl (Nt1=19 und Nt2= 17) nur als bedingt repräsentativ gewertet werden.

2. Beschreibung der Entstehungssituation

Die Interviews wurden zu zwei Zeitpunkten mit einem Abstand von einem halben Jahres geführt. Die Befragungen fanden getrennt voneinander statt. Bei der ersten Erhebung beteiligten sich 10 Rehabilitanden und 9 Partner, bei der zweiten Erhebung 10 Rehabilitanden und 7 Partner. Die Kontaktaufnahme erfolgte über ein Akutkrankenhaus. Die Einwilligung in das Interview erfolgte in einem sich anschließenden Telefonat und wurde während des Interviewtermins schriftlich bestätigt. Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig. Das Informationsblatt zur Erhebung sowie die Einverständniserklärung sind als Anhänge 2 und 4 beigefügt. Das Interesse an der Befragung teilzunehmen kann als hoch eingeschätzt werden. Von 17 Rehabilitanden, zu denen im Krankenhaus eine Kontaktaufnahme stattfand, haben 10 der tatsächlichen Durchführung zugestimmt. Als Gründe für eine Nicht-Teilnahme wurde von einem Paar das mangelnde Interesse des Partners und von einem anderen Paar das Vorliegen einer Fehldiagnose angegeben. Zwei potentielle Interviewpartner hätten sich aus Pflichtgefühl interviewen lassen. Eine weitere Familie war zu dem Zeitpunkt durch eine akute Erkrankung eines weiteren Familienmitgliedes komplex belastet. Bei diesen drei Kontaktpersonen wurde aufgrund ethischer Aspekte eine Absage von Seiten der Interviewerin vorgeschlagen. Zwei weitere Personen waren auch Wochen nach dem angedachten Entlassungstermin nicht erreichbar. Ob diese Patienten in das häusliche Umfeld entlassen werden konnten, ist nicht bekannt. Die Interviews von Rehabilitanden und Partnern wurden getrennt voneinander durchgeführt und fanden nur auf Wunsch der Befragten im unmittelbaren Anschluss aneinander statt. Als Interviewort wurde der jeweilige Wohnort der Interviewteilnehmer festgelegt. Die individuellen Gesprächsverläufe können durch die Interviewberichte im Anhang nachvollzogen werden.

3. Formale Charakteristika des Materials

Die Interviews wurden mithilfe eines Tonbandes aufgenommen und unter Zuhilfenahme festgelegter Transkriptionsregeln verschriftlicht. Neben den Transkriptionsregeln wurden allgemeine Hinweise zur Verschriftlichung festgehalten und an die Transkriptoren weitergegeben.

4. Klärung des Interpretationsinhalts/Klärung der leitenden Fragestellung

Als leitende Fragestellung liegt die in Kapitel 4 erarbeitete Forschungsfrage vor:

Welche Förderfaktoren und Barrieren werden von Menschen mit Schlaganfall und ihren Partnern im Rehabilitationsverlauf wahrgenommen?

Die Fragestellung impliziert, dass Förderfaktoren und Barrieren, die im Hinblick auf die Partnerschaft wahrgenommen werden, erhoben werden sollen. Diese Zielsetzung umfasst jedoch nur einen Teil des Erkenntnisinteresses. Die Darstellung des aktuellen Forschungsstandes (Kapitel 4) verdeutlicht, dass partnerschaftliche Probleme auch durch Missverständnisse hervorgerufen werden können. Gerade eine unterschiedliche Perspektive in Hinsicht auf die Partizipation von Freizeitgestaltungen kann sich in Unzufriedenheit ausdrücken und die Beziehungsebene erheblich belasten. Aus diesem Grund werden die Ergebnisse der Interviews mit den Rehabilitanden und die Ergebnisse der Interviews mit den Partnern getrennt ausgewertet. Auf diese Weise kann geprüft werden, ob Förderfaktoren und Barrieren unterschiedlich wahrgenommen werden.

Die Auswertungsrichtung wird daher durch die folgenden Unterfragen geleitet:

1. Welche Förderfaktoren und Barrieren werden von Rehabilitanden im Rehabilitationsverlauf wahrgenommen?

2. Welche Förderfaktoren und Barrieren werden von Partnern im Rehabilitationsverlauf wahrgenommen?

3. Gibt es Hinweise darauf, inwiefern eine unterschiedliche Wahrnehmung bezüglich der Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsverlauf zwischen den Rehabilitanden und den Partnern festzustellen ist?

4. Gibt es Hinweise darauf, inwiefern unterschiedliche Wahrnehmungen von Rehabilitanden und Partnern zu Missverständnissen und Konflikten innerhalb der Paarbeziehung führen?

Ausgewertet werden alle Interviewpassagen, die zur Beantwortung der Fragestellung beitragen, also sowohl Inhalte, die auf wahrgenommene Unterstützung und Förderung hinweisen, als auch Inhalte, die sich auf wahrgenommene Hindernisse und Barrieren beziehen.

5. Wahl der Analysetechnik

Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit liegt in der Darstellung von Faktoren, die sich förderlich oder hinderlich auf den Rehabilitationsprozess von Personen auswirken, die direkt oder indirekt von einem Schlaganfall betroffen sind. Direkt vom Schlaganfall betroffene Personen sowie ihre Partner wurden zu einem frühen Zeitpunkt nach dem Schlaganfall (4-6 Wochen nach der Entlassung in das häusliche Umfeld) sowie zu einem späteren Zeitpunkt (6 Monate nach dem ersten Termin) zu individuell erlebten Kontextbedingungen befragt. Das Interview fokussiert durch Hinzunahme eines vorbereiteten Interviewleitfadens Lebensbereiche einer Person und die darin positiv und negativ wirkenden Faktoren.

Abgeschlossene Forschungsstudien zu diesem Themenkomplex liefern wenig Datenmaterial. Aus diesem Grund zielt die hier dargestellte Erhebung auf eine Zusammenstellung dieser positiven und negativ wirkenden Faktoren und nicht auf die Darstellung von Zusammenhängen oder Strukturierungsmerkmalen. Die verwendete Auswertungstechnik wird daher der zusammenfassenden Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung zugeordnet. Das Ziel besteht in einer Reduzierung großer Textmengen. Unwichtige und bedeutungsgleiche Passagen werden gestrichen, um einen überschaubaren Überblick zu den relevanten Inhalten zu erhalten. Sie wird vorwiegend für explorative Zugänge zu einem Thema und für eine sorgfältige Zusammenfassung von Textinhalten genutzt (Kuckartz 2010, p.93ff).

6. Festlegung der Analyseeinheit

Als kleinster Textteil, der unter eine Kategorie fallen darf, wird ein Wort festgelegt (Kodiereinheit= ein Wort). Da die Ankerbeispiele einer Kategorie auch losgelöst von ihrem Kontext nachvollziehbar sein sollen, kann der größte Textteil auch Sprecherwechsel beinhalten (Benennung der Leitfrage oder Hinzunahme einer Nachfrage). Die Kontexteinheit wird daher offen gelassen und ermöglicht Textpassagen über mehrere Absätze. Da auf diese Weise auch Textteile unterschiedlicher Sprecher nacheinander ausgewertet werden können, ist die Auswertungseinheit automatisch demgemäß festgelegt.

7. Durchführung der Analyse

Die 36 Transkripte wurden als RTF-Dokumente in eine MaxQDA-Software eingefügt. Hierbei handelt es sich um ein computerbasiertes Verarbeitungsprogramm, welches sich für die Auswertung großer Textmaterialien empfiehlt. MaxQDA ist ein häufig verwendetes Programm, welches zu Beginn der 90er Jahre von Kuckartz entwickelt wurde (Mayring 2010, p.113). Die Voraussetzung dieses computerbasierten Verfahrens sind digitalisierte Texte, die in dieser Dissertation aufgrund der regelgeleiteten Transkription vorliegen und daher keinen zusätzlichen Zeitaufwand bedeuten (Kuckartz 2010, p.20). Die QDA-Software wird genutzt, da die Kategoriensysteme schnell und einfach zu gebrauchen sind und sich codierte Textstellen schnell durch eine Suchfunktion auffinden lassen. Darüber hinaus wird ein übersichtliches Textmanagement sowie das Erstellen von Übersichten erleichtert (Kuckartz 2010, p.19). Neben der Effizienzsteigerung dieser bereits in herkömmlichen Techniken vorhandenen Auswertungstechniken werden neue Auswertungstechniken erst durch den Gebrauch von QDA-Software ermöglicht und erhöhen die Prozessqualität. Sowohl die erstellten Kategoriensysteme als auch die Memos und codierten Textteile lassen sich leicht finden und ermöglichen ein Nachprüfen der Resultate (ebd., p.20).

Um eine getrennte Auswertung der beiden Zielgruppen (Rehabilitanden und Partner) und der beiden Erhebungszeitpunkte (t1 und t2) zu ermöglichen, wurden vier Textgruppen gebildet. Die Textgruppe 1 umfasst zehn Interviews mit den Rehabilitanden zum Erhebungszeitpunkt t1. Die Textgruppe 2 umfasst neun Interviews mit den Partnern zum Erhebungszeitpunkt t1. Die Textgruppe 3 umfasst 10 Interviews mit den Rehabilitanden zum Erhebungszeitpunkt t2 und die Textgruppe 4 umfasst 7 Interviews mit den Partnern zum Erhebungszeitpunkt t2.

Das Interview V1 R1 wurde für einen ersten Auswertungsdurchlauf genutzt. Markante Textstellen wurden markiert und durch Paraphrasieren zu Kategorien benannt. Die Strukturierung der entstehenden Kategorien erfolgt auf Grundlage des Leitfadens und beinhaltet im Sinne der PUA die übergeordneten Kategorien PERSON, FAMILIE, BEKANNTENKREIS, ALTERNATIVER WIRKUNGSRAUM, BERUF, SITUATIVE BEDINGUNGEN und GESELLSCHAFT.

Des Weiteren ist in der frühen Phase des Auswertungsprozesses vor allem das Verfahren des OFFENEN CODIERENS bedeutsam. Eine markante Textpas-

sage wird markiert und in einem geöffneten Textfeld mit einem Code versehen. Ein Code ist ein Bezeichner bzw. ein Label, das sowohl aus einzelnen Wörtern als auch aus einer Wortkombination bestehen kann. Codes haben die Aufgabe, die markierten Textstellen inhaltlich repräsentativ, aber deutlich gekürzt wiederzugeben. Die Codierung ist somit auch im computerbasierten Verfahren kein automatischer Prozess, sondern das Resultat einer beim Forscher liegenden Interpretationsleistung (ebd., p.58). Die Bezeichnungen von Kategorien müssen sich nicht aus dem vorliegenden Text ergeben, sie können auch eine Bezeichnung umfassen, die nicht von den Interviewpartnern benannt wurde (ebd., p.59). Im Verlauf des Codierens entsteht eine zunächst ungeordnete Zusammenstellung aller entwickelten Codes. Um aus dieser Zusammenstellung ein übersichtliches Kategoriensystem zu entwickeln, werden die offen codierten Kategorien den im Vorfeld formulierten Hauptkategorien, ihrer Kodierregel entsprechend, zugeordnet. Kategorien, die einen Hinweis auf einen hilfreichen Aspekt im Hinblick auf einen Familienangehörigen beinhalten, werden z.B. der Hauptkategorie FAMILIE mit der Subkategorie Förderfaktoren zugeordnet.

Entwickelte Codes, die sich diesen Hauptkategorien nicht zuordnen lassen, werden als zusätzliche und zunächst unbenannte Kategorie zusammengefasst. Den induktiv entwickelten Kategorien werden ebenfalls Code-Memos angefügt. In diesem Zusammenhang dienen sie der Festlegung von Einschätzungsdimensionen. Da die hier beschriebene Auswertung nur von einer Person vorgenommen wird, wird auf das Ausformulieren von Einschätzungsdimensionen verzichtet und stattdessen Ankerbeispiele eingefügt. Ankerbeispiele sind Interviewpassagen, die hinsichtlich der formulierten Code als besonders zutreffend gelten.

Die Interviews V1 R2 bis V1 R5 werden nach dem gleichen Verfahren codiert. Durch ein bereits entstandenes System an Kategorien ist nun auch das CODIEREN MIT CODES AUS DEM KATEGORIENSYSTEM von Interesse. Bei diesem werden markierte Textstellen auf die bereits fertigen Codes im sichtbaren Code-Baum gezogen und ihnen dadurch zugeordnet (ebd., p.67ff). Markante Textstellen, die sich keiner bereits formulierten Kategorie zuordnen lassen, werden als neue Kategorie formuliert und den Hauptkategorien zugeordnet. Auch die Interviews V1 R6 bis einschließlich V1 R10 werden diesem Verfahren entsprechend bearbeitet. Die bis jetzt nicht zugeordneten Kategorien werden inhaltlich erneut überprüft, geordnet und schließlich als neue Hauptkategorien zugeordnet. Diese lautet fortan „Fallbeschreibung“,

„das Leben seit dem Schlaganfall“ und „Partnerschaft“. Sie dienen der späteren Fallbeschreibungen und Skizzierung der veränderten Lebenssituation der Interviewteilnehmer als Informationsgrundlage. Die Hauptkategorie „Fallbeschreibung“ entspricht der Erhebung der soziodemografischen Daten der Interviewteilnehmer. Die codierten Subkategorien spiegeln daher die Leitfragen des Interviewleitfadens wider.

In einem abschließenden Arbeitsschritt werden für nahezu alle Sub-Kategorien Ankerbeispiele eingefügt und für alle Hauptkategorien Code-Memos mit Zuordnungsregeln festgehalten. Um das Kategoriensystem zu vereinfachen, werden ähnliche Kategorien zusammengefasst und wirksamer paraphrasiert.

Auch für die Auswertung der Partnerinterviews wird die Struktur der PUA als geeignete Kategorienstruktur zugrunde gelegt. Darüber hinaus werden markante Textstellen durch freies Codieren codiert und der Grobstruktur zugeordnet. Die weitere Auswertung entspricht dem oben skizzierten Vorgehen.

Für die Textgruppe 3 (2. Erhebung Rehabilitanden) wurde aufgrund des ähnlichen Leitfadens auch ein ähnliches Kategoriensystem zur Textgruppe 1 (1.Erhebung Rehabilitanden) als wahrscheinlich angenommen. Aus diesem Grund wurde das Kategoriensystem der Textgruppe 1 kopiert und als neuer Auswertungsstrang für die Textgruppe 3 zugrunde gelegt.

Alle Interviews dieser Textgruppe wurden durch CODIEREN MIT CODES AUS DEM KATEGORIENSYSTEM codiert bzw. als neue Kategorien offen codiert. Ergänzt wurden Ankerbeispiele aus Interviewpassagen dieser Textgruppe. Kategorien, die durch dieses Verfahren zunächst offen blieben, denen also keine Textstelle zugeordnet werden konnte, wurden vorerst nicht gelöscht. In einem sich anschließenden Vergleich beider Kategoriensysteme sollte überprüft werden ob vermeintliche unterschiedliche Kategorien durch eine gemeinsame und aussagekräftigere Bezeichnung optimiert werden können. Eine zwischenzeitliche Überlegung, ob Kategorien, die nur einmalig besetzt wurden, gelöscht werden sollten, wurde aufgrund der Fragestellung nicht für zweckmäßig erachtet. Der Erkenntnisgewinn liegt darin begründet, wahrgenommene Förderfaktoren und Barrieren zu benennen und nicht ihre jeweilige Relevanz herauszustellen. Weiterhin muss darauf hingewiesen werden, dass eine Vertiefung bestimmter Problemfelder und damit auch eine Häufung bestimmter Kategorien durch die offene Gesprächsführung als möglich angenommen wird.

Die Entstehung des Kategoriensystems der Textgruppe 4 (2.Erhebung Partner) wurde synonym zum Verfahren der Textgruppe 3 gestaltet.
Nach Beendigung dieser Auswertungsschritte sind insgesamt vier Kategoriensysteme entstanden, die die Ergebnisse für die Textgruppe 1 bis 4 wiedergeben.
Da im Bearbeitungsprozess einige Kategorien umbenannt oder gebündelt wurden, wurden alle Interviews unter Bezugnahme des jeweiligen Kategoriensystems nochmals überprüft. Kategorien, die bis zu diesem Bearbeitungsschritt weiterhin ohne zugeordnete Textstelle blieben, wurden gelöscht. Die entstandenen Kategoriensysteme können den Anhängen 46-49 entnommen werden.
Die Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung sowie die Diskussion der Geltungsbegründung als 8. Arbeitsschritt der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring sind Gegenstand des 7. und 8. Kapitels.

Das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring gilt, wie schon eingangs beschrieben, als übersichtlich und eindeutig. Die erforderlichen Kodierregeln ermöglichen eine hohe Plausibilität des Bearbeitungsprozesses. Zudem ermöglicht die Formalisierung ein einheitliches Kategorienschema für verschiedene Texte und dadurch eine Vergleichbarkeit unterschiedlicher Fälle (Flick 2000, p.212). Qualitative Inhaltsanalysen nach Mayring werden vorwiegend zur Analyse subjektiver Sichtweisen durch leitfadengestützte Interviews genutzt (Flick 2000, p.212) und eignen sich daher im Besonderen für die vorliegende Dissertation mit dem Ziel einer Erhebung wahrgenommener Förderfaktoren und Barrieren von Rehabilitanden und ihren Partnern im Rehabilitationsprozess.

5.8 Gütekriterien qualitativer Forschung

Zur Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher Studien werden so genannte Gütekriterien verwendet, die die Anforderungen an eine adäquate wissenschaftliche Durchführung empirischer Erhebungen beschreiben (Mayring 2002, p.140).
Messungen aller Art (Tests, Interviews, Beobachtungen,…) müssen bestimmten Gütekriterien genügen. Diese Gütekriterien lauten:

- Objektivität,

- Reliabilität,
- Validität (Pfeiffer & Püttmann 2011, p.52).

Die *Objektivität* beschreibt

> „die Unabhängigkeit der Messergebnisse von der messenden Person und der Situation“ (Pfeiffer & Püttmann 2011, p.52).

Die Objektivität von Studien ist dann gewährleistet, wenn Vorurteile des Forschers die Ergebnisse der Forschung gar nicht oder wenig verzerren. Sie lässt sich in drei Beurteilungsmerkmale unterscheiden. Die Durchführungsobjektivität beinhaltet eine Standardisierung der Durchführung, die Auswertungsobjektivität meint, dass unterschiedliche Forscher durch Anwenden derselben Methode zum selben Ergebnis kommen und die Interpretationsobjektivität beschreibt, dass unterschiedliche Forscher die erzeugten Daten auf die gleiche Weise interpretiert würden (Hug & Poscheschnik 2010, p.94). Unter *Reliabilität* (Zuverlässigkeit) wird der Grad der Genauigkeit von Messungen gefasst (Pfeiffer & Püttmann 2011, p.52). Sie beschreibt die Genauigkeit, mit der ein Merkmal durch eine bestimmte Methode gemessen wird (Hug & Poscheschnik 2010, p.94). Im Idealfall führen wiederholte Messungen zu den gleichen Ergebnissen, wenn sie unter gleichen Bedingungen erhoben werden (Hug & Poscheschnik 2010, p.94; Pfeiffer & Püttmann 2011, p.52). Die Reliabilität kann durch standardisierte Formen der Datenerhebung wie Leitfäden, Interviewdokumentationen, vergleichbare Transkriptionen und einer reflexiven Dokumentation während des gesamten Forschungsprozesses unterstützt werden. Reliabilität im Sinne einer beliebigen Wiederholung von Erhebungen mit denselben Daten und Ergebnissen ist in der qualitativen Forschung nicht zu ermöglichen (Flick 2000, p.240ff).
Validität ist das Ausmaß, in dem das Messinstrument das misst, was es angibt zu messen (Hug & Poscheschnik 2010, p.95; Pfeiffer & Püttmann 2011, p.52). Methoden, die das gleiche Konstrukt erfassen wollen, sollten zu ähnlichen Ergebnissen kommen. Die Durchführung von zwei Intelligenztests würde demnach zu einem ähnlichen IQ-Ergebnis führen (Hug & Poscheschnik 2010, p.95). Die Auseinandersetzung mit der Validität von Ergebnissen beinhaltet die Reflexion darüber inwieweit die Konstruktionen des Forschers bereits in den Befragten zugrunde liegen. Daher kommt dem Zustandekommen der Daten als Ansatzpunkt für die Bestimmung von Validität eine bedeutende Rolle zu.

Diese, traditionell aus der quantitativen Forschung bekannten, Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität lassen sich nur begrenzt auf qualitative Forschungsprozesse anwenden. Zudem reichen sie nicht aus, um den Geltungsbereich qualitativer Daten vollständig zu erfassen (Mayring 2010, p.117).

Aus diesem Grund sind seit Mitte der 1980er Jahre neue Kriterien zur Beurteilung qualitativer Forschung entwickelt worden. Sie umfassen die Vertrauenswürdigkeit, die Glaubwürdigkeit und die Verlässlichkeit von Forschung und rücken den Prozess der Erhebung aus Gründen der Nachvollziehbarkeit stärker in den Fokus (Flick 2000, p.252f).

Krippendorf (1980) erweitert diese Gütekriterien, von denen die für die vorliegende Dissertation relevanten im Folgenden aufgeführt werden. Die SEMANTISCHE GÜLTIGKEIT umfasst die Richtigkeit der Bedeutungsrekonstruktion des Materials und wurde durch die Festlegung von Definitionen für Kategorien, dem Einfügen von Ankerbeispielen und der Festlegung von Kodierregeln berücksichtigt. Die KORRELATIVE GÜLTIGKEIT, also der Vergleich mit Ergebnissen anderer Untersuchungen, denen eine ähnliche Fragestellung und ein ähnlicher Gegenstand zugrunde liegen, wird im Kapitel 7, der Diskussion der Ergebnisse, bedacht. Eine KOMMUNIKATIVE VALIDIERUNG hat durch Rückfragen hinsichtlich der Festlegung einer Aussage (als Förderfaktor oder Barriere) Beachtung gefunden. Die STABILITÄT von Ergebnissen wird durch nochmalige Anwendung des Analyseinstruments auf das Material erreicht und wurde im Auswertungsverfahren angewendet (Mayring 2010, p.119ff).

5.9 Forschungsethische Aspekte

In der Forschung, wie in jeglichem Umgang mit Menschen, müssen die obersten Prinzipien der Menschenwürde, Persönlichkeits- und Menschenrechte als Schutzrechte berücksichtigt werden.

Historische Verbrechen, die durch Forschung am Menschen begangen wurden, sind in verschieden Ländern und zu unterschiedlichen Zeiten hinlänglich bekannt. In den USA wurden in den dreißiger Jahren afroamerikanische an Syphilis erkrankte Landarbeiter vorsätzlich nicht behandelt, um durch Beobachtungen mehr Wissen über dieses Krankheitsbild zu generieren (Feldwisch-Drentrup 2013). Zu Zeiten des 2.Weltkrieges wurden in einem US-Regierungsexperiment Teilnehmer aufgefordert, sich sechs Monate für

ein Hungerexperiment zur Verfügung zu stellen, um die Auswirkungen des Hungerzustandes auf den Körper zu untersuchen (Lutteroth 2014). Ebenfalls zu Zeiten des 2. Weltkrieges wurden Menschenversuche in deutschen Konzentrationslagern durchgeführt. Diese und ähnliche Experimente und Untersuchungen hatten gesundheitliche Folgeschäden, oft mit tödlichem Ausgang, zur Folge und wurden ohne Aufklärung und Einverständnis (informed consent) und z.T. gegen den Willen der Personen durchgeführt (Dörner 2001, p.331ff). Um diese Formen des medizinischen Missbrauchs zu unterbinden, wurden Ethikcodices für die medizinische Forschung entwickelt wie der NÜRNBERGER CODEX (1947) sowie die DEKLARATION VON HELSINKI (1964) (Graumann 2004).

Der vorliegenden Dissertation liegen die Leitlinien guter wissenschaftlicher Praxis der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg zugrunde, die unter Hinzunahme einschlägiger Literatur ergänzt und folgendermaßen konkretisiert werden:

- Begründung des Erfordernisses einer Forschung zum gewählten Thema;
- Verdeutlichung des methodischen Vorgehens der geplanten Erhebung (Schnell & Heinritz 2006, p.21ff);
- Vermeidung von Schäden der befragten Personen;
- Verfassung und Veröffentlichung eines Berichtes über die eigene Forschungsarbeit (Gläser & Laudel 2009, p.50);
- Information der befragten Person über „Wesen, Bedeutung und Tragweite“ der Studie (Fuchs 2010, p.67);
- Betonung der Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studien (das Informationsschreiben beinhaltet die Formulierung, dass den Befragten keinerlei negative Konsequenzen im Falle einer Nicht-Teilnahme droht. Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass die Einwilligung der Teilnahme ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen werden kann (Fuchs 2010, p.70). Im Informationsschreiben dieser Studie wurden die Interviewteilnehmer darauf hingewiesen, dass der Widerruf der Einwilligung aus forschungspraktischen Gründen nur bis zur Veröffentlichung gewährleistet werden kann);
- sorgsame Archivierung, Anonymisierung, Nummerierung und Schutz vor dem Zugriff Dritter auf das Datenmaterial (Bortz & Döring 2006, p.312). Die Interviewaufnahmen dieser Arbeit wurden

auf einen PC übertragen und numerisch verschlüsselt. Die Aufnahmen auf dem ausgeliehenen Aufnahmegerät wurden gelöscht und überschrieben. Alle personalisierten Materialien (Einwilligungserklärungen, Kontaktbögen etc.) wurden sicher und nur für die Forscherin zugänglich verschlossen;

- Aufklärung über Verwendung der Forschungsresultate (z.B. die Art der geplanten Veröffentlichung);
- Berücksichtigung des Datenschutzes (Hug & Poscheschnik 2010, p.34f), Die Anonymisierung von Daten darf sich nicht auf Namen beschränken. Alle detaillierten Informationen, die Rückschlüsse auf eine Person ermöglichen, müssen anonymisiert werden (Gläser & Laudel 2009, p.55). Der zu gewährleistende Umfang muss den Interviewteilnehmern dargelegt werden. Die Befragten dieser Studie wurden darüber aufgeklärt, dass Wiedererkennungsmerkmale z.B. durch detaillierte Beschreibungen bestimmter Situationen trotz der geleisteten Anonymisierung nicht vollständig zu vermeiden sind;
- Berücksichtigung von Persönlichkeitsrechten und des Patientenrechtegesetz (Bundesministerium für Gesundheit 2014);
- Kennzeichnung der Verwendungen von fremden geistigen Eigentums (Diekmann 2011, p.85);
- Aufsetzung eines schriftlichen Vertrages, der diese Aspekte beinhaltet (Graumann 2004).

Nach Hug und Poscheschnik ist die Auseinandersetzung mit diesen Prinzipien nicht als einmaliger Arbeitsschritt, sondern als Begleitreflexion des gesamten Forschungsprozesses zu verstehen (Hug & Poscheschnik 2010, p.35).

Die Forschung im Bereich von Krankheit und Krankheitsverarbeitung bedarf darüber hinaus der Möglichkeit, Patienten und Angehörige Raum für ausführliche Schilderungen bezogen auf die Erkrankung als Einschnitt ihres Lebens zu geben. Dies gilt auch, wenn keine direkten Verbindungen zu der Forschungsfrage ersichtlich sind. Weiterhin wird der befragten Person überlassen, ob Angehörige während des Interviews anwesend sein sollen (Schnell & Heinritz 2006, p.29f). Wie geschildert, dürfen Teilnehmer durch

die Forschung keinen Schaden erleiden. Insbesondere im Kontext der Erhebung zu Krankheiten oder auch der Krankheitsverarbeitung, kann es durch Schilderungen dieser Situationen jedoch zu einer Umkehr dieser Sorge kommen. Die Möglichkeit, jemandem ausführlich von seinen Erfahrungen berichten zu können, zeigt sich oftmals positiv (Schnell & Heinritz 2006, p.35). Noch wesentlicher als in anderen Forschungskontexten ist die unbedingte Aufmerksamkeit den Teilnehmern gegenüber. Daher wurde auf Erholungspausen geachtet und zweite Gesprächstermine für eine mögliche Teilung des Interviews angeboten. Zudem wurde den Teilnehmern der Ort des Gesprächs überlassen (Schnell & Heinritz 2006, p.35). Um der hohen Belastung der Interviewteilnehmer gerecht zu werden, wird in dieser Studie der eigene Wohnort als Interviewort vorgeschlagen. Auch der Wunsch nach einer gemeinsamen Befragung wurde respektiert.

In den Ausführungen wurden bereits der Ethik-Kodex sowie ethische Prinzipien erläutert. Da diese zwar öffentlich zugänglich sind, jedoch unbeabsichtigt oder beabsichtigt verletzt werden, wurden in allen Forschungseinrichtungen so genannte Ethik-Kommissionen eingerichtet. Diese haben die Überprüfung der ethischen Prinzipien zur Aufgabe (Fuchs 2010, p.77). Überprüft werden die wissenschaftliche Qualität der Studie, das Wohlergehen der Untersuchungsteilnehmer sowie die Respektierung der Würde und Rechte der Teilnehmer (Flick 2012, p.61). Bei Annahme einer Verletzung dieser Aspekte können Ethik-Kommissionen geplante Studien verbieten oder auch Beratungen hinsichtlich der Einhaltung der ethischen Prinzipien anbieten (Fuchs 2010, p.77). Die Studie der hier vorgelegten Dissertation wurde der Ethik-Kommission der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg vorgelegt und von dieser genehmigt.

6 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE UND BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN

In Auswertungen mit großem Datenmaterial ist eine „kompakte und vollständige Ergebnispräsentation“ schwer zu realisieren (Bortz & Döring 2006, p.331). Aus diesem Grund werden die Daten der vorliegenden Dissertation mit Blick auf wesentliche Ergebnisse zusammengefasst. Für eine bessere Nachvollziehbarkeit der Ergebnisauswahl erfolgt zunächst eine Fallbeschreibung aller Untersuchungspaare. Weiterhin werden die durch die qualitative Inhaltsanalyse entstandenen Haupt- und Subkategorien unter Hinzunahme von Ankerbeispiele beschrieben.

Die im Folgenden dargestellten Fallbeschreibungen beziehen sich auf Informationen der Kategorie „Fallbeschreibungen“, die bei der Bearbeitung der qualitativen Inhaltsanalyse entstanden ist. Alle Aussagen beziehen sich in diesem Fall auf die Aussagen der ersten Erhebung (t1).

Die aus Sicht der Befragten geschilderten Aspekte wurden in ihrer Zuordnung als Barriere oder Förderfaktor oftmals anders eingeschätzt als aus der Forscherperspektive. Dies erschien sinnvoll, da die Formulierung der Forschungsfrage explizit die *Wahrnehmung* der Beteiligten in den Fokus nimmt. In Hinsicht auf den Erkenntnisgewinn in Bezug auf die Verbesserung von Versorgungsprozessen wurde jedoch ein erheblicher Datenverlust erwartet. Um ein Beispiel zu nennen: Der Patient eines Ehepaares schilderte mehrere Tätigkeiten, die er sowohl im häuslichen Kontext als auch in öffentlichen Kontexten nicht alleine ausführen könne. In der Frage danach, ob dies als Barriere wahrgenommen werde, lautete die Antwort „nein“. Auf Nachfragen präzisierte die befragte Person, dass der Partner in diesen Situationen behilflich sei. Aus individueller Sicht liegt also eine Lösung des Problems vor, sodass die nicht mögliche Ausführung sich nicht nachteilig auf Aktivitäts- oder Partizipationsbereiche auswirkt. Es liegen jedoch Bereiche vor, die z.B. für alleinlebende Personen eine erhebliche Einschränkung bedeuten würden. Weiterhin fiel auf, dass die Patienten scheinbar „selbstverständlich“ die zeitlichen Ressourcen ihrer Partner nutzen und für die Bewältigung der eigenen Aktivitäten einteilen. In den Gesprächen mit den Angehörigen wurde dies ebenfalls häufig als selbstverständlich und gern ausgeführte Unterstützung beschrieben. Dennoch fiel im weiteren Verlauf aus, dass die eigene Freizeitgestaltung durch den entstandenen Mehraufwand häufig ungenutzt bleibt und wichtige Ressourcen daher nicht gestärkt werden. Studien, die die Belastung pflegender Angehöriger zum Untersuchungsgegenstand haben, wiesen

deutlich darauf hin, dass an dieser Stelle eine Gefahr für eigene Erkrankungen liegt. Dies ist ein zentraler Grund dafür, eine andere Form der Befragung zu ermöglichen.
Ein weiterer Grund liegt in der Annahme, dass wir uns in künftigen Jahrzehnten mit veränderten Rollen- und Beziehungsverhältnissen konfrontiert sehen. Zum einen werden Ehen früher geschieden, zum anderen werden weniger Kinder geboren, die in späteren Jahren für einen langfristigeren Zusammenhalt der Partner sorgen. Außerdem wohnen beidseitig berufstätige Partner nicht zwangsläufig in der gleichen Stadt. Die gegenseitige Unterstützung im täglichen Ablauf des Lebens ist daher nicht grundsätzlich gegeben. Insbesondere bei der Erkrankung eines Partners stellt die tägliche Unterstützung im Alltag dann keine Selbstverständlichkeit mehr da.
Beide Beispiele veranschaulichen die Herausforderung dahingehend, die geschilderten Aspekte sowohl respektvoll aus der individuellen Wahrnehmung der Gesprächspartner zu berücksichtigen als auch aus einer Meta-Perspektive, die den Untersuchungsgegenstand übergeordnet betrachtet.
In einem Austausch mit Kollegen wurde der Vorschlag gemacht eine Ergebnisdarstellung auf zwei Ebenen zu ermöglichen. Die Zuordnung von Förderfaktor und Barrieren, die die befragten Teilnehmer selber als solche benennen (s. dazu die Ausführungen des Kapitels 5.4) und eine zusätzliche Auswertung mittels der qualitativen Inhaltsanalyse, wie sie bereits im Kapitel 5.7 beschrieben wurde.
Die qualitative Inhaltsanalyse ermöglicht eine Zuordnung zu Kategorien bzw. Fragen, die bei der PUA geleiteten Zuordnung nicht möglich sind. So können z.B. Aussagen zur Begründung zu den festgestellten Unterschieden von t1 und t2 zusätzlich als Barrieren und Förderfaktoren in die Auswertung einfließen.
Die Auswertung dient der Beantwortung der im Kapitel 4 beschriebenen Forschungsfrage „Welche Förderfaktoren und Barrieren werden von Menschen mit Schlaganfall und ihren Partnern im Rehabilitationsverlauf wahrgenommen?“. Diese wurde in Leitfragen untergliedert und dient auch diesem Kapitel der Festlegung der Auswertungsreihenfolge.

- Leitfrage 1: Welche Förderfaktoren und Barrieren werden von Rehabilitanden im Rehabilitationsverlauf wahrgenommen?
- Leitfrage 2: Welche Förderfaktoren und Barrieren werden von Partnern im Rehabilitationsverlauf wahrgenommen?

- Leitfrage 3: Gibt es Hinweise darauf, inwiefern eine unterschiedliche Wahrnehmung bezüglich der Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsverlauf zwischen den Rehabilitanden und den Partnern festzustellen ist?
- Leitfrage 4: Gibt es Hinweise darauf, inwiefern unterschiedliche Wahrnehmungen von Rehabilitanden und Partnern zu Missverständnissen und Konflikten innerhalb der Paarbeziehung führen?

Vermerk: Auf Grund der Maßnahmen des Datenschutzes der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg sind die Interviewtranskripte kein Bestandteil dieser Druckversion der Dissertation. Die Verweise auf Interviewpassagen und den Anhang beziehen sich auf die Abgabefassung der Dissertation. Ein Einblick in die Abgabefassung sowie in die Transkripte ist durch die Autorin möglich.

6.1 Fallbeschreibungen der Untersuchungspaare

UNTERSUCHUNGSPAAR 1

Bei dem ersten Untersuchungspaar handelt es sich um eine weibliche Rehabilitandin im Alter von 57 Jahren und einen männlichen Partner im Alter von 60 Jahren. Beide sind deutscher Nationalität. Die Rehabilitandin arbeitet als Bürogehilfin bei ihrem Ehemann. Zusätzlich kümmert sie sich um ihre Schwiegereltern, die auf Unterstützung im Alltag angewiesen sind. Sie gibt als Interessen Beschäftigungen am Computer sowie Lesen an. Sportaktivitäten werden i.d.R. mit anderen, vorzugsweise mit dem Ehemann, ausgeführt. Nach dem Schlaganfall war sie eine Woche im Krankenhaus. Therapien wurden nicht verordnet, eine stationäre Rehabilitation wurde für einen späteren Zeitpunkt beantragt und, wie sich im zweiten Interview herausstellte, auch bewilligt. Die Rehabilitandin nimmt täglich drei Medikamente zur Blutdrucksenkung, zur Blutverdünnung und gegen Arthrose ein. Der Hausarzt wurde anfangs zur Überprüfung des Blutdrucks regelmäßig aufgesucht, weitere regelmäßige Arztbesuche werden nicht benannt. Die Lebenszufriedenheit von 8,5 vor dem Schlaganfall verändert sich nach eigener Angabe nicht und wird weiterhin mit 8,5 angegeben, habe sich aber inhaltlich verändert. Als Belastungen nach dem Schlaganfall nennt sie Taubheitsgefühle und Schwäche. Auf die Frage, wie hoch diese Belastungen auf einer Skala von 1 als 10 wahrgenommen würden, wenn 1 eine niedrige und 10 eine hohe

Belastung darstelle, bezifferte sie diese mit 3. Einschränkungen des Partners werden nicht benannt. Sie schätzt den Schlaganfall auf einer skalierten Skala von leicht-mittelschwer-schwer als „leicht“ ein. Hinsichtlich der Bitte den wahrgenommenen Rehabilitationsverlauf auf einer Skala von 1 (wenig gelungen) bis 10 (sehr gelungen) einzuschätzen, gab sie diesen mit 10 an.
Der Partner arbeitet als selbstständiger Versicherungskaufmann, der nach eigener Angabe seine Arbeitszeit schrittweise verkürzt und i.d.R. nur noch den alten Kundenstamm betreut. Als Interesse gibt er ebenfalls Lesen an. Weitere Interessen, wie Sport, Darten, Angeln und passive Fußballaktivitäten, werden i.d.R. mit Freunden und der Ehefrau gemeinsam ausgeführt. Die Lebenszufriedenheit vor dem Schlaganfall wird mit 8 beziffert und verringert sich auf 5 zum Zeitpunkt der ersten Befragung. Als Einschränkungen seiner Partnerin gibt er Müdigkeit und Schlappheit an. Die wahrgenommene Belastung wird auf 7 eingestuft. Auch er benennt keine eigenen Einschränkungen. Wie seine Ehefrau schätzt er den Rehabilitationsverlauf als sehr gelungen ein und vergibt hierfür die Ziffer 9.
Das Ehepaar ist seit 38 Jahren verheiratet und hat zwei Kinder.

UNTERSUCHUNGSPAAR 2

Bei dem zweiten Untersuchungspaar handelt es sich um eine weibliche Rehabilitandin im Alter von 74 Jahren und einen männlichen Partner im Alter von 84 Jahren. Beide sind deutscher Nationalität. Die Rehabilitandin befindet sich zum Zeitpunkt des Schlaganfalls in Rente und hat zuvor ihren vorwiegend selbstständig arbeitenden Ehemann unterstützt. Sie gibt als Interessen die Durchführung von Seniorenarbeit in der Kirche an. Nach dem Schlaganfall war sie eine Woche im Krankenhaus und drei Wochen in einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Anschließende ambulante Therapien wurden nicht verordnet. Die Rehabilitandin nimmt täglich zwei bis drei blutdrucksenkende Medikamente sowie Medikamente zur Blutverdünnung ein. Der Hausarzt wurde anfangs wöchentlich zur Blutabnahme und Bestimmung des Quickwertes aufgesucht, weitere regelmäßige Arztbesuche werden nicht benannt. Die Lebenszufriedenheit wird sowohl vor als auch nach dem Schlaganfall mit 8 angegeben. Die Fragen zu aktuell wahrgenommenen Einschränkungen und die dadurch resultierenden Belastungen wurden im Interview von der Interviewerin hinsichtlich des erfragten Zeitraumes undeutlich formuliert, wodurch sich die Antworten der Interviewpartnerin auf Einschränkungen

vor dem Schlaganfall beziehen und daher an dieser Stelle keine Berücksichtigung finden. Die Rehabilitandin gibt altersbedingte Einschränkungen bei ihrem Partner an. Ihren Schlaganfall stuft sie mit „leicht“ ein und den Rehabilitationsverlauf mit 6.

Der Partner befindet sich ebenfalls in Rente und hat vor seiner Pensionierung u.a. selbstständig gearbeitet. Auch sein Interesse liegt in dem Engagement in einer Kirche. Wie seine Partnerin gibt er seine Lebenszufriedenheit vor und nach dem Schlaganfall mit 8 an. Eigene Einschränkungen sieht er u.a. im Laufen und bezeichnet diese ebenfalls als altersbedingt. Auch in diesem Interview bezogen sich die Fragen bezüglich der Einschränkungen der Partnerin und die entstandene Belastung auf den falschen Kontext und fließen daher an dieser Stelle nicht mit ein.

Das Ehepaar ist seit 56 Jahren verheiratet und hat vier Kinder, von denen eins bereits verstorben ist. [Anmerkung: der Ehemann gibt 60 Ehejahre an, die Frau 56 Ehejahre. Da die Ehefrau im Falle von 60 Ehejahren zu dem Zeitpunkt der Eheschließung 14 Jahre alt gewesen wäre, ist davon auszugehen, dass die Angabe der Ehefrau richtig ist].

UNTERSUCHUNGSPAAR 3

Bei dem dritten Untersuchungspaar handelt es sich um einen männlichen Rehabilitanden im Alter von 64 Jahren und eine weibliche Partnerin im Alter von 61 Jahren. Beide sind deutscher Nationalität. Der Rehabilitand ist zum Zeitpunkt der Befragung krankgeschrieben und arbeitet für gewöhnlich als kaufmännischer Angestellter im Außenhandel. Er gibt als Interessen Tätigkeiten im Schützenverein an. Nach dem Schlaganfall war er eine Woche im Krankenhaus. Therapien wurden nicht verordnet, eine stationäre Rehabilitation wurde nach der stationären Behandlung beantragt, jedoch nicht bewilligt. Der Rehabilitand nimmt täglich vier bis fünf blutdrucksenkende Medikamente, Medikamente zur Blutverdünnung, zur Entwässerung und gegen Kalkablagerungen ein. Der Hausarzt und ein Neurologe werden bei Bedarf aufgesucht, weitere regelmäßige Arztbesuche werden nicht benannt. Die Lebenszufriedenheit vor dem Schlaganfall wird mit 9 angegeben und die Lebenszufriedenheit nach dem Schlaganfall mit 5. Als Einschränkung wird die Unsicherheit bezüglich der weiteren Berufssituation benannt und auf der Belastungsstufe 4 wahrgenommen. Einschränkungen der Partnerin werden nicht benannt. Der Schlaganfall wird als „mittelschwer“ eingestuft und der Rehabilitationsverlauf mit 3.

Die Partnerin arbeitet geringbeschäftigt im Verkauf und kümmert sich zusätzlich um ihre Schwiegereltern. Als Interessen werden die Gartenarbeit, Schwimmen und Laufen benannt, wobei Letzteres gemeinsam mit einer Freundin ausgeführt wird. Die Lebenszufriedenheit vor dem Schlaganfall wird mit 9 und nach dem Schlaganfall mit 6 angegeben. Als Einschränkungen werden Veränderungen im Allgemeinen angegeben, eine Antwort zum Belastungsempfinden liegt nicht vor. Auch eigene Einschränkungen liegen nicht vor. Mit der Ehefrau wurde kein zweites Interview geführt, weswegen Angaben zur Schwere des Schlaganfalls und zur Einschätzung des Rehabilitationsverlaufs ebenfalls nicht vorliegen.
Das Ehepaar ist seit 40 Jahren verheiratet und hat zwei Kinder.

UNTERSUCHUNGSPAAR 4

Bei dem vierten Untersuchungspaar handelt es sich um einen männlichen Rehabilitanden im Alter von 74 Jahren und eine weibliche Partnerin im Alter von 71 Jahren. Beide sind deutscher Nationalität. Der Rehabilitand ist zu dem Zeitpunkt des Schlaganfalls berentet und hat zuvor als Bankkaufmann gearbeitet. Er gibt als frühere Interessen die Tätigkeit im Schützenverein an, die aufgrund der Beeinträchtigungen nicht fortgeführt wird. Nach dem Schlaganfall war er insgesamt 3 ½ Monate im Krankenhaus und einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Als ambulante Therapie wurde Physiotherapie verordnet. Der Rehabilitand nimmt täglich insgesamt neun Medikamente zur Blutverdünnung sowie zur Regulierung von Diabetes ein. Der Hausarzt wird bei Bedarf aufgesucht. Die Lebenszufriedenheit vor dem Schlaganfall wird mit 9 angegeben und die Lebenszufriedenheit nach dem Schlaganfall mit 5. Als Einschränkung wird das Laufen benannt und diese wird mit der Belastungsstufe 3 wahrgenommen. Da der Rehabilitand die Ziffer mit der Aussage „sehr schlecht“ umschreibt, ist davon auszugehen, dass die Ziffer 7 gemeint war, zumal die Skalierung in diesem Zusammenhang von Seiten der Interviewerin nicht erläutert wurde. Einschränkungen der Partnerin werden nicht benannt. Der Schlaganfall wird als „schwer“ eingestuft und der Rehabilitationsverlauf mit 5 beziffert.
Die Partnerin war nicht berufstätig und hat sich um den Haushalt und die Erziehung der Kinder gekümmert. Als Interessen wird das Fernsehen benannt. Die Lebenszufriedenheit wird sowohl vor als auch nach dem Schlaganfall mit 6,5 angegeben. Als Einschränkungen werden das Laufen und die

Einschränkung hinsichtlich des gemeinsamen Einkaufens mit dem Auto benannt. Diese Einschränkungen werden mit 8 beziffert. Als eigene Einschränkungen werden altersbedingte Beschwerden genannt. Die Schwere des Schlaganfalls wird mit „mittelschwer“ angegeben und der Rehabilitationsverlauf mit 6,5 eingestuft.
Das Ehepaar ist seit 49 Jahren verheiratet und hat vier Kinder.

UNTERSUCHUNGSPAAR 5

Bei dem fünften Untersuchungspaar handelt es sich um die Befragung einer Einzelperson. Der Ehemann konnte aufgrund hoher Arbeitsbelastungen nicht am Interview teilnehmen.
Die Rehabilitandin ist 70 Jahre alt und deutscher Nationalität. Sie arbeitet unterstützend als Verkäuferin bei ihrem selbstständigen Ehemann. Diese Tätigkeit kann sie seit dem ersten Schlaganfall (zum Zeitpunkt der Befragung hatte die Rehabilitandin bereits den zweiten Schlaganfall) nur noch eingeschränkt ausüben. Als Interesse gibt sie Puzzeln an. Nach dem Schlaganfall war sie insgesamt vier Wochen im Krankenhaus und in einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Als ambulante Therapie erhält sie drei Mal in der Woche Physiotherapie. Die Rehabilitandin nimmt täglich vier, vorwiegend blutverdünnende, Medikamente ein. Der Hausarzt wird bedarfsweise aufgesucht. Die Lebenszufriedenheit vor dem ersten Schlaganfall wird mit 10 angegeben und nach dem zweiten Schlaganfall mit 5,5. Einschränkungen werden vor allem beim Laufen wahrgenommen, woraus eine mit 6 bezifferte wahrgenommene Belastung entsteht. Der Partner leide berufsbedingt unter Rückenschmerzen. Die Stärke des zweiten Schlaganfalls wird als „leicht“ eingestuft und der Rehabilitationsverlauf mit 6 beziffert.
Das Ehepaar ist seit 35 Jahren verheiratet und hat fünf Kinder [Anmerkung: Die Rehabilitanden gibt an, in zweiter Ehe zu leben, ob alle fünf Kinder einer Ehe entstammen, wurde nicht gefragt].

UNTERSUCHUNGSPAAR 6

Bei dem sechsten Untersuchungspaar handelt es sich um einen männlichen Rehabilitanden im Alter von 72 Jahren und eine weibliche Partnerin im Alter von 69 Jahren. Beide sind deutscher Nationalität. Der Rehabilitand ist zum Zeitpunkt des Schlaganfalls berentet und hat zuvor als Bautechniker gearbeitet. Er gibt als Interesse Flohmarktbesuche an. Nach dem Schlaganfall war er insgesamt fünf Monate im Krankenhaus und in einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Als ambulante Therapie wurde Physiotherapie verordnet. Der Rehabilitand nimmt täglich sieben Medikamente zur Blutverdünnung, zur Blutdrucksenkung und gegen Cholesterin ein. Der Hausarzt wird wöchentlich zur Blutabnahme aufgesucht, weitere regelmäßige Arztbesuche werden nicht benannt. Die Lebenszufriedenheit vor dem Schlaganfall wird mit 8 angegeben und die Lebenszufriedenheit nach dem Schlaganfall mit 4. Einschränkungen werden nicht aufgezählt, im weiteren Verlauf werden jedoch vorwiegend Einschränkungen im Laufen und in der Gleichgewichtsfindung deutlich, und diese wird mit der Belastungsstufe 7 wahrgenommen. Einschränkungen der Partnerin werden als Atemnot benannt. Der Schlaganfall wird als schwer eingestuft und der Rehabilitationsverlauf mit 6.

Die Partnerin befindet sich zum Zeitpunkt des Schlaganfalls ebenfalls in Rente und hat zuvor im Verkauf gearbeitet. Als Interessen wird das Lesen benannt. Die Lebenszufriedenheit habe sich durch den Schlaganfall nicht verändert und wird für beide Zeitpunkte mit 7,5 angegeben. Als Einschränkungen werden das Laufen und die eingeschränkte Aktivitätsmöglichkeit mit einer Belastungsstufe von 6 benannt. Sie selber leide unter Atembeschwerden. Die Schwere des Schlaganfalls wird als „mittelschwer“ angegeben und der Rehabilitationsverlaufs mit 7 eingeschätzt.

Das Ehepaar ist seit 48 Jahren verheiratet und hat zwei Kinder.

UNTERSUCHUNGSPAAR 7

Bei dem siebten Untersuchungspaar handelt es sich nicht um ein Ehe-, sondern um ein Geschwisterpaar. Es handelt sich um eine weibliche Person, die einen Schlaganfall hatte und zum Zeitpunkt der Befragung 74 Jahre alt ist, und um ihren jüngeren Bruder, der zum Zeitpunkt der Befragung 71 Jahre alt ist. Beide wohnen in getrennten Wohnhäusern, die direkt nebeneinander liegen. Die Rehabilitandin hat bereits den 2. oder 3. Schlaganfall erlitten und benennt ihren Bruder als zentrale Bezugsperson im bestehenden Rehabilitationsprozess. Aus diesem Grund wurde das Geschwisterpaar als geeignet

in Hinblick auf das Erkenntnisinteresse eingestuft. Die Rehabilitandin befand sich zum Zeitpunkt des Schlaganfalls in Rente und hat zuvor als Diplom-Verwaltungswirtin gearbeitet. Als Interessen benennt sie Lesen, Musikhören und Fernsehen. Nach dem letzten Schlaganfall war sie insgesamt zwei Monate im Krankenhaus und einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Ambulant werden zwei Mal die Woche Physiotherapie und Lymphdrainage fortgeführt. Die Rehabilitandin nimmt täglich neunzehn Medikamente, u.a. blutdrucksenkende Medikamente sowie Medikamente gegen epileptische Anfälle, ein. Der Hausarzt und der Internist werden regelmäßig aufgesucht, der Neurologe halbjährlich. Ihre Lebenszufriedenheit vor dem ersten Schlaganfall gibt sie mit 10 an, zu dem Zeitpunkt der Erhebung mit 5. Die stärksten Einschränkungen nimmt sie im Laufen wahr und beziffert die entstandene Belastung mit 5. Ihr Bruder habe keine Einschränkungen. Sie schätzt den ersten Schlaganfall, auf den sie sich im Interview bezog, als „schwer“ ein und beurteilt ihren Rehabilitationsverlauf mit der Ziffer 6.

Der Partner (der Bruder) hat vor seiner Pensionierung als Versicherungsangestellter gearbeitet und bewohnt das Haus unmittelbar neben ihr. Er gibt als Interesse die Gartenarbeit an. Seine Lebenszufriedenheit lag vor dem Schlaganfall seiner Schwester bei 7 und zum Zeitpunkt der Befragung bei 3. Als größte Einschränkungen seiner Schwester benennt er das Laufen, die Sprachfindung, die eingeschränkte Gedächtnisleistung, die Kraftlosigkeit im Arm und die damit verbundene eingeschränkte Fähigkeit zu schreiben. Die wahrgenommene Belastung beziffert er mit 9. Eigene Einschränkungen werden nicht benannt. Auch er benennt den ersten Schlaganfall als „schwer“ und stuft den Rehabilitationsverlauf bei 5 ein.

UNTERSUCHUNGSPAAR 8

Bei dem achten Untersuchungspaar handelt es sich um einen 60- jährigen männlichen Rehabilitanden und seine 62 Jahre alte Ehefrau. Beide haben die deutsche Staatsbürgerschaft. Der Rehabilitand arbeitet als Justizfachwirt. Als Interessen gibt der Rehabilitand das Fliegen und Gartenarbeit an. Das Fliegen sei zum derzeitigen Zeitpunkt aufgrund des Schlaganfalls nicht möglich. Nach dem Schlaganfall war er zehn Tage im Krankenhaus. Therapien wurden nicht verordnet, eine stationäre Rehabilitation wurde nicht beantragt. Der Rehabilitand nimmt täglich vier Medikamente für die Regulierung von Diabetes, zur Blutverdünnung und gegen zu hohe Cholesterinwerte ein. Der Hausarzt wird zur Kontrolle der Blutwerte intervallartig aufgesucht,

weitere regelmäßige Arztbesuche werden nicht benannt. Die Lebenszufriedenheit vor dem Schlaganfall wird mit 8 und nach dem Schlaganfall mit 6 angegeben. Einschränkungen werden durch Schwindel, Gedächtnislücken und der Aussprache wahrgenommen. Die Belastung durch diese Einschränkungen liegt bei 2. Einschränkungen der Ehefrau werden als Muskelschmerzen durch ein Weichteilrheuma benannt. Der Schlaganfall wird als „leicht" eingeschätzt. Da nach eigener Auskunft des Rehabilitanden keine behandelbaren Einschränkungen durch den Schlaganfall vorliegen und keine Rehabilitation veranlasst worden sei, distanziert er sich von einer Einschätzung des Rehabilitationsverlaufs.

Die Partnerin arbeitet als Reinigungskraft in Privathaushalten und gibt als Interessen Aktivitäten in der Natur, Kreativität mit Naturmaterialien und Radtouren an. Die Lebenszufriedenheit vor dem Schlaganfall wird mit 7 und nach dem Schlaganfall mit 6 angegeben. Als Einschränkung gibt sie Veränderungen ihres Mannes im Sinn eines schneller und häufiger aufbrausenden Verhaltens an. Die Belastung beziffert sie mit 7. Eigene Schmerzen liegen in Hinblick auf Schmerzen durch Fibromyalgie und Arthrose vor. Weiterhin ist sie auf einem Ohr taub und hat einen Tinnitus, der jedoch tagsüber durch das Tragen eines Hörgeräts unterdrückt wird. Weiterhin leidet sie unter einem Drehschwindel, der sich in starken Beeinträchtigungen äußern kann. Der Schlaganfall wird als „mittelschwer" und der Rehabilitationsverlauf mit der Ziffer 7 eingeschätzt.

Das Ehepaar ist seit 40 Jahren verheiratet und hat zwei Kinder.

UNTERSUCHUNGSPAAR 9

Bei dem neunten Untersuchungspaar handelt es sich um einen 55-jährigen männlichen Rehabilitanden und seine 53-jährige Ehefrau, beide deutscher Nationalität. Der Rehabilitand ist zu dem Zeitpunkt der Befragung krankgeschrieben und hat zuvor als Vorschullehrer und in der Suchtprävention gearbeitet. Ein beruflicher Wechsel steht möglicherweise bevor. Als Interessen wird die digitale Fotografie benannt. Nach dem Schlaganfall war er insgesamt 2 ½ Monate im Krankenhaus und in einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Er bekommt ambulant zwei Mal die Woche Physiotherapie und zwei Mal die Woche Ergotherapie. Täglich nimmt er zwei Medikamente zur Blutverdünnung und zur Blutdrucksenkung ein. Der Hausarzt wird nach Bedarf aufgesucht, eine Kontrolle der Arterien soll darüber hinaus durch einen Facharzt durchgeführt werden. Weitere regelmäßige Arztbesuche werden

nicht benannt. Die Lebenszufriedenheit lag vor dem Schlaganfall bei 6 und nach dem Schlaganfall bei 7,5. Einschränkungen werden im Laufen und in der Beweglichkeit der Schulter wahrgenommen. Die wahrgenommene Belastung liegt bei 7. Einschränkungen der Ehefrau werden nicht benannt. Der Schlaganfall wird als „mittelschwer“ eingestuft und der Rehabilitationsverlauf mit 7,5 beziffert.

Die Partnerin arbeitet als Lehrerin und benennt als Interesse Aerobic. Die Lebenszufriedenheit hat sich von 7 vor dem Schlaganfall auf 8 nach dem Schlaganfall erhöht. Als wahrgenommene Einschränkungen werden das Laufen, der rechte Arm und die Ausdauer benannt. Die Belastung liegt bei 4. Eigene Einschränkungen werden als Rückenschmerzen und ein erst kürzlich behandelter Krebs benannt. Der Schlaganfall wird als „schwer“ eingestuft und der Rehabilitationsverlauf mit 9.

Das Ehepaar ist seit 29 Jahren verheiratet und hat zwei Kinder.

UNTERSUCHUNGSPAAR 10

Bei dem zehnten Untersuchungspaar handelt es sich um einen 75 Jahre alten männlichen Rehabilitanden und seine 68 Jahre alte Frau. Beide haben die deutsche Staatsbürgerschaft. Der Rehabilitand befand sich zum Zeitpunkt des Schlaganfalls in Rente und hat zuvor als technischer Angestellter in einem Konstruktionsbüro gearbeitet. Als Interessen werden Gartenarbeit und handwerkliches Arbeiten benannt. Nach dem Schlaganfall war er insgesamt vier Wochen im Krankenhaus und in einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Weitere Therapien wurden nicht verordnet. Der Rehabilitand besucht aus eigenem Antrieb und durch vorherige Verordnungen eine Wassergymnastik- und eine Herzsportgruppe. Der Rehabilitand nimmt täglich acht bis zehn Tabletten u.a. zur Blutverdünnung und gegen zu hohe Cholesterinwerte ein. Er geht regelmäßig zu seinem Hausarzt und zum Kardiologen und vierteljährlich zum Neurologen. Die Lebenszufriedenheit hat sich nicht geändert und liegt sowohl vor als auch nach dem Schlaganfall bei 6. Es werden keine eigenen Einschränkungen benannt. Bezüglich Einschränkungen der Ehefrau wird darauf hingewiesen, dass diese vielfältig seien und im Gespräch mit der Ehefrau angesprochen werden könnten. Die Stärke des Schlaganfalls ist nach eigner Auskunft „leicht“, der Rehabilitationsverlauf wird mit der Ziffer 9 als erfolgreich wahrgenommen.

Die Partnerin befand sich zum Zeitpunkt des Schlaganfalls ebenfalls in Rente und hat zuvor vielfältige Tätigkeiten unter anderem als Fremdsprachenkorrespondentin ausgeübt. Zusätzlich kümmert sie sich um eine nicht sehende Bekannte. Als Interessen werden Lesen, Beschäftigung mit Blumen und Schreiben von Briefen benannt. Die Lebenszufriedenheit vor dem Schlaganfall wird mit 5, nach dem Schlaganfall mit 8 eingestuft. Einschränkungen des Partners werden nicht benannt. Als eigene Einschränkungen werden Rückenschmerzen benannt. Der Schlaganfall wird als „mittelschwer“ und der Rehabilitationsverlauf bei 9 eingestuft.
Das Ehepaar ist seit 46 Jahren verheiratet und hat zwei Kinder.

6.2 Fallübergreifende Skizzierung der veränderten Lebenssituation nach einem Schlaganfall

Im Rahmen der leitfadengestützten problemzentrierten Interviews zur Erfassung von wahrgenommenen Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess wurden insgesamt 19 Personen befragt. Unter ihnen waren sechs männliche Rehabilitanden und vier weibliche Rehabilitanden, darüber hinaus wurden vier weibliche und fünf männliche Partner befragt. Das durchschnittliche Alter der Rehabilitanden lag bei 67,5 Jahre, das der Partner bei 66,5 Jahre. Die verheirateten Paare waren im Durchschnitt seit 42,3 Jahren verheiratet und hatten 2,8 Kinder. Diese Daten beziehen sich auf die Angaben der ersten Interviews.
Zum ersten Erhebungszeitpunkt waren zwei Rehabilitanden krankgeschrieben. Bei einem als Vorschullehrer tätigen Mann stand ein beruflicher Wechsel bevor, bei einem anderen als kaufmännischer Angestellter im Außenhandel tätigen Mann war die berufliche Perspektive zum Interviewzeitpunkt unklar. Insgesamt sechs Rehabilitanden (davon zwei männliche und zwei weibliche) waren zum Zeitpunkt des Schlaganfalls nicht mehr berufstätig. Eine weibliche Rehabilitandin arbeitete als Bürogehilfin und als Pflegeunterstützung ihrer Schwiegereltern, ein männlicher Rehabilitand ist zum Zeitpunkt des Interviews bereits in seinen Beruf als Justizfachwirt wieder eingestiegen. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt gibt es drei veränderte Berufssituation. Eine Rehabilitandin hat die Pflegetätigkeit ihrer Schwiegereltern aufgegeben und arbeitet fortan weiter als Bürogehilfin. Der zum Zeitpunkt t1 krankgeschriebene kaufmännische Angestellte ist nicht in seinen Beruf zurückge-

kehrt, sondern frühzeitig pensioniert worden, und dem ebenfalls zum Zeitpunkt t1 krankgeschriebenen Rehabilitanden stand ein Berufswechsel vom Vorschullehrer zum Hochschullehrer unmittelbar bevor.

Fünf Partner befanden sich zum Zeitpunkt des Schlaganfalls ebenfalls in Rente. Ein Mann ist als selbstständiger Versicherungskaufmann tätig, eine Frau geringbeschäftigt als Verkäuferin und als Pflegeunterstützung ihrer Schwiegereltern. Eine weibliche Partnerin arbeitet als Reinigungskraft in Privathaushalten, eine weitere ist als Lehrerin tätig. Zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung gab es keine Veränderungen.

Die Rehabilitanden geben eine durchschnittliche LEBENSZUFRIEDENHEIT von 8,3 vor dem Schlaganfall und 6,1 nach dem Schlaganfall an. Die Partner eine durchschnittliche Lebenszufriedenheit von 7,2 vor und 6,4 nach dem Schlaganfall an. Auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurden die Interviewteilnehmer um ihre Einschätzung gebeten. Interessant ist, dass sich diese bei den Rehabilitanden nicht nur zum aktuellen Zeitpunkt verschlechtert (5,7), sondern auch rückblickend vor dem Schlaganfall (7,8 bei t2 statt 8,3 bei t1). Die Partner geben eine durchschnittliche Lebenszufriedenheit von 7,9 vor und 6,6 nach dem Schlaganfall an.

Von den zehn Rehabilitanden schätzen sechs ihren Schlaganfall als „leicht“, zwei als „mittelschwer“ und drei als „schwer“ ein. Von den sieben Rehabilitanden (die Frage wurde bei dem zweiten Interviewtermin gestellt) schätzte eine Person den Schlaganfall als „leicht“, vier als „mittelschwer“ und zwei als „schwer“ ein. Die Partner schätzen die Schlaganfälle im Durchschnitt demnach schwerer ein als die Rehabilitanden selbst.

Die durchschnittliche ZUFRIEDENHEIT HINSICHTLICH DES REHABILITATIONSVERLAUFS gaben die Rehabilitanden mit 6,9 (eine Enthaltung) und die Partner mit 7,5 an. Die Partner zeigten sich also etwas zufriedener als die Rehabilitanden.

6.3 Auswertung der Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess der Gruppe der Rehabilitanden Teil 1

Im folgenden Abschnitt wird die Leitfrage 1 bearbeitet. Hierfür werden zunächst die Förderfaktoren und Barrieren, die von Rehabilitanden im Prozess der Rehabilitation wahrgenommen werden, tabellarisch dargestellt. Anschließend erfolgen die Beschreibungen der Kategorien sowie die Zuordnung eines Ankerbeispiels.

Bearbeitung der Leitfrage 1

WELCHE FÖRDERFAKTOREN UND BARRIEREN WERDEN VON REHABILITANDEN IM REHABILITATIONSVERLAUF WAHRGENOMMEN?

Förderfaktoren		Barrieren
Arrangieren mit veränderten Gegebenheiten Selbstständiges Informieren und Vertreten eigener Belange Wahrnehmen positiver Faktoren Engagement und Zielstrebigkeit Positive Grundeinstellung Innere Ruhe und Gelassenheit Wahrnehmen von Erholungsbedarf und eigener Grenzen Positive Selbstwahrnehmung Auseinandersetzung mit Zukunftsthemen Kontaktfähigkeit und Organisationsfähigkeit	Person	Mangelnde Abgrenzungsfähigkeit Schwierigkeit in der Inanspruchnahme von Unterstützung Verbergen des eigenen Befindens Ungeduldiges und aufbrausendes Verhalten Negative Selbstwahrnehmung Fehlende Zielstrebigkeit Sorgen und Gedankenmachen Geringe Anpassungsbereitschaft Pessimistische Herangehensweise an Herausforderungen Fehlende Durchsetzungsfähigkeit
Uneingeschränktes Wahrnehmen und Anbieten von Unterstützung Unterstützung von Normalität und Selbstbestimmung Einbezug durch Besuche Fürsorge und Mitgefühl Akzeptanz und Zuspruch Harmonischer Zusammenhalt Partner als Koordinator von Besuchen und Telefonaten	Familie	Räumliche Distanz zu Familienmitgliedern Unvollendete Krankheitsbewältigung von Angehörigen Bevormundung Überfürsorge
Gefühl von „nichts hat sich geändert“ Rücksichtnahme Erkrankung als Anlass für Kontaktaufnahme Hilfestellungen und Unterstützung Zuspruch	Bekannte	Unangemessene/Oberflächliche Reaktionen Kontaktabnahme Fehlende Unterstützung Überfürsorge Freizeitstress
Verfügbare und motivierende Ansprechpartner Schnelle und unkomplizierte Hilfsmittelversorgung Alltagsorientierte Therapie Schnelle und sorgsame Versorgung Prämorbide Krankheitsbewältigung Patientenorientierung Gelungene Versorgungskette Vertrauen zum Hausarzt Fürsorge, Kompetenz und Freundlichkeit der Ärzte, Pfleger und Therapeuten	Rehabilitation	Unzureichende Beratung hinsichtlich weiterführender Versorgungsmöglichkeiten Ungenügende Symptom- und Ursachenbehandlung Versorgungsbrüche und Schnittstellenproblematik Einsetzender Pessimismus Fehlen langfristiger Ansprechpartner Fehlen einer psychosozialen Beratung für Rehabilitanden und Angehörige Verändertes Rollenverständnis von Hausärzten Unzureichende Patientenorientierung Unsicherheit bezüglich beruflicher Rehabilitation Standards in der Versorgungsleistung Spätes/Falsches Wahrnehmen von Symptomen
Eigenständige und uneingeschränkte Handhabe Erhöhte zeitliche Ressourcen Motivationsantrieb Rückzugsmöglichkeit	AW	Einschränkte Handhabe aufgrund von Beeinträchtigungen
Neue berufliche Perspektiven Kooperatives und wertschätzendes Miteinander Unabhängigkeit	Beruf	Stresspotential Empfundene Dringlichkeit des Wiedereinstiegs Einschränkungen durch anhaltende Beeinträchtigungen Fehlende Unterstützung beim Wiedereinstieg Vermissen des kollegialen Austauschs
Unabhängigkeit Haushaltshilfe Finanzielle Absicherung Barrierefreies Wohnumfeld Herausforderungen durch ländliche Gegebenheiten Zusammenhalt der Nachbarschaft Verfügbare Hilfsmittel Gute Versorgungssituation in der Stadt Erfahrungen mit Krankheitsbewältigung	SB	Einschränkung der Aktivität durch Barrieren im Wohnumfeld Eingeschränkte Verfügbarkeit des Partners im Alltag
Hilfsbereitschaft unbeteiligter Personen Barrierefreiheit in öffentlichen Gebäuden Akzeptanz	Gesellschaft	Unwohlsein in Menschenmengen Barrieren in privaten Räumlichkeiten Unsicheres Verhalten unbeteiligter Personen Mangelnde Sensibilität und Rücksichtnahme

Abbildung 16: Förderfaktoren und Barrieren der Rehabilitanden (1. Erhebung)

Im folgenden Abschnitt werden die Faktoren beschrieben und erläutert, die die befragten Rehabilitanden im Verlauf ihrer Rehabilitation nach dem Schlaganfall wahrgenommen haben. Dabei geht es nicht explizit um die Darstellung jener Faktoren, die sich unmittelbar auf den Bereich Rehabilitation beziehen (z.B. auf den stationären Rehabilitationsaufenthalt oder auf die Arztkontakte), sondern um Auswirkungen auf die im Kapitel 5.1 verwiesenen Wirkungsräume der PUA.

FÖRDERFAKTOREN BEZOGEN AUF DIE PERSON

sind Kontextfaktoren innerhalb der Person, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

ARRANGIEREN MIT VERÄNDERTEN GEGEBENHEITEN

Viele Rehabilitanden äußern, sich an die veränderten Gegebenheiten seit dem Schlaganfall angepasst zu haben. Sie akzeptieren ihre Leistungsgrenzen, körperliche Grenzen und auch die veränderte Durchführbarkeit bestimmter Handlungen und Aktivitäten.

> „Ja, meine Strategie ist, ich passe jetzt ganz genau auf, wo meine Leistungsgrenze ist, weil ein bisschen was muss man ja machen. Habe jetzt hier vor dem Haus bei unserer Einfahrt versucht das Gras rauszukriegen, ja habe ich natürlich den Fehler gemacht wie das sonst immer war, Beine breit und angefangen, den Kopf nach unten und das geht überhaupt nicht. Da schoss mir das Blut so was in den Kopf rein, dass ich gedacht habe: „ich falle um!“. Und da muss man dann aufpassen und muss sagen: „So, ja wie viel kriegst du denn sonst noch gebacken?“ Ja, auf die Knie. So und so muss ich also immer wieder überlegen, wie kann ich es einfacher machen, wie kann ich`s anders machen, dass ich diese Arbeit machen kann.” (Anhang 27; R3, Z. 1119-11127)

SELBSTSTÄNDIGES INFORMIEREN UND VERTRETEN EIGENER BELANGE

Hierunter werden jene Handlungen gefasst, in denen ein selbstständiges Informieren z.B. in Bezug auf verschiedene Medikamente gezeigt wird. Das Vertreten der eigenen Belange zeigt sich u.a. in dem Beharren darauf, bestimmte Medikamente weiterhin zu erhalten oder normal behandelt zu werden.

> „[…] Und ich sage: „Und wieso kriege ich, wenn Sie mir andere Tabletten geben, immer einen Husten davon?“. „Ja das wissen wir auch nicht!“. Also ich sage: „Lassen Sie den Quatsch“, ich sage, „Ich möchte diese Tabletten haben!“ […].“ (Anhang 27; R3, Z. 319-321)

> „[…] Aber da muss ich selber als Kranker oder Betroffener denen das zurückmelden, z.B. beim Fußball bückt sich da so eine relativ junge Frau über mich und tut so, als wenn ich 84 wäre: „Na, wie geht es Dir denn?“ […] (Anhang 71; R9, Z. 586-589)

Wahrnehmen positiver Faktoren

Zu dieser Kategorie werden Interviewpassagen zugeordnet, die die positive Sicht hinsichtlich körperlicher Veränderungen durch die Rehabilitation aufzeigen oder hinsichtlich der Zeitressourcen, die man durch die Krankschreibung als Folge des Schlaganfalls für andere Aktivitäten erhalten hat.

> „Ja, wie soll ich das sagen. Wenn ich etwas gut hingekriegt habe, weil ich mich … also, dass ich mich jetzt bewegen kann, dass ich mich selber waschen kann, das konnte ich ja vorher nicht, das musste ja gemacht werden, und das findet man ja nicht so gut. Das kann ich jetzt, und dann sauber machen und alles, was ich so, was, wie soll ich das sagen, was so anliegt, was im Haushalt gemacht werden muss." (Anhang 43; R5, Z. 635-639)

Engagement und Zielstrebigkeit

In dieser Kategorie werden Aussagen zusammengefasst, die die Willenskraft und das positive Hinwirken auf Therapieziele veranschaulichen.

> „[…] Man muss das auch, wie soll ich das sagen, man möchte, das muss hier oben im Kopf muss das „Ich muss jetzt!" Da muss das erst richtig „klack" machen. Denn geht das auch. Und wenn man sagt „Och, warum soll ich eigentlich", hilft ja sowieso nichts. Auch wenn die Therapeuten kommen. „Gut, sie sind da gewesen. Und, was soll ich denn jetzt noch machen, die kommen ja wieder." Das ist nicht Sinn der Einstellung, finde ich. Man muss auch hinterher, muss man weiter üben und alles. […]" (Anhang 43; R5, Z. 211-216)

Positive Grundeinstellung

In diesen Bereich fallen Textpassagen, in denen die Rehabilitanden ihre positive Grundeinstellung beschreiben. Hierbei handelt es sich um ein generelles Charakteristikum, das sich nicht konkret auf eine Situation beziehen muss, sondern als grundsätzliche Komponente Bestand hat.

> „[…] Ja, ich würde (..) sagen, dass ich an sich ein positiver Mensch bin. Und gerne immer nach vorne schaue. Und auch über schwere Krankheiten eben doch wieder nach vorne gucke und sage, das wird wieder besser." (Anhang 79; R10, Z. 809-811)

Innere Ruhe und Gelassenheit

Innerhalb dieser Kategorie werden Interviewaussagen zusammengefasst, die ebenfalls eine grundsätzliche Komponente der Rehabilitanden spiegeln, nämlich ihre innere Ruhe und Gelassenheit, auf Herausforderungen zu reagieren.

> „[…] Jetzt sehe ich viele Dinge viel gelassener. Viel ruhiger. Also, ich rege mich nicht über Dinge auf, früher habe ich mich über Kleinkram aufgeregt, heute lache ich darüber." (Anhang 71; R9, Z. 632-634)

Wahrnehmen von Erholungsbedarf und eigener Grenzen

In dieser Kategorie werden die von den Rehabilitanden wahrgenommenen veränderten physischen und psychischen Grenzen beschrieben, die sie in ihren Handlungsplanungen bewusst berücksichtigen. Benannt werden u.a. auch Aktivitäten, die sich auf den Alternativen Wirkungsraum und auf den Wirkungsraum Beruf beziehen. Einige Handlungen dieser Bereiche werden aufgrund ihrer erschwerten Durchführbarkeit nicht bzw. nicht zu Ende ausgeführt, um die eigene Belastungsgrenze nicht zu überschreiten.

> „[…] Wir wollten eigentlich wegfahren … Also, alles andere was wir so geplant hatten, Fahrradtouren usw. das haben wir alles abgesagt, auch Sommerfeste, überall wo wir eingeladen waren. Wir haben erstmal alles abgesagt. Es ist auch gut so. Man ist doch … Obwohl es mich ja nicht so schlimm erwischt hat wie andere, ist man doch geschwächt und es ist einfach so." (Anhang 11; R1, Z.293-298)

Positive Selbstwahrnehmung

In diesem Bereich werden Interviewpassagen berücksichtigt, die Aufschluss darüber geben, dass sich die Rehabilitanden selbst positiv, im Sinne von hilfsbereit, einfühlsam, freundlich oder verständnisvoll, wahrnehmen und sie diese Wahrnehmung durch andere bestätigt sehen.

> „[…] dass ich auf die Art das alles bewiesen gekriegt habe. Ich war durchaus überall auch ein gern gesehener Gast und habe auch gemerkt, wenn ich nicht da bin, dann fehle ich. Das ist ja ganz schön. Aber jetzt, das war doch überwältigend. […]" (Anhang 11; R1, Z. 927-930)

Auseinandersetzung mit Zukunftsthemen

Auch die Auseinandersetzung mit Themen, die in der Zukunft relevant werden, wird als Förderfaktor im Bereich der Person zusammengefasst. Hierunter fallen z.B. Textpassagen, die sich auf den Umbau des Hauses beziehen und Aufschluss darüber geben, dass Umbauten im Sinne einer altersgerechten Nutzung durchgeführt wurden.

> „[…] Wir haben auch im Badezimmer die Dusche ebenerdig und so was. Alles und auch Badezimmer zwischen unseren beiden Schlafzimmern also so, dass wir da alles … die Wände verstärkt für eventuelle Sachen, die man so braucht, wenn man nicht mehr so gut aufstehen kann. […]" (Anhang 19; R2, Z. 757-761)

Kontaktfähigkeit und Organisationsfähigkeit

Auch die Fähigkeit Kontakt zu anderen Menschen aufzunehmen und zwischenmenschliche Aktivitäten zu organisieren, wird als positiver Aspekt bezogen auf die Person aufgeführt und durch Textpassagen wie die folgenden beschrieben:

> „Also da kenne ich dann eigentlich nichts und habe auch eigentlich keine Kontaktprobleme.“ (Anhang 27; R3, Z. 640-641)

> „[…] da habe ich also auch Empfangsdame gespielt und habe eingeteilt und so was. Das liegt mir auch so etwas zu organisieren und das mache ich also überall, wo Menschen ..., wo man sich so ein bisschen dazwischen schalten muss. […]“ (Anhang 19; R2, Z. 415-418)

BARRIEREN BEZOGEN AUF DIE PERSON

sind Kontextfaktoren innerhalb der Person, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

MANGELNDE ABGRENZUNGSFÄHIGKEIT

Hierunter fallen Interviewinhalte, die verdeutlichen, dass es die Rehabilitanden sowohl vor als auch nach dem Schlaganfall nicht konsequent schaffen, sich von beruflichen und privaten Problemen abzugrenzen. Auch ein adäquates Verhalten in stressigen Situationen, wie dem Absagen von Verabredungen, wird als bislang nicht gelöste Herausforderung empfunden.

> „Gut, dann können Sie bei mir einen roten Punkt hinmachen, weil ich das für mich selbst als Manko sehe. Dass ich das so an mich ranlasse. Es passiert ja niemandem was. Es passiert mir nichts, es geht nichts verloren. Meinen Kindern passiert nichts. Aber da müsste ich mal dran arbeiten vielleicht sogar. Dass ich einfach sage „Ist mir doch egal“. […]“ (Anhang 11; R1, Z. 718-722)

SCHWIERIGKEIT MIT DER INANSPRUCHNAHME VON UNTERSTÜTZUNG

In der Auswertung der Interviews fiel auf, dass es den Rehabilitanden schwer fällt, Hilfe und Unterstützung anderer Familienmitglieder oder Bekannter anzunehmen. Unterstützung durch andere zu erfragen, wird als lästig beschrieben und mit einem Kontrollverlust sowie mit Angst, selbst überflüssig zu sein, verbunden.

> „[…] Und jetzt zum Hecke schneiden ist mein Enkel da gewesen und hat dann auch hier am Haus das alles so weit abgeschnitten und das fand ich dann ja auch in Ordnung. Wenn ich dabei sein kann. Und alles was so unten rum ist, das kann ich dann ja auch noch zurückschneiden und wir arbeiten hier. Was so ist. Das ist weniger geworden, aber es reicht auch noch.“ (Anhang 79; R10, Z. 719-723)

VERBERGEN DES EIGENEN BEFINDENS

Auch die Schwierigkeit, negative Empfindungen vor anderen zu zeigen, wird als Barriere der eigenen Person verstanden. Dies birgt auch die Gefahr, Dinge zu tun, die man eigentlich nicht tun will oder die eine Überforderung darstellen.

„[…] ich bin natürlich auch vom Wesen her eher rücksichtsvoll. Ich würde dann schon notfalls auch Dinge machen, die ich gar nicht will. Um niemanden zu verletzen oder vor den Kopf zu stoßen […]“ (Anhang 11; R1, Z. 551-553)

Ungeduldiges und aufbrausendes Verhalten

Auch ein ungeduldiges und aufbrausendes Verhalten wird als Barriere der Person aufgeführt, da hierin die Gefahr liegt, anderen Menschen, die dem eigenen Empfinden nach nicht schnell genug sind, vor den Kopf zu stoßen.

„[…] Ich bin sehr ungeduldig mit Leuten, die nicht sehen, wenn was anfällt, wenn was gemacht werden muss. Dann kann ich auf die Barrikaden gehen, weil ich das als Geschäftsfrau gelernt habe. Zu gucken, was brauchen meine Kunden. Also da bin ich fassungslos und meistens muss ich dann auch lauthals was dazu sagen. Das heißt nicht zu den Menschen, aber ich ärgere mich also wirklich. […]“ (Anhang 19; R2, Z. 797-801)

Negative Selbstwahrnehmung

Diese Kategorie umfasst sowohl negative Aussagen zu sich selbst als auch Aussagen, die beinhalten, dass man keine positiven Eigenschaften habe.

„(…) Ich glaube, ich habe gar keine positiven Eigenschaften.“ (Anhang 47; R6, Z. 682)

Fehlende Zielstrebigkeit

Die fehlende Zielstrebigkeit beschreibt Aktivitäten, die eigentlich zu erledigen wären, jedoch aufgeschoben werden.

„Das stört mich dann hinterher selbst. Dann sage ich mir, „hättest das mal gestern gemacht, da hattest Du Zeit und jetzt…" (Anhang 11; R1, Z. 910-911)

Sorgen und Gedankenmachen

Durch überhöhte Auseinandersetzung mit Sorgen und negativen Gedanken können Rehabilitanden sich selbst im Wege stehen und eigentliche Ziele aus den Augen verlieren.

„Aber das Bild sieht so ja gut aus, wenn das jetzt nur grün wäre, dann wäre ich ja ein langweiliger Mensch. Oder?“ (Anhang 83; R 8, Z. 884-885)

„[…] Obwohl grundsätzlich bin ich immer so ein Sorgenmensch. […]“ (Anhang 11; R1, Z. 587)

Geringe Anpassungsbereitschaft

Der Prozess der Rehabilitation erfolgt in einem oftmals nicht frei wählbaren Kontext (z.B. in einer nicht selbst gewählten Rehabilitationseinrichtung), in dem auch die Fähigkeit, sich auf die Rahmungen dieses Kontextes einzulas-

sen, als Erfolgsfaktor angenommen werden kann. Aus diesem Grund werden Interviewpassagen, die eine geringe Anpassungsbereitschaft an andere Personen oder Aktivitäten aufzeigen, als Barriere im Bereich der Person zusammengefasst.

> „[…] Manchmal bin ich meiner Meinung nach zu rigide, das heißt also, wenn ich von einer Sache ganz überzeugt bin, dauert es manchmal länger, dass ich die Nebenaspekte erst sehe." (Anhang 71; R9, Z. 625-627)

Pessimistische Herangehensweise an Herausforderungen

Pessimismus kann ebenfalls als ein negativer Faktor hinsichtlich des Erfolges von Rehabilitationsmaßnahmen angenommen werden. Textstellen, die eine pessimistische Herangehensweise an Herausforderungen, wie den weiteren Rehabilitationsverlauf, aufzeigen, lassen daher eine weitere Kategorie entstehen.

> „[…] Da bin ich manchmal ein bisschen eingeschnappt. Ich mache ja schon alles, da könnte ich auch ein bisschen Belohnung kriegen dafür. […]" (Anhang 11; R1, Z. 969-971)

Fehlende Durchsetzungsfähigkeit

Die thematische Auseinandersetzung mit der Rehabilitation nach einem Schlaganfall verdeutlicht, dass Betroffene und Angehörige sich auf Schwierigkeiten bezogen auf die Bewilligung von Therapiemaßnahmen und Hilfsmitteln einzustellen haben. Eine mangelnde Fähigkeit sich durchzusetzen, wird daher als weitere Barriere im Bereich der Person zusammengefasst. Die Rehabilitanden beschreiben u.a., sich auch in Situationen, in denen sie sich im Recht sehen, nicht ausreichend zur Wehr setzen zu können.

> „[…] Das hat mit meiner Krankheit nichts zu tun, das wäre immer so gewesen. Weil ich vom Typ her so bin. Wenn mich jemand angreift, was ich auch noch als unberechtigt finde … Oder, ich kann mich dann auch nicht so wehren. Mein Mann hätte schon gleich … Der ist natürlich rhetorisch ein bisschen besser, der weiß dann auch immer gleich, was er sagen soll. Mir fällt das immer erst hinterher ein." (Anhang 11; R1, Z. 708-712)

Förderfaktoren bezogen auf den Wirkungsraum Familie

sind Kontextfaktoren innerhalb der Familie, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

Uneingeschränktes Wahrnehmen und Anbieten von Unterstützung

Es zeigt sich, dass Rehabilitanden nicht nur das Anbieten von Unterstützung als Förderfaktor wahrnehmen, sondern auch, dass die Unterstützung ohne Einschränkung, also bedingungslos, erfolgt.

> „[…] Ich habe eine Schwiegertochter, die kümmert sich also rührend. Die ist also auch sofort, wenn irgendetwas ist … […]." (Anhang 19; R2, Z. 222-223)

> „[…] Und wenn ich anrufe und sage: „Höre mal zu ich kann heute nicht, könnt ihr das machen?", kein Thema, wird gemacht." (Anhang 27; R3, Z. 1025-1026)

Unterstützung von Normalität und Selbstbestimmung

Das Gefühl, als gleichwertiges Mitglied der Familie gesehen zu werden, ist ebenfalls ein positiv wahrgenommener Faktor, der u.a. in den folgenden Interviewpassagen verdeutlicht wird.

> „Genau, ganz wichtig. Also für mich war ganz wichtig, das erste Mal wieder abwaschen, selber kochen und für die Familie kochen, putzen, einkaufen gehen usw. Das sind Dinge, die zu meiner Normalität dazugehören und zum Reha-Prozess ganz wichtig sind." (Anhang 71; R.9, Z. 312-315)

Einbezug durch Besuche

Besuche durch die Familienmitglieder geben den Rehabilitanden auch während des stationären Aufenthaltes das Gefühl ein Teil der Familie zu sein und in familiäre Aktivitäten eingebunden zu werden.

> „Und wenn man da Unterstützung erfährt, dass jemand da ist, mit jemandem spazieren geht, von zu Hause erzählt, von Gegebenheiten berichtet." (Anhang 71; R9, Z. 304-306)

> „[…] mit meiner Tochter, die ja die ähm, dreimal in der Woche ist die ja hier, und hilft mir dann ja. Und, wie soll ich das sagen, die, wir gehen auch in den Kleingarten und machen da alles zusammen, also, das … (..) Wir machen alles zusammen. […]" (Anhang 43; R5, Z. 331-333)

Fürsorge und Mitgefühl

Auch zwischenmenschliche Begegnungen, die Fürsorge und Mitgefühl ausdrücken, werden von den Rehabilitanden als unterstützender Faktor im Prozess der Rehabilitation wahrgenommen.

> „[…] das ist eigentlich ein ständiger Austausch, Gedanken und auch das Mitgefühl was da eben passiert ist, ja war schon irgendwo gewaltig" (Anhang 27; R.3, Z. 455-456)

Akzeptanz und Zuspruch

Von Familienmitgliedern trotz der veränderten Umstände akzeptiert zu werden und Zuspruch für den weiteren Rehabilitationsweg zu erhalten, ist ein weiterer Förderfaktor im Bereich der Familie.

> „Ja, eigentlich bei allen. Also das wird von allen voll akzeptiert, das muss ich schon sagen." (Anhang 55; R7, Z, 380-381)

> „[…] So nach dem Motto: „Kopf hoch, wird schon wieder". Und die haben mich ja auch angerufen und auch besucht hier zu Hause. […]" (Anhang 63; R8, Z. 372-373)

Harmonischer Zusammenhalt

Mit dieser Kategorie wird ein übergeordnetes Gefühl von Sicherheit, das durch den familiären Zusammenhalt entsteht, beschrieben.

> „[…] auch jetzt, als ich krank war. Die haben untereinander, das funktioniert dann. Die sprechen dann miteinander und halten Kontakt. Also, Familie habe ich eine durchaus angenehme, auch die erweiterte. […]" (Anhang 11; R1, 194-196)

> „[…] eine Familie, die auch zusammenhält und wir können uns alles sagen und das ist mir auch wichtig. […]" (Anhang 79; R10, Z. 52-53)

Partner als Koordinator von Besuchen und Telefonaten

Diese Kategorie steht in einem engen Zusammenhang mit bereits genannten Barrieren im Bereich der Person wie der „mangelnden Abgrenzungsfähigkeit" oder dem „Verbergen des eigenen Befindens". Ein starker Partner, der Grenzen setzt und Besuche koordiniert, kann vor allem in der ersten Zeit der Rehabilitation ein wichtiger Ausgleich für die eigenen genannten Barrieren sein und sich fördernd auf den Rehabilitationsprozess auswirken.

> „[…] vorher haben sie immer meinen Mann angerufen und der hat das dann entweder ferngehalten oder gesagt „Ja klar, macht mal"." (Anhang 11; R1, Z. 544-546)

Barrieren bezogen auf den Wirkungsraum Familie

sind Kontextfaktoren innerhalb der Familie, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

Räumliche Distanz zu Familienmitgliedern

Die unmittelbare Zeit nach einem Schlaganfall ist oftmals von Verlusten geprägt und bedarf unterschiedlicher Unterstützungsleistungen aus dem Familien- und Bekanntenkreis. Eine große räumliche Distanz zu Familienmitgliedern kann daher eine Barriere darstellen.

> „[…] also die Familie sind alle weit weg […]." (Anhang 19; R2, Z. 206-207)

Unvollendete Krankheitsbewältigung von Angehörigen

Angehörige sind eine wichtige Komponente im Unterstützungssystem. Eine unvollendete Bewältigung der Krankheitsgeschehnisse wirkt sich negativ auf ihre Möglichkeit aus, Unterstützung leisten zu können.

> „[…] Er wird da nicht mit fertig, dass ich einen Schlaganfall hatte. Und jetzt, wo ich den zweiten … hat er sich überhaupt nicht mehr blicken lassen. Wird er gar nicht mit fertig." (Anhang 43; R5, Z. 516-518)

Bevormundung

Wie bereits beschrieben, wird das Gefühl von Normalität und Selbstbestimmung als Förderfaktor im Bereich der Familie gesehen. Bevormundung widerspricht diesem Wunsch, da sie als Lossagung von der Fähigkeit eigene Entscheidungen treffen zu können, verstanden werden kann.

> „[…] Mein Mann ist schon eher manchmal schwierig, weil er meint, was er für richtig hält, ist für mich richtig. Das empfinde ich manchmal aber nicht unbedingt so. […]" (Anhang 11; R1, Z. 393-394)

Überfürsorge

Diese Kategorie umfasst eine fehlangepasste Form von Unterstützung. Als fehlangepasst ist sie daher zu bezeichnen, weil mehr Fürsorge geleistet wird als es die Rehabilitanden für notwendig erachten.

> „[…] Ich muss jetzt manchmal schon ein bisschen bremsen und sagen: „Mensch Kinder, ich geh noch nicht am Stock. Lass mich mal jetzt mal." […]" (Anhang 19; R2, Z. 220-222)

Förderfaktoren bezogen auf den Wirkungsraum Bekannte

sind Kontextfaktoren innerhalb des Bekanntenkreises, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

GEFÜHL VON „NICHTS HAT SICH GEÄNDERT“

Auch in dem Wirkungsraum Bekannte wird Normalität wird als etwas Positives erlebt, weil man sich als Person losgelöst von dem Vorfall verstanden fühlt.

> „[…] Auch fühle ich mich weiterhin sehr gut mit integriert in unserem Bekanntenkreis, wir sitzen ja viel zusammen wegen Fußball. […]“ (Anhang 71; R9, Z. 474-475)

RÜCKSICHTNAHME

Auch eine Rücksichtnahme auf das, was seit dem Schlaganfall noch nicht bzw. nicht mehr möglich ist, wird als Förderfaktor wahrgenommen und zeigt sich in verschiedenen Handlungsbereichen mit dem Bekanntenkreis.

> „[…] Am Anfang rücksichtsvoll haben die über meinen Mann das gemacht, haben also gefragt, wann sie mich sprechen können und die Zeit eben abgewartet. Oder mit einer SMS einen Anruf angekündigt. Und dann habe ich geschrieben „Ich bin gerade nicht in Redelaune“. Die haben also absolut Rücksicht genommen. Das war schon gut. […]“ (Anhang 11; R1, Z. 531-535)

ERKRANKUNG ALS ANLASS FÜR KONTAKTAUFNAHME

Ein Rehabilitand hat auch geschildert, dass seine Erkrankung für einige Bekannte auch einen Anlass für eine erneute und vertiefende Kontaktaufnahme und Freundschaftsanbahnung darstellte.

> „[…] Aber auf der anderen Seite haben sich auch Leute wieder gemeldet, von denen ich seit Jahren nichts mehr gehört habe. Also, die jetzt gesagt haben „Mensch, lass uns einmal wieder ein bisschen mehr machen zusammen“ und so. Das finde ich auch gut.“ (Anhang 71; R9, Z. 482-485)

HILFESTELLUNGEN UND UNTERSTÜTZUNG

Auch das grundlegende Aufzeigen von Hilfestellungen und Unterstützungen wird von den Rehabilitanden als unterstützend aus dem Bekanntenkreis wahrgenommen.

> „[…] Und danach war es natürlich schön, dass die da sind, einem Hilfe angeboten haben.“ (Anhang 11; R1, Z. 535-536)

ZUSPRUCH

Auch im Hinblick auf den Bekanntenkreis werden Situationen geschildert, die auf Zuspruch und Verbreitung von Optimismus hinweisen.

> „[…] Der Bekanntenkreis ist da natürlich auch hinter gekommen. Und die hatten eigentlich nur Optimismus verbreitet: „Wird schon“ „Du hast ja Glück gehabt“, „Sei dankbar“ und ansonsten waren da keine negativen Sachen, nein.“ (Anhang 63; R8, Z. 554-557)

Barrieren bezogen auf den Wirkungsraum bekannte

sind Kontextfaktoren innerhalb des Bekanntenkreises, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

Unangemessene/Oberflächliche Reaktionen

Einige Reaktionen von Bekannten wurden als unangemessen und oberflächlich wahrgenommenen, weil sie z.B. die Vermutung entstehen ließen, dass sie sich mehr aus Höflichkeit, denn aus tatsächlichem Interesse nach dem Wohlbefinden, erkundigt haben.

> „Okay, das sage ich auch immer: „Äußerlich“, also wenn einer dann fragt, die es also gehört haben, „du hast ja einen Schlaganfall gehabt, wie geht's dir denn?“ Dann sage ich immer: „äußerlich kann man nichts soweit sehen“, ich sage „aber innerlich!“, ich sage „aber da muss ich selber mit klar kommen“. Und dann ist eigentlich die Geschichte, ja für denjenigen, wenn er nicht nachhakt, zu Ende.“ (Anhang 27; R3 , Z. 1241-1245)

Kontaktabnahme

Einige Rehabilitanden schildern, dass sich der Kontakt zum Bekanntenkreis, teilweise aus Unsicherheit der Bekannten, verringert hat.

> „[…] Negativ ist, dass manche Leute so unsicher sind mit dieser Krankheit und dem Krankheitsbild, das sie also den Kontakt zu mir nicht abgebrochen haben aber auf Distanz gehen. Das gibt es schon häufiger.“ (Anhang 71; R9 , Z. 476-478)

Fehlende Unterstützung

Es gibt auch Interviewpassagen, die eine mangelnde Unterstützung durch den Bekanntenkreis veranschaulichen.

> „Gab es aber auch da Unterstützung, die Sie erfahren haben? Oder […] V1 R6: Im Verhältnis wenig.“ (Anhang 47; R6 , Z. 473)

Überfürsorge

Auch im Bekanntenkreis wird Überfürsorge als Barriere wahrgenommen und zeigt sich in einem unverhältnismäßig umsichtigen Verhalten anderer Personen.

> „[…] Anlass insofern nur, dass … manchmal hat man so das Gefühl, die packen einen mit Samthandschuhen an, obwohl ich mich recht gut wieder fühle. Die Krankheit war natürlich Thema auch so ganz öffentlich, aber auch Thema so im Hintergrund. Man merkte das. […]“ (Anhang 63; R8, Z. 564-567)

Freizeitstress

Stress im Bereich der Freizeit steht in einem engen Zusammenhang mit zuvor genannten Barrieren im Bereich der Person, wie z.B. der mangelnden

Fähigkeit, sich abzugrenzen. Zu viele Aktivitäten, werden sie einzeln auch positiv wahrgenommen, führen zu zeitlichen Überschneidungen und zu Stress.

> „[…] Das ist ja auch, wir haben natürlich, dadurch, dass wir auch einen großen Freundeskreis haben, auch sehr viel vor. Es ist manchmal zu viel, dass man sich auf die einzelne Sache gar nicht mehr freuen kann. Man möchte das und das und das. Aber dadurch, dass es insgesamt vielleicht ein bisschen zu viel ist, freut man sich nicht so sehr mehr darauf." (Anhang 11; R1, Z. 999-1003)

FÖRDERFAKTOREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM REHABILITATION

sind Kontextfaktoren innerhalb der Rehabilitation, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

VERFÜGBARE UND MOTIVIERENDE ANSPRECHPARTNER

Das Gefühl, einen ansprechbaren und dazu motivierenden Gesprächspartner im Bereich der Rehabilitation zu haben, stellt auch im Hinblick auf die eigene Motivation einen wichtigen Förderfaktor dar.

> „[…] Also bei den beiden Ärzten, die ich da jetzt in diese Schablone stecken würde, die haben mir eigentlich auch nur Mut zugesprochen und gesagt, das wird schon wieder." (Anhang 63; R8, Z. 412-414)

SCHNELLE UND UNKOMPLIZIERTE HILFSMITTELVERSORGUNG

Eine schnelle und unkomplizierte Hilfsmittelversorgung ist für eine gelingende Versorgungsleistung bedeutsam. Darüber hinaus stellt sie eine Wertschätzung und Würdigung der Situation dar, in der sich die betroffenen Personen unfreiwillig befinden.

> „Krankenkasse ist die X [Nennung einer Krankenkasse], das läuft sehr gut. Ich bekomme Übergangsgeld. Beziehungsweise in der Reha bekam ich Übergangsgeld und jetzt Krankengeld. Und die X [Wiederholung der Krankenkasse] ist sehr bemüht. Das läuft wirklich sehr gut, also ein- bis zweimal in der Woche haben wir Telefonkontakt." (Anhang 71; R9, Z. 213-217)

ALLTAGSORIENTIERTE THERAPIE

Die Motivation, aktiv in der Therapie mitzuwirken und das Erlernte im Alltag umzusetzen, steht in einem engen Zusammenhang mit dem Gefühl, dass die Therapieinhalte eine Alltagsrelevanz haben. Je alltagsnaher eine Therapie gestaltet ist, desto höher scheint die Wahrscheinlichkeit einer hohen Compliance zwischen Therapeut und Rehabilitand.

> „[…] Ich hatte dann auch gesagt, ich möchte gerne wieder auf das Fahrrad, weil ich vieles eben hier mit dem Fahrrad machen will und mich nicht immer ins Auto

> setzen möchte und dann haben die Therapeuten das also auch gemacht. Haben mit mir auch richtig Rad gefahren, also nicht nur Ergometer. Und das war also sehr positiv, sodass ich auch wieder die Sicherheit kriegte. […]“ (Anhang 19; R2, Z. 334-338)

SCHNELLE UND SORGSAME VERSORGUNG

Bei dem Krankheitsbild Schlaganfall ist eine schnelle Versorgung von besonderer Bedeutung. Rehabilitanden sehen den Wert einer schnellen und sorgsamen Versorgung auch im weiteren Verlauf. Einige Rehabilitanden schienen den Umstand, dass bei ihnen keine Ursache für den Schlaganfall festgestellt werden konnte, besser auszuhalten, wenn sie das Gefühl hatten, dass die behandelnden Ärzte sorgsam und umfassend nach einer Ursache geforscht hatten.

> „[…] Ich hatte ja noch einmal so eine … da ging es mir nicht so gut. Da war wieder der Blutdruck so hoch. Und dann kam sofort ein Arzt, hat alles untersucht und … War schon alles gut. […]“ (Anhang 11; R1 , Z. 511-513)

PRÄMORBIDE KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG

Eine Rehabilitandin wusste seit einer Voruntersuchung, dass sie mit einer hohen Wahrscheinlichkeit einen oder mehrere Schlaganfälle erleiden würde. Dieses Wissen half ihr, sich auf den Schlaganfall vorzubereiten und Vorkehrungen zu treffen.

> „Und dann bin ich dreieinhalb Jahre lang alle vier Monate nach X [Wiederholung der Stadt] gefahren und habe das da untersuchen lassen, weil ich also einen Verschluss im so genannten Siphonbereich hier im Kopf habe und zwar liegen da drei Verschlüsse nacheinander und da können Sie ja keinen Stant setzen. Also müssen sie die Schlaganfälle in Kauf nehmen. Und das habe ich dreieinhalb Jahre vorher gewusst, bis der erste Schlaganfall dann tatsächlich kam.“ (Anhang 55; R7, Z. 813-818)

PATIENTENORIENTIERUNG

Viele der befragten Rehabilitanden hatten das Gefühl, dass ihnen mögliche Unterstützungen zeitnah zugestanden wurden und dass sie auf die Art und das Ausmaß der Therapieleistungen Einfluss nehmen konnten.

> „[…] Da kamen nämlich zwei Ergotherapeutinnen direkt auf die Normalstation und haben da die ersten Übungen gemacht und die sind eigentlich mit entscheidend gewesen, dass es so gut verlaufen ist. Das heißt also, der Früh-Reha-Bereich ist eher, den halte ich für sehr sehr wichtig. Ganz wichtig. Und dann die eigentliche Früh-Reha, die dann von der Krankenkasse bezahlt wird, die war auch wichtig, aber die würde ich im Stellenwert an Position zwei setzen.“ (Anhang 71; R9 , Z. 175-181)

Gelungene Versorgungskette

In dieser Kategorie werden Interviewpassagen zusammengefasst, die einen Hinweis darauf geben, dass Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungsleistungen ineinander greifen und als positiver Zugewinn im Rehabilitationsgeschehen wahrgenommen werden.

> „Zum Beispiel dieser Übergang da vom Krankenhaus zur Reha. Den hat man fast gar nicht gespürt. Alle super nett und freundlich. Sehr gut abgelaufen da." (Anhang 47; R6, Z. 325-327)

Vertrauen zum Hausarzt

Eine vertrauensvolle Beziehung zum Hausarzt scheint als besonders bedeutsam wahrgenommen zu werden. Der Hausarzt ist ein zentraler und langfristiger Ansprechpartner im ambulanten Versorgungskontext, bei dem i.d.R. alle Gesundheitsinformationen des Rehabilitanden gebündelt werden. Oftmals entscheidet die Einschätzung des Hausarztes darüber, ob verordnete Therapien fortgeführt werden, neue hinzugezogen werden und auch, ob ein zusätzlicher stationärer Rehabilitationsaufenthalt empfehlenswert ist. Eine vertrauensvolle Kommunikation kann unterstützend dabei wirken, Bedarfe der Rehabilitanden überhaupt sichtbar werden zu lassen.

> „Ich habe einen Hausarzt, mit dem wir schon seit 30 Jahren befreundet sind, und das ist ein sehr enger Kontakt. So, und eher so ein persönlicher Kontakt. Wir arbeiten sehr gut zusammen, der ist sehr hilfreich." (Anhang 71; R9, Z. 199-201)

Fürsorge, Kompetenz und Freundlichkeit der Ärzte, Pfleger und Therapeuten

Viele der befragten Rehabilitanden äußerten sich über jegliche Berufsgruppen, durch die sie im stationären Rehabilitationskontext behandelt wurden, positiv. Fürsorge, Kompetenz und Freundlichkeit trugen zu einer angenehmen Atmosphäre bei und gestalteten den stationären Aufenthalt positiv.

> „Aber so die Betreuung, die ärztliche Betreuung von den Schwestern und von dem Pflegepersonal, das war top." (Anhang 63; R8, Z. 433-434)

Barrieren bezogen auf den Wirkungsraum Rehabilitation

sind Kontextfaktoren innerhalb der Rehabilitation, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

Unzureichende Beratung hinsichtlich weiterführender Versorgungsmöglichkeiten

Eine unzureichende Beratung hinsichtlich der weiterführenden Versorgungsmöglichkeiten stellt sich als Barriere im Rehabilitationsprozess heraus. Rehabilitanden wünschen sich mehr Informationen zu dem, was Personen in ihrer Situation zustehen könnte, um davon ausgehend entschieden zu können von welchen Maßnahmen sie selbst profitieren könnten. Die Möglichkeit, Entscheidungen treffen zu können und handlungsfähig zu sein, vergeht mit einer unzureichenden Information über Versorgungsleistungen.

> „Es müsste in der Reha z.B. in der medizinischen Reha einen Beratungstag geben von der Rente. Wo man hingehen kann. Den gibt es ja nicht. Das heißt, man bekommt diese Kostenzusage und das war dann alles … aber so eine Beratung findet vor Ort nicht statt. Da sollte man sich selber darum kümmern und mir von dieser Sozialberaterin dann einen Termin geben lassen, aber die muss auch oft noch nachfragen. Also ein richtiger Rentenfachmann in der Reha wäre schon ganz sinnvoll. „(Anhang 71; R9, Z. 384-389)

> „Ja, wenn ich jetzt, ja früher vielleicht dran gedacht hätte und mir irgendjemand gesagt hätte, dass ich eine Reha hätte kriegen können, dann wäre das vielleicht auch alles aufgefallen, ja dass ich, ja das Bein weniger Kraft habe, dass ich insgesamt (.) die Situation habe, dass ich sage, bei der ganzen Kraftgeschichte liege ich auf 75 Prozent und wie es hier oben aussieht, das weiß ich gar nicht, das kann ich auch gar nicht beurteilen, weil ich ja, ja es kommen immer wieder neue Sachen zum Vorschein, wo ich sage: „Aha ja, eigentlich müsstest du das wissen!“. Das kann man nicht beurteilen. Hier kann man sagen so, hier, wie gesagt, mit der Motorsense, zehn Minuten und es ging nicht mehr. Da habe ich also gemerkt: „Aha, du bist am Ende, brauchst nicht!“ Aber hier oben, ja ich kann nicht sagen: „Habe ich jetzt, wie viel habe ich da drauf noch?“. Von den 100 Prozent sind da jetzt noch 80 Prozent gespeichert, aber kann man nicht greifen. (..) Es ist ja vorher auch nicht, man kann’s auch nicht messen irgendwie. (..) So und von der Warte tja, es ist so. Vielleicht wäre eine Reha, eine Anschlussreha aus dem Krankenhaus wie das bei Operationen ganz oft ist, auch hier dienlich gewesen oder eben eine Woche zu Hause, wenn es keine Plätze gibt, aber dann hin ne?“ (Anhang 27; R3, Z. 1292-1307)

Ungenügende Symptom- und Ursachenbehandlung

Das Gefühl, nicht zu wissen, warum man einen Schlaganfall erlitten hat, äußert sich bei einigen Rehabilitanden mit Sorgen und Angst. Die eigene Handlungsfähigkeit nimmt ab, wenn sich der Einfluss des eigenen Gesundheitsverhaltens auf die Ursachen nicht bestimmen lässt.

> „Was mir also niemand erzählen konnte war auch, ob ich jetzt noch einmal damit rechnen muss, in nächster Zeit einen Schlaganfall zu kriegen. Das ist so etwas, was einen ja doch bewegt, ne?“ (Anhang 19; R2, Z. 633-635)

> „[…] Man sitzt nicht drin, man hat hier keinen Diagnosestecker der sagt, so das ist gewesen, beim Auto wird’s festgehalten, protokolliert und hier sind die Ärzte, ja auch am Raten und am Tun und ja das ist eben die Natur, sage ich mal, die wir nicht so einfach überlisten können. Irgendetwas muss da doch gewesen sein. […]“ (Anhang 27; R3, Z.62-66)

Versorgungsbrüche und Schnittstellenproblematik

Viele Rehabilitanden schildern Situationen von Versorgungsbrüchen und Schnittstellenproblematiken. Diese zeigen sich sowohl zwischen verschiedenen Gesundheitskontexten, wie dem Übergang vom stationären zum ambulant Kontext, als auch durch Informationsverluste, die in einem Gesundheitskontext zustande kommen. Auch Bereiche, in denen Zuständigkeiten z.B. zwischen der Krankenkasse und der Rentenversicherung ermittelt werden müssen, führen zu zeitlichen Verzögerungen und damit zu einer unterbrochenen Versorgungsleistung (z.B. der Zahlung von Übergangsgeld).

> „Da wollten die einem z.B. die Spritze geben, die Spritzen, die man überhaupt nicht mehr benötigte. Dann kriegte ich schon die Marcumar-Tabletten und dann sollte ich noch diese Bauchspritze bekommen. […]“ (Anhang 47; R6, Z. 512-514)

Einsetzender Pessimismus

Ein einsetzender Pessimismus hinsichtlich des erwarteten Erfolges weiterer Rehabilitationsmaßnahmen kann sich hinderlich auf die Motivation zur Durchführung dieser auswirken.

> „Nur ich erwarte, ehrlich gesagt, keine Besserung weiter. […] Ne? Also weil ich feststelle, dass mit jedem Schlaganfall und davon habe ich ja nun schon drei an der Zahl, dass es mit jedem Mal schlechter wird.“ (Anhang 55 ; R7, Z. 888-892)

Fehlen langfristiger Ansprechpartner

Einige Rehabilitanden berichten, dass sich im weiteren Verlauf der Rehabilitation neue Symptome zeigten bzw. sich auch die eigene Wahrnehmung der bis dahin gezeigten Symptome geändert hat, ihnen dann jedoch Ansprechpartner fehlten, um diese Veränderungen besprechen und gemeinsam Lösungswege entwickeln zu können.

> „Bloß es wäre schön, wenn man die Chance hätte so drei Wochen nach dieser Geschichte, dass man dann noch einmal einen Termin hätte mit dem behandelnden Arzt, wo man noch mal sagen kann; denn wie ich entlassen worden bin, ich war eigentlich guter Dinge und habe gesagt: „Toll, hast du hier Glück gehabt!“. Also der schlimme Kelch ist vorbeigegangen. Aber jetzt im Nachhinein, ich habe auch versucht wieder eine Woche zu arbeiten, ich habe wirklich bei den, wie gesagt, ich bin ja nun im Außendienst tätig, (...) Gastronom und beim zweiten Gastronom hatte ich einen, ja ich wusste nicht mehr weiter. (..) Es war weg. Und jetzt im Nachhinein stelle ich fest, dass immer mehr weg ist.“ (Anhang 27; R3, Z. 40-48)

Fehlend einer psychosozialen Beratung für Rehabilitanden und Angehörige

Eine fehlende psychosoziale Begleitung, auch zur Verhinderung einer Depression als Folge eines Schlaganfalls, wird ebenfalls als Barriere benannt.

> „[…] Was so ein bisschen fehlt, ist die psychosoziale Versorgung, das betraf jetzt nicht unbedingt mich, aber ich kenne da viele Patienten, die hätten gerne psychologische Betreuung gehabt. Die fehlt da absolut. (Anhang 71; R9, Z. 402-405)

VERÄNDERTES ROLLENVERSTÄNDNIS VON HAUSÄRZTEN

Einige Rehabilitanden berichten von Situationen, in denen ein verändertes Rollenverständnis von Hausärzten deutlich wird. Insbesondere die Befragten, die einen altersbedingten Hausarztwechsel hatten, schildern, dass sich die Art der Versorgung verändert hat. Die untere Interviewpassage greift dabei insbesondere das fehlende Einfühlungsvermögen des behandelnden Hausarztes auf.

> „[…] Da sind wir ja erst seit zwei Monaten, so ein kleines Vertrauensverhältnis aufbauen muss. Mit dem kann ich nicht so reden, wie mit dem alten Hausarzt. (..) Gerade so beim Arzt, das ist erst einmal ein Vertrauensverhältnis und auch ein intimes Verhältnis irgendwo. Weil mit dem Arzt bespreche ich halt Dinge, die ich mit niemandem anderem besprechen würde.“ (Anhang 62; R8, Z. 542-547)

> „[…] Dann war ja mein Arzt irgendwann wieder da, dann bin ich natürlich da hin. Ja, dann hat er den Bericht überflogen „Ach, ja. Hatten Sie tatsächlich einen Schlaganfall?“ Und dann war es das auch. Dann habe ich unaufgefordert ihm so ein paar Sachen erzählt. Das habe ich alles im Nachhinein erst realisiert, sonst hätte ich sofort gesagt „also, wenn ich Sie noch langweile, denn gehe ich nach Hause“ oder so. Dann sagte er „Dann haben Sie ja Tabletten“. Ich sagte „Nee, habe ich ja nicht.“ […]“ (Anhang 11; R1, Z. 477-483)

UNZUREICHENDE PATIENTENORIENTIERUNG

Das Gefühl, nicht als Individuum, sondern als Teil eines vorgefertigten Schemas, betrachtet zu werden wird als störend und oberflächlich empfunden. Auch eine fehlende Passung zwischen den eigenen Fähigkeiten und den empfohlenen Rehabilitationsmaßnahmen wird negativ gesehen.

> „[…] die Ärzte sind ja immer im Krankenhaus reingeflogen, da war auch immer wenig Zeit. Vor allen, wenn dieser Professor dabei war, dann haben die alle gekuscht, also die standen auf dem Flur, haben ihren Zettel auswendig gelernt und dann mit dem Professor rein und haben genau das erzählt, und da habe ich nur gedacht: „Leute, so kann’s nicht sein. Man kann doch einen Kranken nicht in eine Schublade legen!“ und sagen: „So, der hat das, das ist Schublade X, da müssen wir das jetzt vorpreschen!“ Nur damit der Professur beruhigt ist?! Ich weiß nicht.“ (Anhang 27; R3, Z. 711-717)

> „Ich war meiner Meinung nach nicht ausgelastet bei der Reha. […]“ (Anhang 19; R2, Z. 325)

UNSICHERHEIT BEZÜGLICH BERUFLICHER REHABILITATION

Ein Rehabilitand nahm hinsichtlich seiner beruflichen Zukunft eine große Unsicherheit war. Obwohl sich Schwierigkeiten in der beruflichen Handlungsplanung zeigten und sich der Rehabilitand nicht weiter befähigt fühlte, diesen

Beruf auszuüben, wurde ihm keine berufliche Rehabilitation zugedacht. Die sich dann ergebenden Überlegungen bezüglich eines vorzeitigen Ruhestandes führten zu zeitlichen Verzögerungen sowie Unsicherheiten.

> „Die nächsten eineinhalb Jahren, wenn ich 65 bin, ist mir das eigentlich, ja (..) dann kriege ich also meine Rente und dann weiß ich genau Bescheid wo ich dran bin. Nur diese ganzen, diese eineinhalb Jahre, ja da meine ich, hänge ich irgendwo in der Schwebe. Die von der Krankenkasse haben mich beruhigt und haben gesagt: „Machen Sie sich keine Sorgen, das läuft alles!"" (Anhang 27; R3, Z. 371-375)

STANDARDS IN DER VERSORGUNGSLEISTUNG

Auch niedrige Standards in der Versorgungsleistung, wie veraltete Zimmer, mindern das Wohlbefinden und stellen eine Barriere dar.

> „[…] Was ein bisschen unter Standard war, waren diese kleinen veralteten Zimmer da. Das hatte ich ein bisschen anders erwartet. Ich habe mir da auch, ich bin ja privat versichert und hatte ein Zweibettzimmer und da war keine Dusche im Zimmer. Und am Freitag, als ich entlassen werden sollte, da bot man mir an, dass ich auch anderes Essen bekommen könnte. Das ist da ein bisschen schief gelaufen." (Anhang 63; R8, Z. 421-426)

SPÄTES/FALSCHES WAHRNEHMEN VON SYMPTOMEN

Mehrere Rehabilitanden berichten, dass sie die Symptome des Schlaganfalls zu spät oder gar nicht als solche erkannt haben. In beiden Textstellen wird deutlich, dass unnötig Zeit vergeht, bevor ein Notruf abgesetzt wird.

> „(..) Ja, das war eine Durchblutungsstörung. Und das ist passiert, als ich aufstand morgens nach dem Frühstück und nur zum Herd ging und da noch was umrühren wollte. Dann auf einmal war mir so komisch vor Augen und dann fing sich alles an zu drehen und meine Frau saß mir so gegenüber und ich sah sie ganz verschwommen, weit weg. Ja und ich habe vorher schon mal ein bisschen, also dass man Augenblicke, einen Zeitpunkt hatte so „Oh, jetzt ist mir so ein bisschen schwindelig, jetzt muss man sich festhalten". Aber das war dann schnell wieder vorbei. Aber diesmal war das so … Das wurde nicht besser. Das hörte nicht auf, dies Drehen, und man … als wenn man gleich umfallen würde. Ich habe mich dann auch hingelegt, Füße hochgehalten … Aber das wurde nicht besser. Und nach einer halben Stunde, hat meine Frau dann den Krankenwagen angerufen. Und das war dann ja auch das Gute, dass sie das gemacht hat. Und dann ist mir ja auch schnell geholfen worden." (Anhang 79; R10, Z. 127-138)

> „[…] Dass ich schon irgendwo erkannt habe, das ist jetzt alles nicht mit richtigen Dingen zugegangen, da muss irgendwas anderes schwerwiegendes hinter sitzen, hin zum Hausarzt, so und dann zum Krankenhaus. Nee gar nicht wahr, ich bin noch erst zu Hause gewesen. Bin mit Warnblinkanlage vom Hausarzt hierher gefahren und meine Frau hat mich dann ins Krankenhaus gebracht. Also da bin ich nicht mehr selber gefahren, weil ich da schon ja irgendwo war, ich sag mal, ich hatte von X [Nennung einer Stadt] aus zum Hausarzt den Willen, ich muss da hin. So und denn sind wir, ich muss nach Hause, ich muss meine Frau informieren, nach 40 Jahren ist das so. […]" (Anhang 27; R3, Z. 807-815)

FÖRDERFAKTOREN BEZOGEN AUF DEN ALTERNATIVEN WIRKUNGSRAUM

sind Kontextfaktoren innerhalb des Alternativen Wirkungsraumes, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

EIGENSTÄNDIGE UND UNEINGESCHRÄNKTE HANDHABE

Als Förderfaktor im Alternativen Wirkungsraum, also im Bereich der Hobbys, wird eine eigenständige und uneingeschränkte Handhabe benannt, also das problemlose und selbstständige Ausführen der zugrunde liegenden Aktivitäten.

> „Ja, dann haben Sie ja auch drei Hobbys, die ja wahrscheinlich auch nach dem Schlaganfall noch gut ausführbar sind. Da gibt es also in der Umsetzung keine Probleme? […] V1 R7: Nee.“ (Anhang 55; R7, Z. 617-621)

> „Nein, aber ich kann mir zum Lesen oder so alle Zeit nehmen, die ich brauche und das ist überhaupt kein Ding. Natürlich versuche ich das in Zeiten zu legen, die eh zur Verfügung stehen. Ich würde jetzt nicht drauf bestehen, dass ich ausgerechnet dann, wenn, was weiß ich, sonst etwas auf dem Programm steht, dass ich dann ausgerechnet meine freie Stunde brauche. Aber nehmen kann ich mir die auf jeden Fall.“ (Anhang 11; R1, Z. 620-625)

ERHÖHTE ZEITLICHE RESSOURCEN

Positiv wird in diesem Bereich auch benannt, das seit dem Vorfall des Schlaganfalls mehr zeitliche Ressourcen für die Ausübung eigener Hobbys zur Verfügung stehen.

> „Also positiv ist, dass ich mich da intensiver wieder reinknien kann. Ich habe mehr Zeit dafür. Das macht mir Spaß.“ (Anhang 71; R9, Z. 530-531)

MOTIVATIONSANTRIEB

Die Ausübung eines Hobbys stellt i.d.R. einen großen Anreiz dar. Wenn die Ausübung des eigenen Hobbys durch bestehende Beeinträchtigungen nur eingeschränkt möglich ist, erhöht sich die Motivation, in Therapien auf die Bewältigung dieser Beeinträchtigungen hinzuarbeiten.

> „[…] Das habe ich auch gesagt, „ich möchte wieder nach Hause, zu meinen Hunden.“ … Und da habe ich auch drauf hingearbeitet. […]“(Anhang 43; R5, Z. 420-421)

> „[…] Am Anfang ein kleines Rot … Ich muss von dem Keller auf den Boden gehen, Treppe steigen. Aber das ist jetzt mittlerweile auch ein Grüner. Das ist für mich dann Training. Dass ich da drei Treppen hochgehen muss. Das ist schon gut fürs Bein.“ (Anhang 71; R9, Z. 535-538)

RÜCKZUGSMÖGLICHKEIT

Alternative Wirkungsräume sind oftmals positiv bewertet und bieten in Zeiten von Unruhe und Erschöpfung einen Rückzugsort.

> „[…] Gut, dieses Zimmer da oben, das ist für mich ganz wichtig. Das ist so meins. Ich hatte vorher, als die Kinder noch da waren, hatte ich so ein kleines Bügelzimmer, das war so ein Schlauch, aber das habe ich schon heiß und innig geliebt, weil das einfach so meins ist, da wo ich notfalls einen Zettel dranmachen könnte „Eintritt verboten". Das Zimmer da oben … Mein Mann hat manchmal, wenn ich schon schlafen wollte und er wollte noch lesen. Dann sagte er, er könnte auch nach nebenan gehen. Und da habe ich immer gesagt: „Nee nee, lass mal lieber hier" weil ich das nicht wollte. Weil das mein Zimmer ist. Das habe ich ihm natürlich so nicht gesagt. Aber das ist mir schon ganz wichtig. […]" (Anhang 11; R1, Z. 350-358)

BARRIEREN BEZOGEN AUF DEN ALTERNATIVEN WIRKUNGSRAUM

sind Kontextfaktoren innerhalb des Alternativen Wirkungsraumes, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

EINSCHRÄNKTE HANDHABE AUFGRUND VON BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Wenn die Ausführung des Alternativen Wirkungsraumes durch anhaltende Beeinträchtigungen erschwert wird, wird dies als Barriere wahrgenommen. Die erste Interviewpassage zeigt, dass die Ausführung des Hobbys selbst durch die körperlichen Beeinträchtigungen eingeschränkt wird. Die zweite Interviewpassage wiederum verdeutlicht, dass eine körperliche Beeinträchtigung sich auch indirekt negativ auswirken kann. Dies ist z.B. der Fall, wenn durch die fehlende Möglichkeit Auto zu fahren der Weg zum Alternativen Wirkungsraum verhindert wird.

> „Ich betreibe Segelflugsport, aber das darf ich nicht mehr. Man muss da ja so ein Medical haben und das ist automatisch durch so ein Krankheitsbild erst einmal ungültig. Das ist ein Manko. Da habe ich auch Entzugserscheinungen. Vor allem, wenn das Wetter so gut ist." (Anhang 63; R8, Z. 289-292)

> „[…] Und dann hier Hobby: im Verein kann sich im Moment gar nichts abspielen. Ich komm nicht hin zu den Versammlungen. Hab da immer noch Kassendienst gemacht und all so etwas. Das fällt alles weg." (Anhang 35; R4, Z. 256-258)

FÖRDERFAKTOREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM BERUF

sind Kontextfaktoren innerhalb des Berufes, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

NEUE BERUFLICHE PERSPEKTIVEN

Für einen Rehabilitanden hat sich durch den Vorfall des Schlaganfalls eine neue berufliche Perspektive aufgetan, was von ihm als Förderfaktor wahrgenommen wird.

> „[…] Also, ich komme aus dem Vorschulbereich und mache Suchtprävention, weil ich Suchttherapeut bin. Wir versuchen, einen Suchtpräventionsbereich für Schulen aufzubauen. Das ist so ein Hobby von mir. Weil es das in X jetzt nicht mehr gibt, kam ein guter Freund von mir, Professor X, ein Dekan, der ist jetzt in Rente und seitdem der weg ist, gibt es den Fachbereich Prävention gar nicht mehr. Jetzt versuchen wir das in X aufzubauen und durch den Schlaganfall hab ich jetzt die Möglichkeit. (Unverständlich) bei der Reha zu Besuch. Und das ist so eine Sache, die liegt mir am Herzen. Jetzt 30 Jahre Suchtprävention und jetzt kann ich das realisieren, wie ich mir das vorstelle. Das ist schon etwas Positives.“ (Anhang 71; R9, Z. 644-653)

KOOPERATIVES UND WERTSCHÄTZENDES MITEINANDER

Ein gutes kollegiales Miteinander wird von den berufstätigen Rehabilitanden, vor allem in unruhigen und stressigen Zeiten, als Unterstützung benannt.

> „Ja, durch den Kollegen, dass man mit den Kollegen, ja wunderbar auskommt und mit unserem Chef ja, (.) also ich habe eigentlich zwei Chefs. Wir haben unseren Außendienstleiter, da kommt man auch sehr gut mit aus […]“ (Anhang 27; R3, Z. 952-954)

> „[…] ein sehr kollegiales Verhältnis und das puffert viel ab. […]“ (Anhang 62; R8, Z. 312-313)

UNABHÄNGIGKEIT

Einen Beruf auszuführen bedeutet für die Befragten unabhängig von anderen Personen zu sein und über einen eigenen Wirkungsbereich zu verfügen.

> „Er sagt „Ja und meine Eltern, und das ist alles viel zu viel und das brauchst Du nicht und Du kannst auch damit aufhören, dann finden wir etwas anderes und so. Außerdem beschneidet uns das, unsere Freiheit. Weil wir nicht so können wie wir wollen“. Klar, wir müssen da eine Regelmäßigkeit haben. Und ich sehe das genau andersrum. Mir gibt das ein Stück Freiheit, dann fahre ich hin und bin für mich und mache noch andere Sachen und sonst komme ich ja manchmal gar nicht aus dem Haus.“ (Anhang 11; R1, Z.400-406)

BARRIEREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM BERUF

sind Kontextfaktoren innerhalb des Berufes, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

Stresspotential

Bei einigen der befragten Personen wurde deutlich, dass der Beruf ein hohes Potential zeitlicher Überlastung beinhaltet. Die zu leistende Arbeit steht in keinem angemessenen Verhältnis zu der zur Verfügung stehenden Zeit. Die Befragten fühlen sich vor die Wahl gestellt die als wichtig erachtete Arbeit entweder liegen zu lassen oder aber Überstunden zu leisten.

> „[…] Da ist auch alles positiv bis auf das, was ich eben schon sagte, dass die Personalpolitik eigentlich nicht mehr vertretbar ist. Ich habe zu meinem Chef auch immer gesagt, also, solange ich nur meinen eigenen Kram mache, ist das gerade noch in Ordnung, aber wenn der Vertretungsfall eintritt, und der ist bei einer kleinen Behörde eigentlich permanent da: Urlaub, Krankheit, was weiß ich, dann ist das Körperverletzung." (Anhang 62; R8, Z. 591-599)

Empfundene Dringlichkeit des Wiedereinstiegs

Schon während des Krankenhausaufenthalts war eine der befragten Personen in Sorge, dass ihr krankheitsbedingter Ausfall eine Mehrbelastung für die Kollegen bedeute, da die Arbeitsstelle nicht neu besetzt werden konnte. Sie sah sich daher gezwungen, eine schnelle Entscheidung bezüglich der beruflichen Zukunft zu treffen. Auch eine andere befragte Person empfand die Dringlichkeit eines schnellen beruflichen Wiedereinstiegs, um für andere Personen keinen Nachteil entstehen zu lassen. Beide Interviewpassagen lassen erkennen, dass sich die Befragten nicht ausreichend in der Lage sahen, ihren Tätigkeiten nach so kurzer Zeit wieder nachgehen zu können.

> „[…] Dann wenn ich also zu lange raus bin, das kann ich in der Firma auch den Leuten nicht antun, der muss besetzt werden der Posten. So, dann ist er weg. […]" (Anhang 27; R3 , Z. 616-617)

> „[…] Und deswegen, ja gut, dann ging es natürlich wieder drum, als ich jetzt krank „Ja, dann gehen wir ins Heim und …" Und jetzt haben die schon Angst. Aber das ist alles Quatsch. Die brauchen auch nicht ins Heim. Ich brauche nur diese Auszeit, dann komme ich ja wieder. Das hatten sie wohl gar nicht so richtig verstanden, da waren die natürlich heilfroh. Ich habe gesagt „Ich komme jetzt Ende des Monats." dann hat er einen Arzttermin und dann wusste er schon gar nicht, wie er das machen soll. Ja, dann komme ich schon her. Dann waren sie ganz glücklich. Doch, das ist schon gut so, wie das ist." (Anhang 11; R1, Z. 773-780)

Einschränkungen durch anhaltende Beeinträchtigungen

Einige Interviewstellen geben einen Hinweis darauf, dass die durch den Schlaganfall ausgelösten Beeinträchtigungen zu anhaltenden Einschränkungen in der Ausführung beruflicher Tätigkeiten führen.

> „[…] bevor ich beim Kunden reingehe, muss ich mir immer vorher Gedanken machen, wie sieht's aus, aha da fällt er ab, warum fällt er ab, gegensteuern. So und das fiel mir bei dem zweiten Kunden so was von schwer, dass ich einfach gesagt habe: „Ja das muss ich telefonisch mit Ihnen abklären, ich muss jetzt

> erst zur Firma und das abklären“. Ist mir sonst noch nie passiert, weil ich die Kunden alle kenne, ich bin bald 25 Jahre dort.“ (Anhang 27; R3, Z. 132-137)

FEHLENDE UNTERSTÜTZUNG BEIM WIEDEREINSTIEG

Die folgende Interviewpassage verdeutlicht, dass der berufliche Wiedereinstieg durch die personelle Situation erschwert wird. Dieser Befragte schildert, dass ein Kollege durch den krankheitsbedingten Ausfall so überarbeitet war, dass er bei dem beruflichen Wiedereinstieg des Rehabilitanden unmittelbar seinen Urlaub nahm. Dadurch entstand für den Rehabilitanden wiederum eine zusätzliche Belastung durch die urlaubsbedingte Vertretungssituation.

> „[…] Die Situation war jetzt, dass mein Kollege, der mich ja bedingt durch die Krankheit solange vertreten hatte, der kaute auch auf dem Zahnfleisch, der brauchte Urlaub. Da habe ich dann diese Abteilung, die wir beide abdecken in vier Stunden soweit abgedeckt, wie es ging. Und das war natürlich auch schon wieder grenzwertig in Richtung Stressfaktor.“ (Anhang 63; R8, Z. 621-625)

VERMISSEN DES KOLLEGIALEN AUSTAUSCHS

Ein Befragter, dessen Rückkehr in den Beruf zum Zeitpunkt der Befragung nicht erfolgt ist, schildert, dass ihm der Austausch mit seinen Kollegen fehle.

> „[…] Ja und (..) das ist eigentlich das was mir jetzt auch irgendwo fehlt, (..) diese Kontakte, mit dem eben sprechen, mit dem eben sprechen, ja das ist halt so […].“(Anhang 27; R3, Z. 612-614)

FÖRDERFAKTOREN IM BEREICH DER SITUATIVEN BEDINGUNGEN

sind Kontextfaktoren innerhalb der situativen Bedingungen, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

UNABHÄNGIGKEIT

Im Bereich der situativen Bedingungen wurde das eigenständige Autofahren als Unabhängigkeit und damit als weiterer Förderfaktor benannt. Es bietet die Möglichkeit Orte aufzusuchen ohne auf die Unterstützung anderer angewiesen zu sein.

> „[…] oder ich fahre irgendwo hin. Was mir wichtig ist, wir haben schon oft überlegt, eigentlich brauchen wir keine zwei Autos. Das brauche ich aber, weil das so ein Stück Freiheit für mich ist. Dass ich einfach mal losfahre oder auch Sachen, wo er keine Lust hat, mal einkaufen, mal was rumgucken und einfach so, ohne dass es notwendig ist. […]“ (Anhang 11; R1, Z. 338-342)

Haushaltshilfe

Eine Person zu beschäftigen, die im Haushalt unterstützend mitwirkt, wird ebenfalls als Förderfaktor der situativen Bedingungen wahrgenommen. Zum einen wird die Hausarbeit erleichtert, zum anderen kann eine Person, die regelmäßig das Haus aufsucht, als zusätzliche Sicherheit wahrgenommen werden.

> „[…] und wie gesagt, ich habe ja so diese nette Perle, die ich schon über 20 Jahre habe. Die ist jetzt 50. Die war noch ziemlich jung, als die bei uns anfing und die fühlt sich dann auch so wie Kind im Hause. Die hat uns z.B. gesagt: „Wenn Ihr mehr Hilfe braucht, ich komme auch mal öfter und gucke nach Euch" und so. Und das ist natürlich gut, dass man dann … weil die hier in X [Nennung einer Stadt] ist und das ist ein gutes Verhältnis und sie ist also eine ganz liebe, nette, fleißige und … ich komme also menschlich auch gut mit ihr zu Recht. Also dieser Background, der ist schon wichtig." (Anhang 19; R2, Z. 823-830)

Finanzielle Absicherung

Das Gefühl, finanziell abgesichert zu sein und finanzielle Möglichkeiten auch für einen eventuellen Notfall bereithalten zu können, wird ebenfalls als Förderfaktor wahrgenommen. Wie andere Kategorien bereits verdeutlicht haben, müssen Rehabilitanden mitunter mit zeitlichen Verzögerungen in der Bewilligung von Hilfsmitteln rechnen. Die Möglichkeit, sich diese selbst finanzieren zu können, verringert Sorgen und verschafft Freiräume.

> „Also es ist natürlich äußerst angenehm, (..) dass man keine finanziellen Sorgen hat. Das denke ich mir, ich sehe das bei meiner Schwester, da ist das umgekehrt. Ich könnte mir ja alles, was ich brauchen würde, was weiß ich, an Hilfsmitteln oder so. Das ist auch stressfreier, wenn ich nicht „Oh je, da kommt der Postbote und bringt eine Rechnung", wie das z.B. bei meiner Schwester ist. Oder die Rehabilitationsmaßnahmen, die Geld kosten, sich einfach gar nicht leisten kann. Sie ist dann glücklich, wenn sie irgendwas verschrieben kriegt. Wir können sagen, sobald es uns gut geht, fahren wir einfach weg. Das ist kein Ding. […]" (Anhang 11; R1, Z. 639-646)

Barrierefreies Wohnumfeld

Wenn Rehabilitanden bestehende Beeinträchtigungen haben oder sich der Beeinträchtigungen, die altersbedingt zunehmen können, bewusst werden, wird ein barrierefreies Wohnumfeld positiv empfunden. Es bietet im Hinblick auf die Bewältigung alltagspraktischer Aktivitäten Unterstützung und die Sicherheit, nicht aufgrund räumlicher Barrieren umziehen zu müssen.

> „[…] Wir haben auch im Badezimmer die Dusche ebenerdig und so was. Alles und auch Badezimmer zwischen unseren beiden Schlafzimmern also so, dass wir da alles … die Wände verstärkt für eventuelle Sachen, die man so braucht, wenn man nicht mehr so gut aufstehen kann. Also das ist alles gut … die Wohnungssituation ist doch schön. (Anhang 19; R2, Z. 757-761)

Herausforderungen durch ländliche Gegebenheiten

Ländliche Gegebenheiten, wie weitere Distanzen zu Dienstleistern und zu Einkaufsmöglichkeiten, werden von einem Rehabilitanden ebenfalls als Förderfaktor benannt. Durch die Überwindung längerer Strecken wird das wiedererlernte Laufen regelmäßig trainiert.

> „[…] Nein, fördernd. Ich habe hier längere Wege. D.h. ich trainier das Bein automatisch mehr. […]“ (Anhang 71; R9, Z. 567-568)

Zusammenhalt der Nachbarschaft

Auch der Zusammenhalt der Nachbarschaft wird als förderlich berichtet. Eine ungezwungene Kontaktaufnahme, das Wissen um Unterstützungsleistungen und Besuche wird von den Rehabilitanden positiv wahrgenommen.

> „Also, ich denke hier im ländlichen Raum ist das positiv, weil das soziale Gefüge noch stimmt. Das ist hier eine gute Nachbarschaft. Was ich ganz toll fand, die Nachbarn waren in der Reha zu Besuch. Als ich dann hier aus der Reha zurückkam, haben wir hier zusammen Kaffee getrunken. Also die haben sich selber eingeladen. Kontakt ist sehr gut. Das ist glaube in der Stadt schwieriger.“ (Anhang 71; R9, Z. 554-558)

Verfügbare Hilfsmittel

Der Gebrauch von Hilfsmitteln, wie einem Elektrofahrrad, erleichtert Aktivitäten und fördert die Partizipation und die Teilnahme z.B. an einer Fahrradgruppe.

> „[…] Ich hatte mir dann ein Elektrofahrrad zugelegt, aber zu Weihnachten schon und von der Warte war das also ein großer Vorteil. Ich konnte also gut mithalten. Wenn ich das nicht gehabt hätte, hätte ich nach zehn, 15 Kilometern sagen müssen, ich schaffe es nicht mehr, es geht nicht mehr. Aber durch diesen, durch die Hilfe bin ich dann also gut mitgekommen.“ (Anhang 27; R3, Z. 515-520)

Gute Versorgungssituation in der Stadt

Eine Rehabilitandin benannte die gute Versorgungssituation in der Stadt. Aufgefallen ist ihr diese insbesondere während ihres stationären Rehabilitationsaufenthalt. Ihr Ehemann musste sich zu dieser Zeit selbst versorgen und sie wusste ihn u.a. durch eine gute Infrastruktur von Restaurants und Lieferservices gut versorgt.

> „[…] aber wenn er nicht versorgt worden wäre und ich meine in der Stadt ist … auf dem Dorf wäre das anders, da kann man eben auch nicht mal eben was zu essen kriegen, während man hier ja überall sich mal … oder auch mal was kommen lassen kann. […]“ (Anhang 19; R2, Z. 872-875)

ERFAHRUNGEN MIT KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG

Krankheiten, die zuvor überstanden und positiv bewältigt wurden, wirken sich unterstützend auf die Bewältigung des aktuellen Krankheitsprozesses aus. Diese Erfahrungen können die Einschätzung der Schwere der aktuellen Erkrankung erleichtern und das Gefühl vermitteln, bereits schlimmere Erkrankungen überstanden zu haben.

> „(.) Ja, also ich denke einmal, wenn das so ist.. ich habe ja auch eine ganz schwere Darm-Operation hinter mir, da bin ich auch durch einen Scheuersack gegangen. Das war eigentlich auch eher schon lebensbedrohlich. […]“ (Anhang 62; R8, Z. 770-772)

BARRIEREN IM BEREICH DER SITUATIVEN BEDINGUNGEN

sind Kontextfaktoren innerhalb der situativen Bedingungen, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

EINSCHRÄNKUNG DER AKTIVITÄT DURCH BARRIEREN IM WOHNUMFELD

Eine eingeschränkte Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens durch Barrieren im Wohnumfeld wird als negativ geschildert. Eingeschränkte Handlungsschritte gehen in der Folge oftmals mit einem Angewiesen Sein auf andere Personen einher und werden als Abhängigkeit empfunden.

> „Die Treppe zum Obergeschoss wäre ein roter Punkt wert.“ (Anhang 47; R6, Z. 616-617)

EINGESCHRÄNKTE VERFÜGBARKEIT DES PARTNERS IM ALLTAG

Eingeschränkte Verfügbarkeiten des Partners, z.B. durch die berufliche Tätigkeit, stellen ebenfalls eine Barriere dar. Eigene Beeinträchtigungen behindern den eigenen Alltag umso stärker, wenn diese nicht unmittelbar durch den Partner ausgeglichen werden können.

> „[…] Ab und zu ist das also, da ärgere ich mich da drüber, weil er so lange arbeiten muss und … Wenn ich irgendwie was vorhab, ich muss ihn immer, ich muss so lange warten, bis er Zeit hat und mich irgendwo hinbringen oder … Finde ich nicht gut. Also, wie soll ich das sagen. Es ärgert mich.“ (Anhang 43; R5, Z. 471-474)

FÖRDERFAKTOREN IM BEREICH GESELLSCHAFT

sind Kontextfaktoren innerhalb der Gesellschaft, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

HILFSBEREITSCHAFT UNBETEILIGTER PERSONEN

Einige der befragten Rehabilitanden berichten von der Unterstützung unbeteiligter, d.h. in der Regel fremder Personen. Ihnen fallen im täglichen Miteinander Unterstützungsbedarfe auf und gleichen diese durch aktive Mitarbeit aus.

> „Die Leute sind sehr hilfsbereit. Muss man schon sagen. Die gehen einem aus dem Weg, wenn man mit dem Rolli da angefahren kommt. Dann helfen die das Gerät mit da hoch zutragen. Die sind schon ganz schön hilfsbereit." (Anhang 47; R6, Z. 630-632)

BARRIEREFREIHEIT IN ÖFFENTLICHEN GEBÄUDEN

In vielen Bereichen des öffentlichen Lebens, z.B. in öffentlichen Gebäuden, wird eine bauliche Barrierefreiheit festgestellt. Durch Auffahrrampen o.ä. sind diese Gebäude auch für Personen mit Rollator oder Rollstuhl ohne Unterstützung zugänglich.

> „So und bei den Geschäften, da sind ja überall Auffahrrampen, wo man jetzt mit dem Rolli überall vernünftig darauf fahren kann. Da ist kein so großes Problem." (Anhang 47; R6, Z. 621-622)

AKZEPTANZ

Einige der Rehabilitanden schildern, dass sie die Akzeptanz des Krankheitsbildes Schlaganfall als hoch einschätzen.

> „[…] Also, an sich ist die Akzeptanz der Krankheit relativ hoch. Das denke ich schon." (Anhang 71; R9, Z. 599-600)

BARRIEREN IM BEREICH GESELLSCHAFT

sind Kontextfaktoren innerhalb der Gesellschaft, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

UNWOHLSEIN IN MENSCHENMENGEN

Einige der befragten Rehabilitanden berichten, dass sie sich seit dem Schlaganfall in größeren Menschenmengen unwohl fühlen und Situationen dieser Art entweder gänzlich aus dem Weg gehen oder sie früher als üblich verlassen.

> „Ja, wir haben eine Sache gehabt, das war jetzt am Samstag, hatte unsere Nachbarin, die ist auch schwer krank gewesen und wurde jetzt 50. Hatte so einen doppelten Anlass und hat zum Frühstück eingeladen in einem Lokal. Da sind wir hingefahren, aber (..) Dann nach einer Weile … Ich wollte auch nicht gerade der Spielverderber sein, habe ich gesagt „wollen wir los" oder wenn die sich jetzt noch etwas bestellt hätten, wäre ich rausgegangen, wäre ein bisschen Spazieren gegangen. Also, dann noch länger zu sitzen, das wurde dann schon

> ein bisschen brenzliger. Aber schön, das ganze Umfeld wieder und die ganzen Nachbarn waren da. Das war schon schön. Aber so eine große Geschichte, die auch länger dauern würde, das würde ich so gerne noch nicht wollen.“ (Anhang 11; R1, Z. 303-312)

Barrieren in privaten Räumlichkeiten

Entgegen der wahrgenommenen Barrierefreiheit in öffentlichen Gebäuden schildern einige Rehabilitanden, dass viele private Räumlichkeiten, z.B. durch Stufen im Eingangsbereich, ohne die Unterstützung anderer nicht zu passieren sind.

> „Ja, alleine schon dadurch, dass ich praktisch ja in jedes Haus nicht allein hinein kann. Ich brauche überall die Mithilfe der Hausbewohner um überhaupt ins Haus hineinzukommen, weil ja überall Stufen vor dem Haus sind. Und ja, dann anschließend muss natürlich alles für mich speziell vorgerichtet sein, wenn ich mich setzen will. Also ich muss ja mit dem Rollator praktisch zu meinem Sitzplatz, den Rollator muss ich da abstellen können und dann muss ich mich am Tisch abstützen, wenn ich mich hinsetzen will. Und anschließend brauche ich dann Hilfe um wieder hochzukommen.“ (Anhang 55; R7, Z. 386-393)

Unsicheres Verhalten unbeteiligter Personen

Ein Rehabilitand schildert, dass er die Unsicherheit anderer Personen unangenehm empfindet. An dieser Stelle ist ein Zusammenhang hinsichtlich des Wunsches nach Normalität anzunehmen, also dem Wunsch danach, so wie vor dem Schlaganfall behandelt zu werden.

> „Also was mir negativ aufgefallen ist, dass die meisten Leute auch, die nicht unbedingt zum Bekanntenkreis dazu gehören, (..) mit meinem Krankheitsbild oder mit Schlaganfall an sich, gar nicht umgehen können. Das ist immer eine ganz große Unsicherheit...[…]“ (Anhang 71; R9, Z. 580-583)

Mangelnde Sensibilität und Rücksichtnahme

Eine Rehabilitandin zeigte sich über die mangelnde Rücksichtnahme nach ihrem Schlaganfall erschrocken. Obwohl ihrem Bekannten der Schlaganfall bekannt war, provozierte er eine für sie stressige Situation.

> „[…] Dieser Verkäufer, da hat es irgendwie ein Missverständnis gegeben ... da steht der hier gestern vor der Tür, macht hier Theater. „Ja, Ihr Mann wollte das zum Notar bringen!“ Ich wusste, mein Mann war nicht da und ich wusste das gar nicht so genau. Und dann konnte ich meinen Mann nicht erreichen, der war zum Angeln mit seinem Kumpel und das war für mich total Stress. Einfach dieses, ich kann das gar nicht beschreiben. Ich hatte also vor, davon was zu machen. Fahr ich zu X [Nennung einer Einkaufsmöglichkeit], da gibt es tausend Geschäfte, dann gucke ich schon mal, ob ich für die Hochzeit was zum Anziehen finde. Was ich vorhin gesagt habe, wo er keine Lust zu hat. Das war mit einem Schlag weg, ich hatte keine Lust mehr dazu, bin dann nur zum Drogeriemarkt gefahren, was wir brauchten und das war alles. Dieser schöne Abend war eigentlich im Eimer dadurch. Deswegen ist er auch vergrellt. Jetzt fährt er da erst mal hin. Er wusste das auch, dass ich krank war. Kommt hierhin, macht Theater, was soll das. Aber das hat ja … Der taucht ja hier sonst nirgends auf.“ (Anhang 11; R1 , Z. 664-676)

6.4 Auswertung der Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess der Gruppe der Partner Teil 1

Im fortlaufenden Abschnitt wird die Leitfrage 2 bearbeitet. Diese lautet:

WELCHE FÖRDERFAKTOREN UND BARRIEREN WERDEN VON PARTNERN IM REHABILITATIONSVERLAUF WAHRGENOMMEN?

Hierfür werden zunächst die Förderfaktoren und Barrieren, die von den Partnern im Prozess der Rehabilitation wahrgenommen werden, tabellarisch dargestellt. Anschließend erfolgen die Beschreibung der Kategorien sowie die Zuordnung der Ankerbeispiele.

Förderfaktoren		Barrieren
Arrangieren mit veränderten Gegebenheiten Selbstbewusstes Vertreten eigener Belange Ausblenden negativer Erfahrungen Positive Grundeinstellung Gelassenheit und Sachlichkeit Wahrnehmen von Erholungsbedarf Aktive Beseitigung von Problemen Positive Selbstwahrnehmung Auseinandersetzung mit Zukunftsthemen Kontaktfähigkeit Zufriedenheit Positive Gestaltung der Umwelt Eigene Krankheitserfahrungen	Person	Mangelnde Abgrenzungsfähigkeit Schwierigkeit mit der Inanspruchnahme von Unterstützung Verbergen des eigenen Befindens Ungeduldiges und ungerechtes Verhalten Nachtragendes Verhalten Pessimistische Herangehensweise an Herausforderungen Ignorieren von Erholungsbedarf
Uneingeschränktes Wahrnehmen und Anbieten von Unterstützung Einbezug durch Besuche Verlässlichkeit und Fürsorge Harmonischer Zusammenhalt Rücksichtnahme und empathisches Verhalten	Familie	Unvollendete Krankheitsbewältigung von Angehörigen Wenig Entlastung durch weitere Familienmitglieder
Rücksichtnahme und Mitgefühl Herausstellen wahrer Freundschaften Anbieten von Unterstützung Dauerhaftes Interesse am Wohlbefinden Einbezug durch Besuche	Bekannte	Unangemessene/Oberflächliche Reaktionen Kontaktabnahme Freizeitstress Ausgeprägteres Empfinden von Normalität
Verfügbare und beruhigend wirkende Ansprechpartner Alltagsorientierte Therapie Schnelle und sorgsame Versorgung Prämorbide Krankheitsbewältigung Gelingende Versorgungsleistungen Rehabilitationserfolge Wohlbefinden durch Atmosphäre und Wohnortnähe Einbindung in den Versorgungsprozess	Rehabilitation	Unzureichende Beratung hinsichtlich weiterführender Versorgungsmöglichkeiten Ungenügende Symptom- und Ursachenbehandlung Versorgungsbrüche und Schnittstellenproblematik Einsetzender Pessimismus Verändertes Rollenverständnis von Hausärzten Unzureichende Patientenorientierung Unsicherheit durch unzureichende Aufklärung Schwierigkeiten im Hilfsmittelgebrauch Fehlende Einbindung in den Versorgungsprozess Stagnation und Rückschritte
Gefühl von Selbstwirksamkeit Auszeit und Erholung	AW	Einschränkungen aus Rücksichtnahme Weniger Zeitreserven
Flexible Arbeitszeiten Auszeit und Ablenkung Freude am Arbeitsleben Verständnis und Unterstützung durch Kollegen	Beruf	Zeitliche Belastung
Finanzielle Absicherung Wohnraumbarrieren als Motivationsantrieb Hilfsbereite Nachbarschaft Wohnortnähe zu Bezugsräumen und Bezugspersonen	SB	Weite Distanzen zu Versorgungsdienstleistern
Positive Reaktionen und Akzeptanz Barrierefreiheit in öffentlichen Gebäuden	Gesellschaft	Unwohlsein in Menschenmengen Fehlendes Bewusstsein für Barrieren Mangelnde Sensibilität und Rücksichtnahme Barrieren durch abschüssige Bürgersteige und Stufen

Abbildung 17: Förderfaktoren und Barrieren der Partner (1. Erhebung)

FÖRDERFAKTOREN BEZOGEN AUF DIE PERSON

sind Kontextfaktoren innerhalb der Person, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

Arrangieren mit veränderten Gegebenheiten

Als ein Förderfaktor im Bereich der Person wird das Arrangieren mit veränderten Gegebenheiten kategorisiert. Hierunter fallen Textstellen, die verdeutlichen, dass sich die Partner auf die veränderte Lebenssituation einstellen und sich im positiven Sinne in ihr zurechtfinden.

> „[…] ich kann vieles was ich weiß, „Das kannst du nicht haben“, dann mache ich mir keine langen Gedanken, dann ist es so und gut ist. Dann muss ich mich nicht reinknien um dann zu sagen, ah ne das gibt’s nicht, ne. […]“ (Anhang 51; P6, Z. 155-157)

Selbstbewusstes Vertreten eigener Belange

Auch Textstellen, die einen Hinweis auf das selbstbewusste Vertreten eigener Belange geben, werden als fördernder Faktor kategorisiert. In diesen wird deutlich, dass sich die Partner in Situationen mit Fachexperten nicht abweisen lassen und auf ihr empfundenes Recht, z.B. auf Behandlung oder Beratung, bestehen.

> „[…] Ich habe zwar nachge… also ich musste nachfragen, „Sagen sie mir das bitte noch einmal, dass ich das verstehe!“ […] (Anhang 75; P9, Z. 574-575)

Ausblenden negativer Erfahrungen

Auch das Ausblenden von negativen Erfahrungen wird als fördernder Faktor herausgestellt und enthält Textstellen, die das Vorgehen des „Wegpackens“ negativer Emotionen oder Gedanken umschreiben.

> „(..) Ich glaube, klingt komisch, aber ich glaube, ich kann, wenn so Herausforderungen oder irgendwas Schlimmes kommt, ich kann das irgendwo wegpacken. Das heißt, ich beschäftige mich dann nicht unbedingt immer mit dem Schlimmen, sondern kann das für eine gewisse Zeit wegpacken irgendwo, will ich´s mal einfach sagen. […]“ (Anhang 75; P9, Z. 955-958)

Positive Grundeinstellung

In diesen Bereich fallen Textpassagen, in denen sich die positive Grundeinstellung der Partner zeigt. Sie lassen sich als grundsätzliches Charakteristikum beschreiben und spiegeln wider, dass von einer positiven Entwicklung der Dinge ausgegangen wird.

> „[…] Und heute geht das nicht mehr so, genau genommen, heute versuche ich auch irgendwie, wieder nach dieser Zufriedenheit natürlich zu streben und mir die selber zu schaffen. Weil ich da, denke ich mal, gesundheitlich gesehen, denke ich mal, spielt das eine ganz große Rolle, ob ich ein positiv denkender und zufriedener Mensch bin oder Leute, die alles immer nur negativ sehen… Ich kenne welche, die sehen so viele Dinge negativ. Die wissen schon heute, dass genau übermorgen um 17:00 Uhr hier regnet z.B. Obwohl das natürlich Blödsinn ist, obwohl es vielleicht nur regnen könnte. Und die sind deswegen schon schlecht gelaunt, weil sie vielleicht gerade an dem Tag was vorhaben. Und das versuche ich immer ins Positive rüberzubringen.“ (Anhang 15; P1, Z. 1014-1023)

> „Das liegt ja wieder an meinem Charakter. Im Grunde genommen suche ich mir das Positive heraus und lüge mir eventuell etwas in die Tasche. Ich würde eben nie sagen, „ist alles scheiße“, sondern ich würde sagen, irgendetwas ist noch gut. Das liegt an der Veranlagung, die mir geschenkt worden ist.“ (Anhang 23; P2, Z. 641-644)

GELASSENHEIT UND SACHLICHKEIT

Innerhalb dieser Kategorie werden Interviewaussagen zusammengefasst, die eine Gelassenheit und Sachlichkeit der Partner verdeutlichen, mit der sie auf Herausforderungen und stresspotenzierte Situationen reagieren.

> „[…] Ich habe mir heute gesagt, ich ärgere mich darüber nicht mehr. Ich kann doch die Schranke nicht verändern. Ist so. Deswegen versuche ich in der Beziehung die Sache ein bisschen lockerer anzugehen. Auch mal etwas nicht sofort zu machen, auch mal ein bisschen was liegen lassen. Denn es gibt nichts so eiliges, wie immer geredet wird. […]“ (Anhang 23; P2, Z. 918-922)

> „[…] und dass ich das alles ein bisschen gelassen hinnehmen kann, weil ich einfach weiß, es gibt von dem Schopenhauer einen Spruch, den ich auch in meinem Büro stehen habe, dass das alles so eine Folge ist. Es fängt damit an, sitzen ist besser als stehen, besser als stehen ist, nein, besser als stehen ist sitzen, besser als sitzen ist liegen und besser als liegen ist schlafen und das Ende vom Lied ist: besser als liegen ist, besser als schlafen ist tot sein. Also so nehme ich das stufenweise hin.“ (Anhang 23; P2, Z. 52-58)

WAHRNEHMEN VON ERHOLUNGSBEDARF

In dieser Kategorie werden jene Textpassagen zusammengeführt, die verdeutlichen, dass die Partner ihre physischen und psychischen Grenzen erkennen und entsprechende Konsequenzen ziehen und umsetzen.

> „Ja. Und das andere mag ich nicht. Und ich tu es mir auch nicht mehr an. Da hat man ja den Vorteil, wenn man ein bisschen älter ist, dann muss man nicht mehr so viel Rücksicht nehmen, dann sagt man einfach, „nein“.“ (Anhang 51; P6, Z. 205-207)

AKTIVE BESEITIGUNG VON PROBLEMEN

Diese Kategorie umschreibt, dass die Partner sich aktiv einbringen, um eine positive Veränderung von Situationen und Problemen zu erwirken.

> „[…] Und dann bin ich soweit, dann sage ich, „So es nützt jetzt nichts!“. Man muss das anpacken. Jetzt gehen wir da vor und du machst das so und wir machen das so und dann läuft das so. Es bleibt uns ja keine andere Wahl.“ (Anhang 67; P8, Z. 889-892)

POSITIVE SELBSTWAHRNEHMUNG

In diesem Bereich werden Interviewpassagen berücksichtigt, die ein positives Selbstbild in Form von Zuverlässigkeit und Hilfsbereitschaft beschreiben.

> „[…] Ich würde ja fast sagen, Dinge wie Zuverlässigkeit, aber die sind bei mir allein berufsbedingt, weil ich halt ewig mit Terminen arbeite. Immer auf Termine arbeite. Äh, ja klar, wird automatisch so, wenn ich sage, ich komme dann und

> dann, dann komme ich auch. Oder ich melde mich zumindest z.B. dann, also Zuverlässigkeit denke ich mal, das ist ein Punkt, ja. […]“ (Anhang 15; P1, Z. 828-832)

AUSEINANDERSETZUNG MIT ZUKUNFTSTHEMEN

Auch die Auseinandersetzung mit Themen, die in der Zukunft relevant werden, wird als Förderfaktor im Bereich der Person zusammengefasst. Hierunter fallen Textpassagen, die die Vorbereitung auf das Älterwerden und die damit verbundenen Herausforderungen, wie das Thema Sterben oder die durchgeführten Umbaumaßnahmen im Haus zur altersgerechten Nutzung, beschreiben.

> „In Wirklichkeit war das ja eben das, was hier vorbereitet ist. Das ist ja eine Vorbereitung dazu, wenn uns so was passiert, nicht? Wir rechnen also damit, dass wir nicht ewig leben werden. Und das wir krank werden und dass wir zeitig etwas dafür tun und uns damit auseinandersetzen. Und das ist an und für sich, was ich in Ihrem Falle daraus heben würde irgendwo, ältere Menschen müssen irgendwie dahingeführt werden, dass sie die Situation erkennen und dass sie selbst etwas dafür vorbereiten für ihren Lebensabend. Das ist für mich am aller Wichtigsten geworden, dass man da nicht so in den Tag hineinschlurt und beleidigt ist, wenn man plötzlich eins vor die Mütze bekommt sondern (…) dass das dazugehört.“ (Anhang 23; P2, Z. 430-438)

> „[…] und auch im Gäste-WC am Waschbecken ist auch so eine Stange, dass wenn er aus der Dusche kommt oder sich von der Toilette hochzieht. Wir haben unser Badezimmer renoviert vor sechs Jahren und in dem Wissen das wir alt werden oder älter werden, haben wir hohe Waschbecken, wir haben eine höhere Toilette, wir haben auch eine große Dusche, eine runde, ohne Ansatz, wo man auch mit dem Rollwagen rein könnte oder so. […]“ (Anhang 51; P6, Z. 832-837)

KONTAKTFÄHIGKEIT

Auch die Fähigkeit, Kontakt zu anderen Menschen aufzunehmen, Kontakte zu pflegen und auf diese Weise stabile Freundschaften und Beziehungen aufzubauen, wird als positiver Aspekt bezogen auf die Person aufgeführt und durch Textpassagen wie die folgenden beschrieben.

> „[…] Und ja, dass ist das eben, dass man sich kümmert so mit … auch mit Anrufen. Die Schwägerinnen sind auch so, „Ach ich wollte mich schon längst einmal melden!“. Aber wenn ich dann einmal anrufe, dann sitze ich hier eine Stunde und die quasseln ein voll. Ist natürlich gut und, und ich hör mir dann auch vieles an, aber den Ausschlag mache eigentlich immer ich.“ (Anhang 83; P10, Z. 864-868)

ZUFRIEDENHEIT

Das Empfinden und Streben nach Zufriedenheit ist ein weiterer Bereich, der sich in der Auswertung der Interviews der Partner als Förderfaktor herausstellt.

> „Ich muss da noch zur Zufriedenheit was sagen. Und zwar, das können Sie jetzt vielleicht nicht wissen. Aber ich bin eigentlich ein Mensch, ich sehe da einen

> ganz großen Lebensinhalt drin, in dem Bereich Zufriedenheit. Ich versuche so zu leben, dass ich mir eine gewisse Zufriedenheit aufbauen kann. […]“ (Anhang 15; P1, Z. 986-989)

POSITIVE GESTALTUNG DER UMWELT

Die aktive Gestaltung der eigenen Umgebung, die Kontaktpflege oder der Kontaktabbruch zu Bekannten, inbegriffen die Anpassung von Freizeitaktivitäten an die veränderte Lebensrealität oder die Hinzunahme von Hilfsmitteln zur Erleichterung von Aktivitäten des täglichen Lebens stellt sich als weiterer Förderfaktor heraus.

> „[…] Da habe ich auch in meinem Bekanntenkreis ein, zwei um mich rum. Ich habe denen auch gesagt, „mit Euch gehe ich nicht mehr. Das macht mir keinen Spaß. Ich habe keine Lust, mir Eure Nörgelei anzuhören. Dann bleibt doch zu Hause. […]“ (Anhang 15; P1, Z. 1043-1045)

EIGENE KRANKHEITSERFAHRUNGEN

Krankheiten, die überstanden und positiv bewältigt wurden, wirken sich unterstützend auf die Bewältigung des aktuellen Krankheitsprozesses aus. Sie können eine Einschätzung der Schwere der aktuellen Erkrankung erleichtern und das Gefühl vermitteln auch diese positiv bewältigen zu können.

> „Ich möchte aus meiner eigenen Erfahrung sagen, dass das mich jetzt nie so sehr betroffen hat. Die Auseinandersetzung mit Leben und Tod, als ich selbst mal einen Herzinfarkt mit etwa 53 Jahre hatte. Der kam wie aus heiterem Himmel und warf meine sämtlichen, da ich ja auch selbstständig war, eine große Firma hatte, und warf alles über den Haufen. Und das war ein enormer Einschnitt. (..) Ich habe dann aber die Folge daraus gezogen und habe dann mein Leben, wie ich mir einbilde und das wird auch so richtig sein, erheblich verändert. […]“ (Anhang 23; P2, Z. 185-192)

BARRIEREN BEZOGEN AUF DIE PERSON

sind Kontextfaktoren innerhalb der Person, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

MANGELNDE ABGRENZUNGSFÄHIGKEIT

Hierunter fallen Interviewinhalte, die verdeutlichen, dass sich die befragten Partner nicht angemessen von Problemen und Stresspotentialen abgrenzen und ein schlechtes Gewissen haben, wenn durch eigenen Entscheidungen mitunter negative Konsequenzen für andere Personen resultieren.

> „[…] Aber ja da habe ich manchmal so ein bisschen schlechtes Gewissen, weil so lange sie so noch zurechtkommen, wird dann schon mal, oder denke ich schon mal „Ja gut, jetzt schaffe ich das nicht, jetzt müssen die einmal hinten anstehen!“, habe aber im Kopf ein schlechtes Gewissen damit.“ (Anhang 31; P3, Z. 421-425)

> „[…] Negativ. Was ist bei mir negativ. Eigentlich, dass ich, dass ich zu viele Hobbys habe, das ist negativ bei mir. Zu viele. […]“ (Anhang 15; P1 , Z. 875-876)

Schwierigkeit mit der Inanspruchnahme von Unterstützung

In der Auswertung der Interviews fällt die Schwierigkeit auf, Hilfe und Unterstützung anderer Familienmitglieder oder Bekannter anzunehmen, was die folgende Interviewstelle exemplarisch veranschaulicht.

> „[…] Das war mir, ich kann, ja das ist also keine gute Eigenschaft, das weiß ich, ich kann nicht gut fragen. […]“ (Anhang 51; P6, Z. 635-636)

Verbergen des eigenen Befindens

Auch die Schwierigkeit, das eigene Empfinden anderen Personen mitzuteilen, wird als Barriere im Bereich der Person zusammengefasst.

> „[…] Wenn ich mich vielleicht nicht so verstanden fühle, (...) dann ziehe ich mich gerne zurück, dann schließe ich einfach ab oder so, dann denke ich oder weiß ich, dass das eigentlich gar nicht richtig ist, dass man dann vielleicht doch noch einmal offen an die Sache herangehen muss.“ (Anhang 31; P3, Z. 836-839)

Ungeduldiges und ungerechtes Verhalten

Ein ungeduldiges und ungerechtes Verhalten wird ebenfalls als Barriere der Person aufgeführt. Insbesondere Situationen, in denen eine Handlung des Partners dem eigenen Empfinden nach nicht schnell genug ausgeführt wird oder Veränderungen nicht schnell genug herbeigeführt werden, bewirken Ungeduld und ein ungerechtes Verhalten dem Partner gegenüber.

> „Ja, negative Eigenschaften? Manchmal ist man ja auch so ein bisschen ungerecht vielleicht seinen Mitmenschen gegenüber. Hat man ja auch einmal so Situationen, ich zum Beispiel und wo ich denn auch vielleicht mein Mann einmal sagt, „Man nun!“ oder zum Beispiel jetzt mit diesem Rauchen. Das gefällt mir eigentlich gar nicht, dass er weiterraucht, aber ich muss es jetzt lassen, weil … ihn denn nicht mehr darauf ansprechen. Es bringt nichts. Und das sind … das ist für ihn ist das eine negative Seite eine große.“ (Anhang 67; P8, Z. 870-876)

Nachtragendes Verhalten

In diese Kategorie fallen Interviewaussagen, die die Schwierigkeit aufzeigen, die Fehler anderer Personen zu vergessen oder sie ihnen nicht nachzutragen.

> „Ja, dass ich auch sage, ich kann wohl, weil ich weiß das tut mir gut, für mich auch, ich muss vergeben können. Aber ich sage dann immer, gut ich vergebe dem und ich meine das auch ehrlich. Und das ist auch so, aber ich kann es nicht vergessen. Ich kann nicht sagen … mein Mann sagt bei Sachen, „Was du da erzählst, ja jetzt wo du es sagst. Das habe ich schon längst vergessen!“. Da bin ich platt. Dass ich sage, „Was die dir angetan haben!“, ob das nun um Erbschaft oder was ging und ich sag, „Das vergisst du?“[…]“ (Anhang 83; P10, Z. 920-926)

Pessimistische Herangehensweise an Herausforderungen

Pessimismus kann ebenfalls als ein negativer Faktor hinsichtlich des Erfolges von Rehabilitationsmaßnahmen angenommen werden. Textstellen, die eine pessimistische Herangehensweise an Herausforderungen aufzeigen, lassen daher eine weitere Kategorie entstehen.

> „[…] Andererseits bin ich aber ein Mensch, widerspricht sich jetzt irgendwie, der bei vielen Sachen erstmal das Negative sieht (lacht) oder erstmal denkt, (..) das Negative erwartet uns und sich dann freut wenn´s anders ist." (Anhang 75; P9, Z. 960-963)

Ignorieren von Erholungsbedarf

Das Ignorieren des eigenen Erholungsbedarfes, z.B. in Form der Erledigung aller Aufgaben, bevor man sich eine Auszeit gönnt, wird als weitere Barriere im Bereich der Person ausgewertet. Die Fähigkeit, eigene Grenzen zu erkennen und sich eine Erholung zu gönnen, ist ein wichtiger Schutz vor Überlastung. Das Ignorieren dieser Schutzmechanismen kann zu Überlastungen und eigenen physischen und psychischen Erkrankungen führen.

> „Ja, das ist oft nicht gut. Andererseits kann ich mich nicht hinsetzen und kann nicht Lesen oder irgendwie etwas, ein bisschen etwas nähen oder fummeln, wenn ich weiß der Rasen ist so hoch. Das sind Sachen die gehen einfach nicht. Oder wenn ich dann nach oben gehe und sehe mein Badezimmer ist nicht ordentlich. Das geht nicht, weil ich denke einmal, das ist einfach so wie man das von zu Hause mitgekriegt hat. (..) Es gibt so einige Sachen, auch immer so, wie meine Tochter schon sagt, „Bei euch im Schlafzimmer sieht es immer aus als wäre es ein Verkaufsraum"." (Anhang 51; P6 , Z. 1023-1029)

Förderfaktoren bezogen auf den Wirkungsraum Familie

sind Kontextfaktoren innerhalb der Familie, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

Uneingeschränktes Wahrnehmen und Anbieten von Unterstützung

Es zeigt sich, dass die Partner nicht nur das Anbieten von Unterstützung als Förderfaktor wahrnehmen, sondern auch, dass die Unterstützung ohne Einschränkung, also bedingungslos, erfolgt.

> „Ja. Gleich, wo das dann war, wo mein Mann diesen Schlaganfall hatte, wo wir in X [Nennung einer Stadt] waren, bei Dr. X [Nennung eines Arztes], dann dieser Kernspint, wo wir dann die Nachricht kriegten, dass er nach X [Nennung einer Stadt] oder X [Nennung einer anderen Stadt] … und da hatten wir uns ja für X [Wiederholung der zuerst genannten Stadt] entschieden. Und ja, da ist man ja auch so ein bisschen aufgebracht und dann habe ich gleich angerufen bei unserem Sohn, der war bei der Arbeit. Ich sag, „Du Papa muss nach X [Wiederholung der zuerst genannten Stadt] ins Krankenhaus, kannst du eben vielleicht mitfahren?". Wie gesagt, mit dem Parken, das ist auch alles so ein bisschen … Und da sagte er, „Das ist kein Problem, ich muss eben Feierabend … da eben Bescheid sagen bei dem Chef und dann komme ich!". Kann aber

> eben ein bisschen dauern. Ja und dann ist er auch gleich mit hingefahren und die Tochter hatte dann auch gleich angerufen. Und so weiter, also das war schon …, das war sehr gut.“ (Anhang 67; P8, Z. 522-534)

> „[…] einfach nur Hilfe angeboten bekommen hat, auch wenn man sie vielleicht gar nicht benutzen musste aber man wusste wenn etwas ist, dann und ja einmal einfach ausheulen (lacht).“ (Anhang 75; P9, Z. 518-520)

EINBEZUG DURCH BESUCHE

Auch der Einbezug des Rehabilitanden durch Besuche wird von den Partnern als Förderfaktor wahrgenommen.

> „[…] weil er ja nun ins Krankenhaus kam und dann in die Reha und er wurde immer besucht und auch jetzt zu Hause. […]“ (Anhang 83 P10, Z. 729-731)

VERLÄSSLICHKEIT UND FÜRSORGE

Zwischenmenschliche Begegnungen, die Verlässlichkeit und Fürsorge ausdrücken, werden von den Rehabilitanden ebenfalls als unterstützender Faktor im Prozess der Rehabilitation wahrgenommen.

> „[…] Ja, der große Halt ist eigentlich unser Sohn, weil der auch sehr stabil ist, nicht nur körperlich, sondern auch so vom Umgang her und man kann sich 100 %ig drauf verlassen. […]“ (Anhang 51; P6, Z. 441-443)

HARMONISCHER ZUSAMMENHALT

Mit dieser Kategorie wird ein übergeordnetes Gefühl von Sicherheit beschrieben, welches sich in Prozessen, die von situativer Unsicherheit geprägt sind, als Förderfaktor herausstellt.

> „[…] Wir haben zwar ein gutes Zusammenleben, dass wir uns regelmäßig kontaktieren und dass wir auch an Geburtstagen oder Familientagen zusammenkommen. […]“ (Anhang 23; P2, Z. 172-174)

RÜCKSICHTNAHME UND EMPATHISCHES VERHALTEN

Das Gefühl, dass sich andere Personen in die veränderte Lebenssituation einzufühlen versuchen, stellt einen weiteren Förderfaktor dar.

> „[…] aber meine jüngere Schwester, die ist mir von ihrer Art noch lieber, weil sie selber schon sehr sehr viel durchgemacht hat. Sie weiß dann wovon sie spricht und auch wie sie es ausspricht. Das ist doch sehr gut. […]“(Anhang 51; P6, Z. 957-959)

BARRIEREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM FAMILIE

sind Kontextfaktoren innerhalb der Familie, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

UNVOLLENDETE KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG VON ANGEHÖRIGEN

Auch für die Partner stellen weitere Angehörige eine wichtige Komponente im Unterstützungssystem dar. Eine unvollendete Bewältigung der Krankheitsgeschehnisse wirkt sich negativ auf die Möglichkeit aus, Unterstützung leisten zu können und wird als hinderlich wahrgenommen.

> „[…] Die zweite Tochter sehr zurückhaltend und (..) sich ausschließt manchmal. […]“ (Anhang 23; P2, Z. 346)

WENIG ENTLASTUNG DURCH WEITERE FAMILIENMITGLIEDER

In dieser Kategorie wird die fehlende Entlastung durch weitere Familienangehörige aufgegriffen. Einige Textstellen verdeutlichen, dass die Partner eine Reduzierung der eigenen Belastung annähmen, wenn der Rehabilitand mehr Besuche und Einbezug durch weitere Familienmitglieder erfahren würde.

> „(.) Ja, so ein bisschen. Ich könnte mir also vorstellen, also ich merke das gerade, meine Schwester war ja in den letzten vier Jahren, ich weiß nicht, ich würde jetzt einmal über den Daumen sagen, ein Jahr im Krankenhaus, einschließlich Reha und was sich dann immer so dann daran angeschlossen hat. Da hätte ich schon gerne für meine Schwester gesehen, wenn durch die Verwandtschaft etwas mehr Besuche erfolgt wären. Das ist, wobei ich natürlich auch sagen muss, die erste Rehamaßnahme, die meine Schwester hatte, die war dann in X [Nennung einer Stadt], ist natürlich auch nicht der nächste Weg. Aber da, und auch so an den sonstigen, meine Schwester war ja drei Mal in X [Nennung des eigenen Wohnortes] zur Reha und so, da hätte das vielleicht etwas besser sein können.“ (Anhang 59; P7, Z. 345-354)

FÖRDERFAKTOREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM BEKANNTE

sind Kontextfaktoren innerhalb des Bekanntenkreises, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

RÜCKSICHTNAHME UND MITGEFÜHL

Eine Rücksichtnahme hinsichtlich dessen, was seit dem Schlaganfall noch nicht bzw. nicht mehr möglich ist, wird als Förderfaktor wahrgenommen. Auch ein Mitgefühl für die veränderte Lebenssituation wird positiv wahrgenommen und zeigt sich in verschiedenen Handlungsbereichen mit dem Bekanntenkreis.

> „Ja. (...) Tja, Bekanntenkreis, gut man, auch wenn man so weitere Bekannte oder Bekannte einfach aus dem Dorf trifft, also wer es weiß und kümmert sich schon und fragt und es tut einem dann auch gut, wenn man jetzt noch einmal drüber sprechen kann.“ (Anhang 31; P3, Z. 580-583)

> „[…] Wir haben ja damals nach ihrem Schlaganfall alles abgesagt. Das geht ganz gut, da haben alle Verständnis für gehabt. Das war gar nicht so schlimm. Man muss nicht überall dabei sein. […]“ (Anhang 15; P1, Z. 327-329)

HERAUSSTELLEN WAHRER FREUNDSCHAFTEN

Eine Partnerin schildert, dass sich durch den Vorfall des Schlaganfalls wahre von oberflächlichen Freundschaften unterscheiden ließen.

> „[…] Also Bekanntenkreis fand ich total interessant, dass man seine Freunde (..), also A weiß man plötzlich wer wirklich seine Freunde sind, wer sich kümmert, wer nachfragt oder eben ja. […]“ (Anhang 75; P9, Z. 362-364)

ANBIETEN VON UNTERSTÜTZUNG

Auch das grundlegende Anbieten von Unterstützungen in Form von Gartenpflege oder der Übernahme von Haushaltsaktivitäten wird von den Partnern als Förderfaktor im Bekanntenkreis wahrgenommen.

> „[…] Es haben sogar Nachbarn angerufen. Haben gesagt: „Du, X [Name von P1], wenn wir Dir etwas helfen sollen zu Hause oder wenn ich Dir Hemden bügeln soll oder wenn ich in der Wohnung etwas machen soll, sag Bescheid. Mach ich. Da helfe ich Dir dabei.“ […]“ (Anhang15; P1, Z. 421-424)

DAUERHAFTES INTERESSE AM WOHLBEFINDEN

Einige Textstellen verdeutlichen die Bedeutung des dauerhaften Interesses an der veränderten Lebenssituation. Dieses wird auch mit Abstand zu dem eigentlich Vorfall des Schlaganfalls als positiv erlebt.

> „In erster Linie, dass sich alle erkundigt haben eigentlich. Also nicht nur damals, auch jetzt noch, relativ positiv, ja. Also immer noch so, auch wenn ich mit dem einen oder anderen, das passiert ja jeden Tag bald, dass ich mit dem einen oder anderen Freund telefoniere und dann ist da die Frage: Wie geht es X [Name von R1] usw. Ich sag: „Ja, das wird allmählich usw.“. Doch, also, da wird immer nachgefragt und das ist positiv.“ (Anhang 15; P1, Z. 559-564)

EINBEZUG DURCH BESUCHE

Auch der Einbezug durch Bekannte, z.B. in Form von Besuchen, wird von den Partnern als Förderfaktor wahrgenommen.

> „[…] Er hat es aber auch gerne, jetzt letzte Woche war zwei Mal jemand da, einmal vom Schützenverein und das hat ihm, der hat ihn auch im Krankenhaus besucht, das hat ihm sehr, sehr gut getan. Er mag das schon, wenn jemand hierher kommt. […]“ (Anhang 51; P6, Z. 185-188)

BARRIEREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM BEKANNTE

sind Kontextfaktoren innerhalb des Bekanntenkreises, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

Unangemessene/Oberflächliche Reaktionen

Einige Reaktionen von Bekannten wurden als unangenehm empfunden und beinhalteten unangemessene Ratschläge, woraufhin der Kontakt zu diesen Bekannten vermieden wurde.

> „[…] Ja das, das ist mir, manchmal macht es mir nichts aus, aber im Moment ist es mir dann auch die ganze Zeit schon zu viel. Und auch die Telefonanrufe dann immer, jede, alle drei Tage, „Wie ist es denn und ja musst doch auch für dich was machen“ und so. Das weiß ich selber was ich tun muss. Das kann ich nicht gut ab.“ (Anhang 51; P6, Z. 397-401)

Kontaktabnahme

Einige Partner schildern, dass sich der Kontakt zum Bekanntenkreis durch den Vorfall der Erkrankung verringert habe.

> „[…] bei manchen ist man enttäuscht gewesen, sage ich einmal, dass die sich nicht gemeldet haben oder ja in einem, in den Augen von uns, eben ja gar nicht oder zu wenig, sage ich einmal. […]“(Anhang 75; P9, Z. 364-366)

Freizeitstress

Stress im Bereich der Freizeit steht in einem engen Zusammenhang mit zuvor genannten Barrieren im Bereich der Person, wie z.B. der mangelnden Fähigkeit, sich abzugrenzen. Zu viele Aktivitäten, werden sie einzeln auch positiv wahrgenommen, führen zu zeitlichen Überschneidungen und zu Stress.

> „[…] Also, wir haben einen sehr großen Bekanntenkreis, wir haben den auch immer gut gepflegt, deswegen haben wir auch einen großen Bekanntenkreis. Aber auch immer mit der Maßgabe, dass man dadurch auch sehr viel um die Ohren hat, wie man sagt. Und dann ist man natürlich auch da bei den Geburtstagen, und da ein Jubiläum und da eine Silberhochzeit, und was weiß ich. Das sind so viele Sachen immer. […]“(Anhang 15; P1, Z. 336-341)

Ausgeprägteres Empfinden von Normalität

Einige Partner schildern, dass es eine Herausforderung darstellt, wenn die Rehabilitanden keine sichtbaren Beeinträchtigungen haben. Dies führe dazu, dass die Bekannten ein stärkeres Empfinden hinsichtlich der Einkehr von Normalität haben und anhaltende Beeinträchtigungen durch den Schlaganfall bagatellisieren.

> „[…]von daher merkt der Bekanntenkreis dann halt eben auch nicht ja ob es ihm jetzt gut oder schlecht geht. Und ja, wenn man so unterwegs ist und es geht einem wirklich mal nicht so gut, ihm nicht so gut, dann denke ich, reißt man sich auch ein bisschen zusammen und ja. Also ich meine, die merken das nicht so.“ (Anhang 31; P3, Z. 523-526)

FÖRDERFAKTOREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM REHABILITATION

sind Kontextfaktoren innerhalb der Rehabilitation, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

VERFÜGBARE UND BERUHIGEND WIRKENDE ANSPRECHPARTNER

Das Gefühl, einen ansprechbaren und dazu motivierenden Gesprächspartner im Bereich der Rehabilitation zu haben, stellt einen wichtigen Förderfaktor im Hinblick auf das Wohlbefinden dar.

> „[…] Das man schon auf der Intensivstation, war ich schon zufällig oder wie auch immer dabei, wenn einmal ein Arzt da war und man konnte Fragen stellen und die wurden einem auch zufriedenstellend beantwortet. Und in dieser Frührehastation da war ja dieses Angehörigengespräch, wo man wirklich noch einmal ganz intensiv aufgeklärt wurde. Und da wurde ja auch ein richtiger Termin abgemacht." (Anhang 75; P9, Z. 582-586)

ALLTAGSORIENTIERTE THERAPIE

Das Üben alltagsrelevanter Handlungsschritte in der Therapie wird auch von Partnern als Förderfaktor herausgestellt.

> „[…] oder wie er auch in der Reha gemacht hat mit der Therapeutin, die sind in die Küche gegangen, Wasser angestellt und mit heißem Wasser umzugehen und ja. […]"(Anhang 51; P6, Z. 576-579

SCHNELLE UND SORGSAME VERSORGUNG

Eine schnelle und sorgsame Versorgung der Rehabilitanden sorgt für ein positives Gefühl und wird daher ebenfalls als Förderfaktor wahrgenommen.

> „Also die Akutversorgung, das war ja nun dass ich dann anrufen musste oder so und das ging ganz schnell. Also da war ich sehr zufrieden damit, sage ich einmal, also zumindest mein Eindruck war es, schnell da und schnell ins Krankenhaus. […]"(Anhang 75; P9, Z. 315-318)

PRÄMORBIDE KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG

Eine Rehabilitandin wusste seit einer Voruntersuchung, dass sie mit einer hohen Wahrscheinlichkeit einen oder mehrere Schlaganfälle erleiden würde. Dieses Wissen half auch dem Bruder, sich auf den Schlaganfall vorbereiten und entsprechende Vorkehrungen treffen zu können.

> „[…] und dann muss man auch sagen, wir hatten eine lange Vorlaufzeit gedanklicher Art. Meine Schwester wusste ja schon einige Jahre vorher, dass sie einmal, wenn es so sein sollte, einen Schlaganfall bekommen würde, nachdem also die Engstelle im Kopf ja weder per Stant noch per Operation in Angriff zu nehmen war, war damit zu rechnen. Musste nicht sein aber es konnte passieren und dann ja, ich will nicht sagen man stellt sich ein wenig darauf ein aber so ganz unvorbereitet waren wir nicht." (Anhang 59; P7, Z. 533-539)

GELINGENDE VERSORGUNGSLEISTUNGEN

Zufriedenheit stellt sich auch durch eine problemlose Bewilligung von Versorgungsanfragen ein.

> „[…] aber dafür haben wir auch die Seminare gehabt und ich hoffe, dass die Krankenkasse uns das Gerät bewilligt, das wir es auch mit in den Urlaub nehmen können. Ich denke mal sonst kaufen wir es selber aber das muss ja nicht sein. Nein, sonst auch den Rollator und solche Sachen, das war alles kein Thema." (Anhang 51; P6, Z. 822-826)

REHABILITATIONSERFOLGE

Partner nehmen Verbesserungen der Fähigkeiten der Rehabilitanden, z.B. im Laufen, Sprechen oder der Fähigkeit, wieder Autofahren zu können, deutlich wahr und benennen Beispiele für die positiven Veränderungen.

> „[…] Und das am Auffälligsten war es natürlich in der Frühreha, weil da sieht man ja jedes Teil. Erst nicht alleine.. gar nichts können und dann schon, ja zum Schluss konnte er ja nun auch schon alleine zum Essen gehen, wenn die Schwestern neben ihm hergingen. Alleine durfte er nicht, das ist ja ganz klar. Aber die Fortschritte. Natürlich sieht man die Fortschritte jetzt nicht mehr, so jedenfalls nicht. Es sind Kleinigkeiten und wenn es nur darum geht, ja in einer Hand zwei Teller zu haben oder die Spülmaschine auszuräumen, solche Sachen. Das wäre ja auch nicht gegangen. […]" (Anhang 51; P6, Z. 528-535)

WOHLBEFINDEN DURCH ATMOSPHÄRE UND WOHNORTNÄHE

Die Atmosphäre in der stationären Rehabilitation durch humorvolle Kommunikationen oder das umfassende Zuständigkeitsempfinden aller Teammitglieder an allen Versorgungsbereichen sowie die Nähe zum eigenen Wohnort werden sowohl im Hinblick auf das eigene Wohlbefinden als auch auf das der Rehabilitanden als bedeutungsvoll erachtet.

> „Das war ja im X Krankenhaus [Nennung eines Krankenhauses] in der Frühreha. Ich weiß nicht ob Sie die kennen? [I: bejaht] Ich glaube so etwas gibt es kein zweites Mal, mit Sicherheit nicht. Die Türen waren meistens auf, wer das wollte und es war jeder zuständig, ob es jetzt der Arzt war, ob das ein kleiner Pfleger war. Sobald jemand guckte oder mein Mann der ja im Rollstuhl war, nicht alleine zur Toilette konnte oder man brauchte sich nur bemerkbar machen und es war egal wer vorbeigekommen ist: „Haben sie einen Wunsch?" Oder er sagte „ich muss auf Toilette". Es war sich keiner zu gut dafür, ich fand das enorm." (Anhang 51; P6, Z. 712-719)

> „[…] Und wie es denn so weit war und er dann in die Frühreha konnte hier im X [Wiederholung des Krankenhauses], das war natürlich (..) und damit konnte mein Mann sich auch viel schneller, viel besser erholen, als wenn er jetzt sonst wo gewesen wäre, wo man vielleicht zwei Mal in der Woche hingefahren wäre. Der hätte er sich nicht so gut erholt." (Anhang 51; P6, Z. 756-760)

EINBINDUNG IN DEN VERSORGUNGSPROZESS

Nicht nur für die Rehabilitanden stellt der Schlaganfall eine große und plötzliche Veränderung des Lebens dar, die der Unterstützung durch Experten

bedarf. Auch die Partner sehen sich mit Fragen und Sorgen konfrontiert und fühlen sich durch eine Beratung und Aufklärung positiv in den Prozess eingebunden.

> „Das ja. Wie wir ins Krankenhaus gefahren sind, wie ich meinen Mann dahin gebracht hab, das war alles völlig ok, da fühlten wir uns, ja ich mich auch, gut aufgehoben gefühlt mit meinem Mann. Ich habe gleich gemerkt, die haben sich gekümmert und Untersuchungen und das war alles, mich auch mit einbezogen, mich da jetzt nicht irgendwo allein liegen lassen, stehen lassen oder sitzen lassen (lacht) haben, also ich war eigentlich immer dabei und sonst musste ich vor der Tür warten und der Arzt kam dann hat erzählt was gemacht wird und wie es im Moment aussieht. Also das war alles völlig in Ordnung, nur eben." (Anhang 31; P3, Z. 662-669

Barrieren bezogen auf den Wirkungsraum Rehabilitation

sind Kontextfaktoren innerhalb der Rehabilitation, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

Unzureichende Beratung hinsichtlich weiterführender Versorgungsmöglichkeiten

Eine unzureichende Beratung hinsichtlich der weiterführenden Versorgungsmöglichkeiten stellt sich als Barriere im Rehabilitationsprozess heraus. Auch die Partner wünschen sich mehr Informationen zu dem, was Personen in ihrer Situation zustehen könnte, um davon ausgehend entscheiden zu können, von welchen Maßnahmen die Rehabilitanden profitieren könnten. Die Möglichkeit, Entscheidungen treffen zu können und handlungsfähig zu sein, vergeht mit einer unzureichenden Information über Versorgungsleistungen.

> „[…] Aber so von Reha oder so hat auch der Hausarzt nichts gesagt und im Krankenhaus wurde da ja auch nicht weiter darüber geredet und wir haben uns dann auch keine Gedanken gemacht, weil es ihm ja dann, in Anführungsstrichen, auch so weit gut ging, dass es hätte sein müssen, das man es vielleicht hätte gleich machen sollen auch." (Anhang 31; P3, Z. 718-722)

Ungenügende Symptom- und Ursachenbehandlung

Das Gefühl, nicht zu wissen, warum der Rehabilitand einen Schlaganfall erlitten hat, äußert sich auch bei den Partnern mit Sorgen. Eine ungenügende Symptombehandlung, wie im Falle der geschilderten Schlafproblematik, führt darüber hinaus zu Unmut und Unverständnis.

> „[…] Und hoffentlich nimmt der sich der Sache mal an. Es kann natürlich sein, wir haben natürlich sämtliche Fernsehsendungen gesehen, was es darüber gibt, und überall nachgelesen. Es scheint ja wohl ein riesen Problem zu sein. Vielleicht haben Frauen damit mehr zu tun als Männer, ihre Schwester hat auch damit zu tun. Die bekommt jetzt die ganzen Schlafmittel, die es gibt, die machen abhängig, das weiß man auch. Die helfen nur eine kurze Zeit, dann helfen die auch nicht mehr und auch Baldrian und wie das alles heißt, das kennt man natürlich alles und Sport haben wir ja auch jeden Tag gemacht. Deshalb, das

> hat nicht an der Bewegung und an der frischen Luft gelegen. Wir sind sehr viel draußen. Also, ich sage mal, normalerweise, wenn man mit dem Thema irgendwo beginnt, dann kriegen wir Ratschläge, die wir alle schon kennen. […]“(Anhang 15; P1, Z. 668-678)

> „Nein überhaupt nicht. Ich denke, dass viele Menschen davon krank werden aber in Deutschland haben wir es meistens so in der Medizin, dass die Ursache dann behandelt wird, also das Symptom wird behandelt, aber nicht die Entstehung dafür, die wird nicht gesehen. […]“(Anhang 15; P1, Z. 743-746)

VERSORGUNGSBRÜCHE UND SCHNITTSTELLENPROBLEMATIK

Viele Partner schildern Situationen von Versorgungsbrüchen und Schnittstellenproblematiken. Diese zeigten sich z.B. zwischen zwei verschiedenen stationären Kontexten. Auch fehlende Absprachen zwischen den behandelnden Ärzten im Hinblick auf die zu verordneten Medikamente oder misslungene Absprachen bezüglich der Zahlung des Übergangsgeldes werden als Schnittstellenproblematiken und damit als Barriere im Bereich der Rehabilitation beschrieben.

> „Ja, ich habe in der Reha in X [Nennung eines Stadtteils], das ist ja für, eigentlich für die Patienten ist das ja wie eine kalte Dusche. Die kommen aus dieser Familie, aus dem gehütet Sein, aus dem X [Nennung eines Krankenhauses] und kommen da an, haben ihr Zimmer so und einen großen Zettel, um acht ist Frühstück, um 12 ist Mittag und um 18 Uhr ist Abendessen. Es stehen ja überall die Pfeile wo was ist, aber ob jemand jetzt.. für meinen Mann war das sehr, sehr schwer so weit zu laufen. Er hat es auch nur zwei Tage gemacht, weil er ja dann auch gefallen ist draußen beim Spaziergang da. Und dann konnte er immer auf der Station 1 dann essen. Und das hat ihm auch ganz gut getan. Da waren noch ein paar Männer, zu dritt am Tisch und in diesem großen Essraum, also er fand das ganz furchtbar. Und es ist dann aber auch wirklich wie eine kalte Dusche. Und bei dem ersten Gespräch, da war die Frau Dr., die Stationsärztin, und ja und das sagte ich dann auch. Da sagt sie, „wir sind eine Reha, wir sind ja kein Krankenhaus“. Aber ich hatte dann nachher noch zwei getroffen aus dem X [Wiederholung des Krankenhauses] und die sagten auch beide, „Boah ist das hier immer so?“ Ich sage, „Man gewöhnt sich dran, mein Mann hat sich auch gewöhnt.“ Aber (.).“(Anhang 51; P6, Z. 853-868)

> „(Räuspert) Nein. Wir sind ja erst zu unserem Hausarzt gegangen, der momentan im Urlaub ist. Es wäre schön, wenn es, ja sage ich mal Anlaufstationen gäbe, auch so, wir haben jetzt Mitte September einen Termin beim Neurologen, aber wenn man zwischendurch auch mal fragen könnte, ob er die eine oder andere Tablette noch so unbedingt haben müsste oder so und der Hausarzt kennt sich ja teilweise auch mit so Aufhellern und Kopftabletten und so nicht so aus. Das hat er auch gesagt und ich würde es, ja wenn man da noch einen Menschen hätte, den man eventuell da (..).“(Anhang 51; P6, Z.772-779)

EINSETZENDER PESSIMISMUS

Ein einsetzender Pessimismus hinsichtlich des erwarteten Erfolges weiterer Rehabilitationsmaßnahmen wirkt sich hinderlich auf die Möglichkeit aus, den Partner zu der Durchführung weiterer Rehabilitationsmaßnahmen zu motivieren.

> „[…] dann kommt das hier ins Haus und ja Physiotherapie das also, gerade was das Laufen anbelangt, da hier Besserung zu erzielen aber ich muss ehrlich sagen, viel Besserung habe ich eigentlich nicht festgestellt eher, ich würde fast sagen Verschlechterung. Trotz der vielen Anwendungen und trotz der vielen Übungen und trotz der Aufenthalte und sie hat ja jetzt so eine Rehamaßnahme im Krankenhaus gemacht im X [Nennung eines Krankenhauses] aber (..) dabei also positiv was herumgekommen ist leider nicht (lacht), muss ich sagen. Gut, vielleicht ist es jetzt auch, der Schlaganfall ist ja der erste und das war auch der stärkste Schlaganfall, der ist jetzt vier Jahre her oder fast vier Jahre her und ich denke der Zeitraum wo man hoffen kann, dass sich noch etwas verbessert, ich denke der ist verstrichen ne ?." (Anhang 59; P7, Z. 196-205)

VERÄNDERTES ROLLENVERSTÄNDNIS VON HAUSÄRZTEN

Auch einige Partner berichten von Situationen, in denen ein verändertes Rollenverständnis von Hausärzten deutlich wird. Insbesondere die Befragten, die einen altersbedingten Hausarztwechsel erfahren hatten, berichteten, dass sich die Art der Versorgung verändert habe.

> „Das ist ja eigentlich auch das, was eigentlich schade ist, was ich von einem Seelsorger eigentlich erwarte, dass er sich in meine Situation hineindenkt und auch bereit ist dazu mitzutragen, und dass das bei dem heutigen Hausarzt … der sagt, ich brauche nicht mehr Patienten, geh mir vom Acker, ich geh jetzt mal in Urlaub. Beruf und Berufung hat sich bei uns allen geändert. […]" (Anhang 23; P2, Z. 761-765)

UNZUREICHENDE PATIENTENORIENTIERUNG

Das Gefühl, dass sich die im Kontext befindlichen Professionellen nicht auf die individuelle Situation der Rehabilitanden einstellen und ihre individuellen Beeinträchtigungen, wie die fehlende Orientierungsfähigkeit oder Beeinträchtigungen im Hören, nicht berücksichtigen, wird auch von den Partner als Barriere festgestellt. Eine Partnerin schildert eine Situation, in der durch einen unsensiblen Umgang des Arztes Verunsicherung und Verletzungen beim Rehabilitanden resultierten.

> „[…] Da komme ich einen Tag ins Krankenhaus und das war noch auf der Station, wie es ihm noch so schlecht ging, da sitzt da eine junge Frau am Bett und mein Mann weint. Ich sage „Was ist denn?" Ja, sagte sie, und sie wäre vom Sozialdienst und sie müsste ja mal sehen so, ob Pflegefall. Ich sage, „Wie bitte"? (..) „Und ja mit der Frühreha" und ja, ich sage „Ja, gibt es ja hier auch". Ja aber da hätte man keine Chance, das da was frei wird. (..) Ich sage, das gibt es doch wohl gar nicht. Und ich sage, „Wo ist das Nächste"? „Ja", sagt sie „X oder X oder X [Nennung von drei Städten] und da muss man dann mal sehen oder ob es irgendwo ein Pflegeheim sein soll". Ich sage, „Wie bitte?" Ich sage, „da ist überhaupt kein Gedanke dran". „Ja" und ich sage, „ja wie soll man da denn hinkommen?" „Ja, sind sie nicht mobil?" Ich sage „ne, muss ich?" Ich musste mich erst einmal erholen.[…]" (Anhang 51; P6, Z. 729-739)

UNSICHERHEIT DURCH UNZUREICHENDE AUFKLÄRUNG

Auch die Partner zeigen sich im Prozess der Rehabilitation im Umgang mit getroffenen Entscheidungen oftmals unsicher, weil sie die Konsequenzen dieser bzw. auch die Alternativen zu diesen durch unzureichende Aufklärung

nicht einschätzen können. Unsicherheiten zeigen sich z.B. im Hinblick auf gezeigte Symptome, die Feststellung von Nebenwirkungen, die Einschätzung dessen, was den Rehabilitanden wieder zuzutrauen ist und der Einschätzung potentieller Gefahren.

> „Ja. Ja ansonsten (..) wartet man jetzt ab. Ob es richtig ist, ob man nicht vielleicht doch noch ein bisschen schneller alles haben müsste, könnte.. das kann ich so im Moment nicht beurteilen. Vom Gefühl her wünsche ich es mir, weil irgendwo so eine gewisse (..) ja Ungewissheit einfach da ist." (Anhang 31; P3, Z. 748-751)

SCHWIERIGKEITEN IM HILFSMITTELGEBRAUCH

Ein Partner schildert, dass sich im Gebrauch von Hilfsmitteln Schwierigkeiten zeigen.

> „Das hatte sie zwischendurch einmal, meinte dann, das bringt ihr nichts mehr aber jetzt will sie noch einmal damit anfangen, denn die Kraft die ist einfach zu gering auf dem Arm. […] Das taucht zu nix und da muss sie gucken, dass sie also noch einmal ein bisschen kräftiger wird, auch so mit dem Rollator: im Hause geht aber draußen ist es schon schwierig.[…]" (Anhang 59; P7, Z. 169-177)

FEHLENDE EINBINDUNG IN DEN VERSORGUNGSPROZESS

Die Partner schildern auch, sich durch fehlende Arztgespräche nicht ausreichend in den Prozess der Rehabilitation eingebunden gefühlt zu haben bzw., dass wichtige Entscheidungen ohne ihre Zustimmung getroffen und dem Rehabilitanden kommuniziert worden seien.

> „Ja. Nur eben, wie gesagt, so zum Schluss oder auch während der Zeit ist auch immer schwierig, wenn man als Besucher dann kommt und dann irgendwann einen Arzt sprechen möchte. Ich hab es auch dann nicht probiert, weil, gut mein Mann war ja so weit auch hergestellt, dass er das ja selbständig machen konnte. Aber ich denke so zum Abschluss wäre das ganz sinnvoll gewesen, wenn man da noch einmal gemeinsam auch mit einem Arzt hätte sprechen können." (Anhang 31; P3, Z. 673-678)

STAGNATION UND RÜCKSCHRITTE

Partner schildern Rückschritte, die sie im Verlauf der Rehabilitation wahrnehmen, wie z.B. eine Verschlechterung des Gehens ohne Rollator.

> „[…] Sie hatte zwischendurch mal Phasen wo sie zu Hause in der Wohnung so laufen konnte mit anfassen hier und so aber ohne Rollator aber das ist leider eigentlich noch einmal schlechter geworden. […]"(Anhang 59; P7, Z. 136-139)

FÖRDERFAKTOREN BEZOGEN AUF DEN ALTERNATIVEN WIRKUNGSRAUM

sind Kontextfaktoren innerhalb des Alternativen Wirkungsraumes, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

GEFÜHL VON SELBSTWIRKSAMKEIT

Alternative Wirkungsräume können ein Gefühl der Selbstwirksamkeit entwickeln. Die in diesem Wirkungsraum ausgeübten Tätigkeiten entsprechen oftmals den Fähigkeiten und Vorlieben einer Person und haben ein hohes Potential, von den Befragten als positiv und förderlich wahrgenommen zu werden.

> „[…] und ich komme da wieder und bin irgendwie beglückter als sie manchmal. Dass sie sagt, „Oh war das wieder toll und so. Und da kann ich wieder so von zehren!". Oder wir fahren mal wo hin und da ist mein Mann dann auch dabei, vor dem Schlaganfall, dass er sie zu seiner Schwester fährt, zu ihrer Schwester in X [Nennung einer Ortschaft] und so. Dass wir dann mal so Touren machen mit dem Auto. Ich weiß nicht, ob wird das jetzt noch wieder machen können oder dann muss ich halt fahren. Ja, also das gibt mir unheimlich viel. (Anhang 83; P10, Z. 634-640)

AUSZEIT UND ERHOLUNG

Das Verfolgen eines eigenen Hobbys bedeutet eine Abwechslung zum eigenen Alltag. Das zweite Interviewbeispiel zeigt weiterhin, dass die Ausübung von Hobbys mit einer Auszeit von der seit dem Schlaganfall veränderten Lebenssituation einhergeht und als solche als wichtig erachtet wird.

> „[…] Wäre das sonst für mich, ich habe das ja gemacht, um mal ein bisschen abzuschalten oder ganz was anderes. Das kann man tatsächlich, wenn man gute Bücher hat, dass man wirklich mal alles rauskriegt aus dem Kopf, ne? Das ist eigentlich sehr schön, nicht. Wenn man sich dann mal so eine Stunde da rein liest, dann ist man in Gedanken bei der Geschichte gerade und…." (Anhang 15; P1, Z. 648-653)

> „Eigentlich spielt das für mich eine große Rolle. Weil, man hat ja einmal, wenn man gerade aus dieser Situation, was ich schon sagte, dass mein Mann manchmal so ein bisschen ohne Grund irgendwie … er hat sich verändert.. so ein bisschen aufbrausender ist. Dann nehme ich mein Fahrrad und fahre um Pudding, sage ich immer. Und wenn einem dann der Wind um die Ohren pfeift oder ich einmal hier, wenn ich dann hier ankomme, bin ich gleich ein anderer Mensch wieder, dann bin ich das losgeworden will ich mal sagen. Dann habe ich meinen Ballast irgendwo da draußen gelassen." (Anhang 67; P8, Z. 756-763)

BARRIEREN BEZOGEN AUF DEN ALTERNATIVEN WIRKUNGSRAUM

sind Kontextfaktoren innerhalb des Alternativen Wirkungsraumes, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

EINSCHRÄNKUNGEN AUS RÜCKSICHTNAHME

Einige Interviewpassagen der Partner verdeutlichen, dass diese, aus Rücksichtnahme auf die Schlafproblematik oder auf die eingeschränkte Mobilisation der Rehabilitanden, ihre eigenen Hobbys und Leidenschaften vernachlässigen.

> „[…] Ich sagte Ihnen ja schon, dass sie auch mit Schlafproblemen zu tun hat. Ich habe ihr aber vorgeschlagen, wir könnten ja getrennt schlafen, das will sie aber nicht. Ist klar, ich brauche Licht zum Schlafen, sonst kann ich nicht Lesen und sie braucht es dunkel, damit sie schlafen kann und, ich hab da zwar so eine Lampe so gemacht, dass das einigermaßen … aber ich merke manchmal schon, dann ist sie doch ziemlich müde und schläft schon oder schläft halb und ich lese dann noch und dann irgendwann höre ich dann „Ja, Du jetzt mach mal das Licht aus“ oder so. Nach dem Motto: Jetzt … Ja, das war zwar vorher auch schon, aber nicht ganz so und jetzt habe ich immer das Gefühl natürlich, jetzt musst du da natürlich noch mehr Rücksicht drauf nehmen. Ich gehe dann schon mal ins Nebenzimmer, lese da. Aber dann muss ich auch wieder ins Schlafzimmer reingehen und mich hinlegen. Also, da muss ich mal sehen, dass wir da noch eine bessere Lösung irgendwie finden.[…]“ (Anhang 15; P1, Z. 634-645)

> „[…] Und sonstige Hobbys, ja gut, eins von den größten Hobbys die ich hatte, nämlich auf Reisen zu sein, das ist jetzt momentan ja so gut wie zum Erliegen gekommen und das bedauere ich schon sehr, dass das also da, ich dann doch ziemlich angebunden bin.“ (Anhang 59; P7, Z. 307-310)

WENIGER ZEITRESERVEN

Insbesondere jene Partner, die eine große Unterstützung im Alltag der Rehabilitanden leisten, äußern, dass sie die hierfür verwendete Zeit bei der Ausübung der eigenen Hobbys einsparen.

> „[…] Aber erst einmal ist ja klar, ich fahre da hin und wende erst einmal drei Stunden Zeit auf. Die Zeit nehme ich ja irgendwo wieder weg. An irgendeiner Stelle. Meistens bei meinen persönlichen Dingen. Da ziehe ich die Zeit wieder ab, um sie da zu investieren. Das ist natürlich logisch und ganz normal, dass das eine Belastung ist. Ja.“ (Anhang 15; P1, Z. 465-469)

FÖRDERFAKTOREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM BERUF

sind Kontextfaktoren innerhalb des Berufes, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

FLEXIBLE ARBEITSZEITEN

Flexibilität am Arbeitsplatz, z.B. bezogen auf die Arbeitszeit, wird in Phasen der zeitlichen Belastung als Förderfaktor im Bereich des Berufes benannt.

> „[…] Und man hat dann auch einmal, wenn es denn nicht so passt, so wie mit meinem Mann jetzt auch einmal, wo er dann im Krankenhaus war, die erste Woche, da hatte ich mit mir selber auch so ein bisschen Probleme, dann habe ich angerufen und dann sagten die, „Überhaupt kein Problem, kommst du nächsten oder einen anderen Tag oder etwas. Ist überhaupt kein Thema“. Und

> das finde ich, ist das Gute daran, dass man dann so einmal auch einmal eben ein bisschen wechseln kann.[…]“ (Anhang 67; P8, Z. 436-441)

AUSZEIT UND ABLENKUNG

Die Befragten schildern, dass die berufliche Tätigkeit mit einer Ablenkung von den negativen Folgen des Schlaganfalls im Alltag einhergeht und somit als Schutzfaktor wirkt.

> „Denn wenn ich zu Hause gehockt hätte, ich glaube das wäre ganz schlimm gewesen. Da habe ich sicherlich den Beruf auch tüchtig genutzt um abzuschalten. Wenn ich da also in der Klasse gestanden habe, habe ich da nicht ständig dran gedacht, das hat man schon gemerkt. […]“(Anhang 75; P9, Z. 820-823)

FREUDE AM ARBEITSLEBEN

Die Arbeit wurde von einigen Partnern als Aktivität beschrieben, die Spaß und Freude bereitet.

> „[…] Ich hatte auch vorgehabt, mit 60 aufzuhören, aber zur Zeit macht das Spaß und ich habe keinen Druck und keinen Stress usw. Höchstens mal, wenn so viele Dinge auf einmal kommen, dass man dann jetzt noch etwas erledigen muss, auf die Uhr guckt, weil man weg will aber ansonsten ist das absolut so, dass ich … Ich mache das deswegen, weil es mir zur Zeit Spaß macht. Also, das ist vielleicht wichtiger, weil ich keinen Druck habe und weil es mir Spaß macht. Und Geld verdient man auch noch damit. Das ist vielleicht auch noch ein ganz schöner Nebeneffekt beim Arbeiten, aber, nein. Das Berufliche ganz positiv eigentlich.“ (Anhang 15; P1, Z. 294-301)

VERSTÄNDNIS UND UNTERSTÜTZUNG DURCH KOLLEGEN

Auch Verständnis und Unterstützung durch die Kollegen wurde in den frühen, unruhigen Phasen nach dem Schlaganfall als Entlastung wahrgenommen und daher als Förderfaktor zusammengefasst.

> „Richtig. Und „wie können wir dir helfen?“. Ich habe eine ganz enge Kollegin mit der ich schon seit, ja ich glaube 13 Jahre, seitdem ich da an der Schule bin, zusammenarbeite und die mir viel abgenommen hat so. Wir haben beide eine 5. Klasse, die dann viel so Organisationskram oder so, ich wusste wenn ich irgendwas vergesse, sie macht das für mich und sie ist da und solche Sachen. Also das war schon toll. Und man kann es auch zurückgeben.“ (Anhang 75; P9, Z. 858-863)

BARRIEREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM BERUF

sind Kontextfaktoren innerhalb des Berufes, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

ZEITLICHE BELASTUNG

Die Ausübung des Berufs bedeutete, insbesondere in der unmittelbaren Zeit nach dem Schlaganfall, eine zusätzliche zeitliche Belastung.

> „[…] Also ich musste ihn auch vorbereiten und so, dass man manchmal schon gedacht hat, „oh wie schaffst du eigentlich alles?“. Aber im Grunde genommen, da jetzt einen roten Punkt zu machen, man könnte mal vielleicht so Kleinen, so für die Belastung sage ich mal, aber ohne dem, glaube ich, weiß ich nicht ob ich das alles geschafft hätte.“ (Anhang 75; P9, Z. 872-876)

FÖRDERFAKTOREN IM BEREICH DER SITUATIVEN BEDINGUNGEN

sind Kontextfaktoren innerhalb der situativen Bedingungen, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

FINANZIELLE ABSICHERUNG

Das Gefühl, finanziell abgesichert zu sein und finanzielle Möglichkeiten auch für einen eventuellen Notfall bereithalten zu können, wird ebenfalls als Förderfaktor wahrgenommen. Wie die anderen Kategorien bereits aufgezeigt haben, müssen Rehabilitanden mit zeitlichen Verzögerungen z.B. im Hinblick auf die Zahlung von Übergangsgeld rechnen. Eine finanzielle Absicherung verringert die Sorgen um einen möglichen Verdienstausfall.

> „[…] klar arbeite ich auch und wir würden nicht am Hungertuch nagen, insofern kann man da sicherlich auch lockerer irgendwo damit umgehen als andere, wo der Hauptberufstätige irgendwo ausfällt […].“(Anhang 75; P9, Z. 1018-1021)

WOHNRAUMBARRIEREN ALS MOTIVATIONSANTRIEB

Eine Partnerin schildert, dass das Vorhandensein von baulichen Barrieren im Haus eine konsequente und erfolgreiche Verfolgung von Therapiezielen zur Folge hatte.

> „[…] Naja mein Mann hat es ja geschafft. Er hat Treppe steigen gelernt. Ich hab im Krankenhaus gesagt: "Ja wir wohnen im ersten Stock und dann muss er eben soweit trainiert werden, dass er das schafft!“ Und mit eisernem Willen hat er das auch gemacht von Anfang an und es ist ja gut.“ (Anhang 39; P4, Z. 665-668)

HILFSBEREITE NACHBARSCHAFT

Das Angebot von Unterstützung wird auch im Bereich der Nachbarschaft als Förderfaktor wahrgenommen.

> „[…] Aber da ist mir, das fand ich eigentlich sehr positiv, insbesondere natürlich von unserer Nachbarin, weil, da habe ich das gar nicht erwartet, dass die sagte: „Du also, wenn da irgendwas ist, ich komme sofort rüber, ich würde Dir da und dabei helfen“ Also das würde ich als sehr positiv sehen.“ (Anhang 15; P1, Z. 430-434)

WOHNORTNÄHE ZU BEZUGSRÄUMEN UND BEZUGSPERSONEN

Die Nähe zu wichtigen Bezugsorten und wichtigen Bezugspersonen wird ebenfalls als positiv wahrgenommen und als Förderfaktor im Bereich der situativen Bedingungen zusammengefasst.

> „[…] und als dann hier diese schöne neue Wohnung frei wurde, da haben wir uns über Nacht sofort entschlossen hierher zu gehen, weil zwei Dinge wichtig sind. Einmal die schöne Umgebung, zweitens der zentrale Ort X und das Wichtigste an und für sich, wir sind …, ich bin baptistisch erzogen und bin ein überzeugter Christ, dass eben die Gemeinde und das, der Kontakt mit der Gemeinde mehr ist, als einmal im Jahr zu Weihnachten zu kommen und dass es zu meinem Leben dazugehört. Und da bin ich hier auch bestens aufbewahrt und dazu ist auch X hier sehr wohl und behütet und bewahrt.[…]“ (Anhang 23; P2, Z. 241-248)

> „Das ist schon günstig, das man gleich zur Stelle ist und für meine Schwester ja sicherlich auch, dass sie dann eigentlich nur auf dem Telefon zwei Knöpfe drücken muss und mich hat und insofern .....“ (Anhang 59; P7, Z. 553-555)

BARRIEREN IM BEREICH DER SITUATIVEN BEDINGUNGEN

sind Kontextfaktoren innerhalb der situativen Bedingungen, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

WEITE DISTANZEN ZU VERSORGUNGSDIENSTLEISTERN

Weite Strecken zu Versorgungsdienstleistern werden von Partnern als Barriere wahrgenommen. Die unmittelbare Zeit nach dem Schlaganfall ist oftmals mit einer eigeschränkten Fahrtauglichkeit der Rehabilitanden verbunden und geht i.d.R. mit der damit verbundenen Notwendigkeit einher, den Rehabilitanden zu Terminen zu begleiten.

> „Das ist sicherlich was und was auch am Anfang, Stichwort Rehabilitation, hier vor Ort ist nichts. Das ist zwar X [Nennung eines Ortes], das sind fünf Kilometer, aber ich musste ja hinfahren.[…]“ (Anhang 75; P9, Z. 902-903)

FÖRDERFAKTOREN IM BEREICH GESELLSCHAFT

sind Kontextfaktoren innerhalb der Gesellschaft, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

POSITIVE REAKTIONEN UND AKZEPTANZ

Auch die befragten Partner berichten von positiven und rücksichtsvollen Reaktionen unbeteiligter, d.h. in der Regel fremder, Personen.

> „Ja. Auch wenn man mit dem Rollator jetzt läuft. Ich habe gar nicht gedacht, dass die Leute so (..), ja so vorsichtig sind. […] Ja. Ich hatte, ich habe gedacht die sind alle viel gleichgültiger. Aber es ist nicht so. […] I: Also sie nehmen schon Rücksicht? […] V1 P6: Ja doch, das muss man schon sagen, obwohl man immer wieder was anderes hört aber es stimmt nicht." (Anhang 51; P6, Z. 1150-1161)

BARRIEREFREIHEIT IN ÖFFENTLICHEN GEBÄUDEN

Auch Partner stellen in Bereichen des öffentlichen Lebens, z.B. in öffentlichen Gebäuden, eine bauliche Barrierefreiheit in Form von Auffahrrampen für Personen mit Rollator oder Rollstuhl, fest.

> „[…] Ansonsten gut, wenn man, bei Ämtern muss man ja feststellen, das immer an irgendeinen Zugang gedacht ist und mit Fahrstuhl und selbst wenn man nicht direkt zum Fahrstuhl kommt mit irgendeiner Auffahrt oder Rampe oder sonst etwas, das ist eigentlich, da sind öffentliche Stellen eigentlich ganz vorbildlich." (Anhang 59; P7, Z. 614-618)

BARRIEREN IM BEREICH GESELLSCHAFT

sind Kontextfaktoren innerhalb der Gesellschaft, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

UNWOHLSEIN IN MENSCHENMENGEN

Auch die Partner berichten, dass sich die Rehabilitanden seit dem Schlaganfall in größeren Menschenmengen unwohl fühlen.

> „[…] und in diesem großen Essraum, also er fand das ganz furchtbar.[…]" (Anhang 51; P6, Z. 861-862)

FEHLENDES BEWUSSTSEIN FÜR BARRIEREN

Ein Partner berichtet, wie sich im täglichen Leben das Ausmaß von Barrieren in Lokalitäten zeigt. Dass diese teilweise durch einfache Nachrüstungen behoben werden könnten und auf eine fehlende Wahrnehmung von Barrieren schließen lassen, wird als negativer Faktor im Bereich Gesellschaft benannt.

> „[…] Denn wenn, das Maß der Dinge wenn wir einmal unterwegs sein wollen, richtet sich eigentlich danach, kann meine Schwester dort zur Toilette oder nicht. Und ich staune, wie viele Gaststätten da noch Nachholbedarf haben und selbst wenn es nur so ein simpler Haltegriff ist, damit sie sich wieder hochziehen kann oder so etwas, das fehlt oft.[…]" (Anhang 59; P7, Z. 595-599)

MANGELNDE SENSIBILITÄT UND RÜCKSICHTNAHME

Ein Partner schildert die gleiche Situation wie eine der Rehabilitanden und zeigt sich ebenso erschrocken über die mangelnde Rücksichtnahme eines

gemeinsamen Bekannten. Obwohl diesem der Schlaganfall bekannt war, provozierte er eine, für die Rehabilitandin, stressige Situation.

> „[…] Weil der wusste, dass meine Frau einen Schlaganfall hatte. Und da muss ich sagen, das sehe ich als negativ, hat das genau gewusst aber null Rücksicht drauf genommen. Nur weil er mich an einem Tag mal nicht am Telefon erreichen konnte. Hat sich danach zwar entschuldigt usw. aber … „Hat die mir einen Blödsinn erzählt" da das hab ich alles nicht.. „Das begreif ich nicht", sag ich, „was Sie da für einen Blödsinn reden. Ich muss doch für Sie nicht permanent erreichbar sein." Überhaupt kein Thema war das nachher „ja, so war das dann nicht gemeint!". Ich sag, „Natürlich, Sie haben meine Frau ganz schön nervlich durcheinander gebracht in dem Moment." […]"(Anhang 15; P1, Z. 596-604)

BARRIEREN DURCH ABSCHÜSSIGE BÜRGERSTEIGE UND STUFEN

Ein Partner schildert, dass unebene und abschüssige Bürgersteige zu einer deutlichen Einschränkung des Gebrauchs des Rollators führen.

> „[…] Sie kann wohl auf so einem glatten Krankenhausflur wunderbar spazieren mit dem Ding, das läuft ja von alleine, aber auf der Straße sobald es hubbelig wird oder der Bürgersteig abschüssig wird, wie das hier ja fast bei allen Grundstücken ist wegen der Garagenzufahrt und so, dann hat sie schon große Schwierigkeiten mit dem Rollator sich selber fortzubewegen. Also das ist schon deutlich. Und das führt natürlich dazu, dass sie kaum unterwegs ist." (Anhang 59; P7, Z. 177-182)

6.5 Auswertung der Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess der Gruppe der Rehabilitanden Teil 2

Im folgenden Abschnitt wird der 2. Teil der Leitfrage 1 bearbeitet. Hierfür werden zunächst Förderfaktoren und Barrieren, die von den Rehabilitanden in der 2. Befragung benannt werden, tabellarisch dargestellt und anschließend beschrieben.

Bearbeitung des 2.Teils der Leitfrage 1

WELCHE FÖRDERFAKTOREN UND BARRIEREN WERDEN VON REHABILITANDEN IM REHABILITATIONSVERLAUF WAHRGENOMMEN?

Förderfaktoren		Barrieren
Arrangieren mit veränderten Gegebenheiten Selbstständiges Informieren und Vertreten eigener Belange Wahrnehmen positiver Faktoren Engagement und Zielstrebigkeit Positive Grundeinstellung Innere Ruhe und Gelassenheit Wahrnehmen eigener Grenzen Positive Selbstwahrnehmung Auseinandersetzung mit Zukunftsthemen Ausblenden negativer Erfahrungen	Person	Mangelnde Abgrenzungsfähigkeit Schwierigkeit mit der Inanspruchnahme von Unterstützung Verbergen des eigenen Befindens Ungeduldiges und aufbrausendes Verhalten Negative Selbstwahrnehmung Ignorieren von Erholungsbedarf
Uneingeschränktes Wahrnehmen und Anbieten von Unterstützung Unterstützung von Normalität und Selbstbestimmung Einbezug durch Telefonate Gespräche und Mitgefühl Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens	Familie	Räumliche Distanz zu Familienmitgliedern Unvollendete Krankheitsbewältigung von Angehörigen Bevormundung
Unterstützung von Normalität Rücksichtnahme Herausstellen wahrer Freundschaften Hilfestellungen und Unterstützung Einbezug durch Telefonate und Einladungen	Bekannte	Oberflächliche Reaktionen Kontaktabnahme Fehlende Rücksichtnahme Bevormundung Eigene altersbedingte Einschränkungen
Verfügbare und motivierende Ansprechpartner Schnelle und unkomplizierte Hilfsmittelversorgung Alltagsorientierte Therapie Schnelle und sorgsame Versorgung Fortschritte und Rehabilitationserfolge Intensive Rehabilitation	Rehabilitation	Unzureichende Beratung hinsichtlich weiterführender Versorgungsmöglichkeiten Ungenügende Symptom- und Ursachenbehandlung Versorgungsbrüche und Schnittstellenproblematik Einsetzender Pessimismus Fehlen langfristiger Ansprechpartner Fehlen einer psychosozialen Beratung für Rehabilitanden und Angehörige Verändertes Rollenverständnis von Hausärzten Unzureichende Patientenorientierung Unwissenheit durch Informationsverluste und fehlende Aufklärung Stagnation und Rückschritte Unzureichende Alltagsorientierung in Therapien
Eigenständige Handhabe Auszeit Unterstützung im Verarbeitungsprozess	AW	Einschränkte Handhabe aufgrund von Beeinträchtigungen Eingeschränkte Zeit- und Energiereserven
Neue berufliche Perspektiven Freude am Austausch	Beruf	Stresspotential Empfundene Dringlichkeit des Wiedereinstiegs Vorzeitiger Ruhestand aufgrund anhaltender Beeinträchtigungen
Unabhängigkeit Haushaltshilfe Finanzielle Absicherung Barrierefreies Wohnumfeld	SB	Einschränkung der Aktivität durch Barrieren im Wohnumfeld Fehlende Unabhängigkeit durch Fahrängstlichkeit des Partners
Hilfsbereitschaft unbeteiligter Personen Hilfsmittel im Straßenverkehr	Gesellschaft	Unwohlsein in Menschenmengen Fehlendes Bewusstsein für Barrieren Abschüssige und unebene Bürgersteige

Abbildung 18: Förderfaktoren und Barrieren der Rehbailitanden (2. Erhebung)

FÖRDERFAKTOREN BEZOGEN AUF DIE PERSON

sind Kontextfaktoren innerhalb der Person, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

ARRANGIEREN MIT VERÄNDERTEN GEGEBENHEITEN

Viele Rehabilitanden äußern, sich an die veränderten Gegebenheiten seit dem Schlaganfall angepasst zu haben. Sie akzeptieren ihre Leistungsgrenzen, körperliche Grenzen und auch die veränderte Durchführbarkeit bestimmter Handlungen und Aktivitäten.

> „[…] auf der anderen Seite, das ist auch wieder das Positive, ich bin mit mir jetzt auch im Reinen. Ich sag: "Ich habe 13 schöne Jahre gehabt [Anmerkung: gemeint ist hier das Segelfliegen] und fertig, irgendwann ist alles mal zu Ende"."(Anhang 131; R8, Z. 724-727)

SELBSTSTÄNDIGES INFORMIEREN UND VERTRETEN EIGENER BELANGE

Hierunter werden jene Handlungen zusammengefasst, in denen ein selbstständiges Informieren z.B. in Bezug auf unterschiedliche Medikamente gezeigt wird. Das Vertreten der eigenen Belange zeigt sich u.a. in dem Beharren darauf, bestimmte Medikamente weiterhin zu erhalten oder auch in dem Beharren darauf von anderen weiterhin normal behandelt zu werden.

> „[…] Ich weiß wo es lang geht, was ich will und das realisiert sich so. […]"(Anhang 139; R9 , Z. 111-112)

WAHRNEHMEN POSITIVER FAKTOREN

Zu dieser Kategorie wurden Interviewpassagen zugeordnet, die die positive Sicht hinsichtlich körperlicher Veränderungen im Prozess der Rehabilitation aufzeigen.

> „[…] Ich meine, die Konzentrationsfähigkeit ist besser geworden, die war vorher auch schlechter. Hat sich auch verbessert. […]" (Anhang 139; R9, Z. 615-616)

ENGAGEMENT UND ZIELSTREBIGKEIT

In dieser Kategorie werden Aussagen zusammengefasst, die die Willenskraft und das positive Hinwirken auf Therapieziele veranschaulichen.

> „Also X [Vorname der Physiotherapeutin] gibt mir Übungen mit. Das heißt sie sagt dann zum Beispiel das Treppensteigen nach dem und dem Rhythmus, „Geh einmal jeden Tag eine halbe Stunde spazieren und lauf so und so!". Also ich mach das schon zu Hause weiter. Ja klar. Und vom Arm her mache ich das immer so, dass ich möglichst mehr mit dem rechten Arm mache als mit dem linken." (Anhang 139; R9, Z. 422-426)

Positive Grundeinstellung

In diesen Bereich fallen Textpassagen, in denen die Rehabilitanden ihre positive Grundeinstellung beschreiben. Hierbei handelt es sich um ein Charakteristikum, das sich nicht konkret auf eine Situation beziehen muss, sondern als grundsätzliche Komponente Bestand hat.

> „Aber denke jetzt einfach, dass meine positive Grundeinstellung die anderen Bereiche beeinflusst hat.“ (Anhang 139; R9, Z. 876-877)

Innere Ruhe und Gelassenheit

Innerhalb dieser Kategorie wurden Interviewaussagen zusammengefasst, die ebenfalls eine grundsätzliche Komponente der Rehabilitanden darstellen, nämlich ihre innere Ruhe und Gelassenheit, auf Herausforderungen zu reagieren.

> „Also der Stressfaktor ist ganz weg. Also ich mach mir keinen Stress mehr.“ (Anhang 139; R9, Z. 645)

Wahrnehmen eigener Grenzen

In dieser Kategorie werden die von den Rehabilitanden wahrgenommenen veränderten physischen und psychischen Grenzen beschrieben, die sie in ihren Handlungsplanungen bewusst berücksichtigen. Benannt werden u.a. auch Aktivitäten des Alternativen Wirkungsraumes, deren Ausübung sie sich aufgrund der Folgen des Schlaganfalls nicht mehr zutrauen.

> „Das ist auch von niemanden von außerhalb gekommen. Ich hätte auch wieder zum Fliegerarzt hingehen können und hätte sagen können: "Mir geht es wieder gut, alles in Ordnung! Kriege ich mein Medical?". Das hätte ich wahrscheinlich auch wieder gekriegt. Ich hab es aber von mir aus gesagt. Ich habe da lange darüber nachgedacht und wenn so etwas einmal im Flugzeug passiert, ist es tödlich. Und da habe ich gesagt: "So, ich will keine Anderen in Gefahr bringen und mich auch nicht!". Und deswegen habe ich es jetzt aufgegeben.“ (Anhang 131; R8, Z. 731-737)

> „[…] Ich habe auch sonst nichts gemacht, wenn abends Aktivitäten waren oder so, da habe ich nicht mitgemacht. Obwohl ich auch nette Leute kennengelernt habe und die haben manchmal abends noch irgendetwas gespielt. Es waren ja auch Veranstaltungen, aber ich bin dann immer hochgegangen nach dem Essen. Das haben die auch nicht übel genommen. Ich habe das von Anfang an gesagt, weil auch vermutlich ein Grund für den Schlaganfall war, dass wir auch einfach zu viel um die Ohren hatten. Es war schlichtweg zu viel. […]“(Anhang 87; R1, Z. 588-594)

Positive Selbstwahrnehmung

In diesem Bereich werden Interviewpassagen berücksichtigt, die Aufschluss darüber geben, dass sich die Rehabilitanden selbst positiv, im Sinne von

hilfsbereit, einfühlsam, freundlich oder verständnisvoll, wahrnehmen und sie diese Wahrnehmung durch andere bestätigt sehen.

> „[…] Also dass man da irgendwo immer da manchmal aufpasst und so. Und dass man so alte Herren, die alleinstehend sind, sich freuen, wenn man mal ein bisschen besonders um sie kümmert oder so. Also das sind vielleicht auch meine Stärken. […]"(Anhang 95; R2, Z. 573-576)

AUSEINANDERSETZUNG MIT ZUKUNFTSTHEMEN

Auch die Auseinandersetzung mit Themen, die in der Zukunft relevant werden, wurde als Förderfaktor im Bereich der Person zusammengefasst. Hierunter fallen z.B. Textpassagen, die sich auf die Einschätzung des Hauses hinsichtlich seiner Eignung für das Alter beziehen. Auch Textpassagen, die eine Auseinandersetzung mit dem Thema Tod beinhalten, sind enthalten.

> „Prophylaktisch denken wir schon darüber nach, ja da kann einmal etwas kommen, oder brauch auch nichts kommen, man wird älter und klappriger und ich kann hier den Garten nicht mehr machen. Der Entschluss steht für uns fest: Wir werden hier mittelfristig das Feld räumen." (Anhang 131; R8, Z. 831-834)

AUSBLENDEN NEGATIVER ERFAHRUNGEN

Ein Rehabilitand schildert, dass er die Eindrücke aus der unmittelbaren Zeit nach dem Schlaganfall beiseiteschiebt und sich nur noch durch die immer noch notwendige Medikamenteneinnahme an den Schlaganfall erinnert fühlt.

> „[…] Und ja je mehr Zeit ins Land geht, umso mehr verdrängt man das auch. Das ist dann irgendwann weg. Ich denke eigentlich nur noch einmal daran, wenn ich meine Pillen nehme. […]"(Anhang 131 ; R8, Z. 498-500)

BARRIEREN BEZOGEN AUF DIE PERSON

sind Kontextfaktoren innerhalb der Person, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

MANGELNDE ABGRENZUNGSFÄHIGKEIT

Hierunter fallen Interviewinhalte, die verdeutlichen, dass es die Rehabilitanden sowohl vor als auch nach dem Schlaganfall nicht konsequent schaffen, sich von beruflichen und privaten Problemen abzugrenzen.

> „[…] Ich hatte auch während des Krankenhausaufenthaltes Kontakte über mein Handy zur Firma hin. Es musste, ja was heißt es musste, wenn ich jetzt einen schwereren Schlag gekriegt hätte, hätte ich das auch nicht mehr regeln können. Aber dann ging es ja eben. […]"(Anhang 99; R3, Z. 752-755)

Schwierigkeit Mit der Inanspruchnahme von Unterstützung

In der Auswertung der Interviews fiel auf, dass es den Rehabilitanden schwer fällt, Hilfe und Unterstützung anderer Familienmitglieder oder Bekannter anzunehmen. Unterstützung durch andere zu erfragen, wird als lästig beschrieben und mit einem Kontrollverlust sowie mit Angst, selbst überflüssig zu sein, verbunden.

> „Nee, da muss ich selber mit klarkommen. Da kann ich ja keinen anderen irgendwie in Anspruch nehmen. […]"(Anhang 103; R3, Z. 723-724)

Verbergen des eigenen Befindens

Auch die Schwierigkeit, negative Empfindungen vor anderen zu zeigen, wird als Barriere der eigenen Person verstanden. Dies birgt auch die Gefahr, Dinge zu tun, die man eigentlich nicht tun will oder die eine Überforderung darstellen.

> „[…] Ich heul also fürchterlich schnell, was ich früher nie so getan habe. Das habe ich so gelernt, habe ich neulich mit unserem Pastor gerade gesprochen. Ich geniere mich wenn ich irgendwie heulen muss. Also früher nannte man das ja Contenance bewahren, ja. Und das habe ich so auch mit der Erziehung mit gekriegt. Ich habe meine Mutter nie weinen sehen. Nachher als sie dement war, dann weinte sie mal. Aber sonst habe ich die nicht weinen sehen, also das ist auch so ein Vorleben gewesen, weil es geht niemand etwas an wie es dir geht. Und das hat sich also ein bisschen geändert, dass ich da sehr aufpassen muss. (Lacht) weil mir das peinlich ist." (Anhang 95; R2, Z. 1050-1057)

Ungeduldiges und aufbrausendes Verhalten

Auch ein ungeduldiges und aufbrausendes Verhalten wird als Barriere der Person aufgeführt, da hierin die Gefahr liegt, anderen Menschen, die dem eigenen Empfinden nach nicht schnell genug sind, vor den Kopf zu stoßen.

> „Puh, meine Frau sagt das manchmal so, ich bin manchmal etwas, wie soll ich sagen, zu schnell angefasst. Empfinde ich selber natürlich nicht so. Wie sagt sie, aufbrausend. Aber eher selten, aber das kommt schon einmal vor. Da hat sie auch nicht ganz Unrecht. Also man ist nicht mehr so (.) gefestigt sage ich einmal." (Anhang 131; R8, Z. 849-852)

Negative Selbstwahrnehmung

Diese Kategorie umfasst sowohl negative Aussagen zu sich selbst als auch Aussagen, die beinhalten, dass man keine positiven Eigenschaften habe.

> „[…] naja es ist auch nicht mehr so schön wahrscheinlich anzusehen für Dritte, wenn ich mit Messer und Gabel essen muss." (Anhang 103; R4, Z. 614-616)

Ignorieren von Erholungsbedarf

Das Ignorieren des eigenen Erholungsbedarfes, z.B. in Form der Erledigung aller Aufgaben, bevor man sich eine Auszeit gönnt, wird als weitere Barriere

im Bereich der Person ausgewertet. Die Fähigkeit, eigene Grenzen zu erkennen und sich eine Erholung zu gönnen, ist ein wichtiger Schutz vor Überlastung. Das Ignorieren dieser Schutzmechanismen kann zu Überlastungen und eigenen physischen und psychischen Erkrankungen führen.

> „[…] Und jetzt machen wir einmal so ein Geschwisteressen, so nennen wir das, immer Anfang des Jahres anstatt Weihnachten treffen. Reihum und diesmal waren wir dran. Wir haben ja das ganze Haus oben leer, ich sag, dann können die auch hier schlafen. Und das war auch gut alles. Aber morgens dann, ich merkte das schon, war mein Blutdruck angestiegen. Ich bin dann aufgestanden um Frühstück zu machen, da stieg mein Blutdruck wieder so an. Ich konnte gar nichts essen. Obwohl es war alles schön, das waren Sachen die ich wollte. Niemand hat gesagt: "Jetzt lass mich einmal da schlafen!" oder so. Und trotzdem. Also es ist vielleicht noch ein bisschen zu viel. Keine Ahnung. (..) Also da müssen wir vielleicht noch etwas mehr daran arbeiten, dass wir nein sagen, so „Jetzt geht es aber auch nicht". […]"(Anhang 87; R1, Z. 623-632)

FÖRDERFAKTOREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM FAMILIE

sind Kontextfaktoren innerhalb der Familie, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

UNEINGESCHRÄNKTES WAHRNEHMEN UND ANBIETEN VON UNTERSTÜTZUNG

Es zeigt sich, dass Rehabilitanden nicht nur das Anbieten von Unterstützung als Förderfaktor wahrnehmen, sondern auch, dass die Unterstützung ohne Einschränkung, also bedingungslos erfolgt.

> „[…] Also das Gespräch mit ihr und dann haben die auch gesagt: "Du wir sind da!" und das reicht dann schon aus. Gut, dann hat sie mir noch so ein paar Tipps gegeben, was ich machen kann und dann ging das. Dann hat sich das beruhigt und so. Aber auch dieses Gefühl zu haben, die sind da, das reicht dann manchmal schon aus." (Anhang 87; R1, Z. 495-498)

UNTERSTÜTZUNG VON NORMALITÄT UND SELBSTBESTIMMUNG

Das Gefühl, als gleichwertiges Mitglied der Familie gesehen zu werden, ist ebenfalls ein positiv wahrgenommener Faktor, der u.a. in den folgenden Interviewpassagen verdeutlicht wird.

> „Immer noch meine Frau, weil man sich nach dem Schlaganfall als Patient immer damit auseinandersetzt. Das heißt, Schlaganfall das ist mein erster... Ich hab damit keine Erfahrung, keine fachlichen (lacht). Und ich bin immer… freu mich immer darüber, dass wir regelmäßig Blutdruck messen. Wobei wir das nur noch alle zwei Tage jetzt machen. Aber ich teile ihr das immer mit und wenn das zu viel wird, sagt sie mir: "Also jetzt reicht es aber auch mit deiner Krankheit! Jetzt ist genug." Und dann merk ich auch, dass ich mich in dem Moment zu wichtig nehme und die Normalität wichtig ist in der Reha jetzt ne. Und das ist schon ganz wichtig. […]"(Anhang 139; R9, Z. 303-310

Einbezug durch Telefonate

Telefonate mit den Familienmitgliedern geben den Rehabilitanden auch während des stationären Aufenthaltes das Gefühl ein Teil der Familie zu sein und in familiäre Aktivitäten eingebunden zu werden.

> „Ja, auch so Cousinen und Cousins, da gehen wir regelmäßig zu den Geburtstagen und die rufen auch an, also regelmäßig, also da ist der Kontakt ganz gut." (Anhang 123; R7, Z. 256-257)

Gespräche und Mitgefühl

Auch zwischenmenschliche Begegnungen, die Fürsorge und Mitgefühl ausdrücken, werden von den Rehabilitanden als unterstützender Faktor im Prozess der Rehabilitation wahrgenommen.

> „(.) Ja sie haben sich eben alle (..) eingefühlt und hatten Verständnis für die ganze Geschichte. Verständnis in dem Sinne nicht, sondern waren verständnisvoll, wenn man es so sagen will. […]"(Anhang 99; R3, Z. 533-535)

Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens

Einige Rehabilitanden berichten, dass sie bei nahezu allen Aktivitäten des täglichen Lebens, wie der Zubereitung von Mahlzeiten oder der Mobilität innerhalb des Hauses, auf die Unterstützung ihrer Partner angewiesen sind und diese auch erhalten.

> „Das geht von morgens bis abends. Das ist schon, wenn ich aus dem Sessel aufstehen will, dann muss sie mir schon helfen." (Anhang 115; R6, Z. 479-480)

Barrieren bezogen auf den Wirkungsraum Familie

sind Kontextfaktoren innerhalb der Familie, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

Räumliche Distanz zu Familienmitgliedern

Die unmittelbare Zeit nach einem Schlaganfall ist oftmals von Verlusten geprägt und bedarf unterschiedlicher Unterstützungsleistungen aus dem Familien- und Bekanntenkreis. Eine große räumliche Distanz zu Familienmitgliedern kann daher eine Barriere darstellen.

> „Ich mein der wohnt in X [Nennung einer Stadt]. Die sind auch nicht laufend hier. Nur wenn er hier ist dann hilft er auch wenn irgendetwas zu machen ist." (Anhang 103; R4 , Z. 302-303)

Unvollendete Krankheitsbewältigung von Angehörigen

Angehörige sind eine wichtige Komponente im Unterstützungssystem. Eine unvollendete Bewältigung der Krankheitsgeschehnisse wirkt sich negativ auf ihre Möglichkeit aus, Unterstützung leisten zu können.

> „Der wird da nicht mit fertig. Vorher war er jeden Tag da und wie soll ich das sagen, seitdem ich den Schlaganfall hatte da ... (..) er kann das irgendwie nicht (..) sehen, weil ich mich da so quälen muss und so, die erste Zeit.“ (Anhang 111; R5, Z. 596-598)

Bevormundung

Wie bereits beschrieben, wird das Gefühl von Normalität und Selbstbestimmung als Förderfaktor im Bereich der Familie gesehen. Bevormundung widerspricht diesem Wunsch, da sie als Lossagung von der Fähigkeit eigene Entscheidungen treffen zu können, verstanden werden kann.

> „Das sie denn sagte: "Du musst dann das und das machen, sonst wird das nichts".“(Anhang 115; R6, Z. 549)

Förderfaktoren bezogen auf den Wirkungsraum Bekannte

sind Kontextfaktoren innerhalb des Bekanntenkreises, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

Unterstützung von Normalität

Auch im Bekanntenkreis wird es als positiv wahrgenommen, wenn man das Gefühl hat, auch nach dem Schlaganfall als gleichwertiges Mitglied der Gruppe gesehen zu werden.

> „Es wird nicht mehr gefragt, so mit Hand auf den Schultern: "Na wie geht es dir denn X [Vorname von R9]?" Eher so nach dem Motto: "Wie geht es, wie steht es?" also einfach ganz normal. Das hat sich normalisiert.“ (Anhang 139; R9, Z. 452-454)

Rücksichtnahme

Auch eine Rücksichtnahme auf das, was seit dem Schlaganfall noch nicht bzw. nicht mehr möglich ist, wird als Förderfaktor wahrgenommen und zeigt sich in verschiedenen Handlungsbereichen mit dem Bekanntenkreis.

> „[…] Die waren also präsent oder haben mich angerufen. Aber auch rücksichtsvoll wieder. Nicht mich da mit Anrufen bombardiert, sondern erst einmal hier mit meinem Mann Rücksprache gehalten: "Will Sie das?". Also es war schon alles toll, wie sie sich verhalten haben.“ (Anhang 87; R1, Z. 564-567)

HERAUSSTELLEN WAHRER FREUNDSCHAFTEN

Ein Rehabilitand schildert, dass sich durch den Vorfall des Schlaganfalls wahre Freundschaften von oberflächlichen Freundschaften unterscheiden ließen.

> „Ja ich hab gemerkt, ich hab an sich einen sehr großen Bekanntenkreis und ich hab so direkt nach dem Schlaganfall gemerkt, dass Leute, die ich eigentlich gar nicht so intensiv eingeschätzt habe, als Bekannte oder Freunde, dass die mir viel näher gekommen sind. Wir haben jetzt zu einem Ehepaar sehr engen Kontakt, was ich auch sehr schön finde. Das sind die, die ein bisschen etwas mitbekommen haben und dann merk ich auch eigentlich so, was ist so "echte" Freundschaft emotional und was weniger. Das hat sich ein bisschen herausgestellt. Also ist auch eher was Positives.“ (Anhang 139; R9, Z. 463-469)

HILFESTELLUNGEN UND UNTERSTÜTZUNG

Auch das grundlegende Anbieten von Hilfestellungen und Unterstützungen durch Bekannte wird von den Rehabilitanden als unterstützend wahrgenommen.

> „Gibt es einige Personen, die jetzt zum Beispiel wenn mein Sohn nicht fahren kann, die sich schon angeboten haben zu fahren oder sonst etwas. Das ist hier unser Nachbar auch.“ (Anhang 115; R6, Z. 632-634)

EINBEZUG DURCH TELEFONATE UND EINLADUNGEN

Telefonate und Einladungen vermitteln den Rehabilitanden das Gefühl, nicht vergessen zu sein und weiterhin in Aktivitäten einbezogen zu werden.

> „Unterstützend in dem Sinne nicht, aber es rufen einige noch an, fragen wie es geht und so. Also man ist nicht abgeschrieben so.“ (Anhang 103; R4, Z. 417-418)

BARRIEREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM BEKANNTE

sind Kontextfaktoren innerhalb des Bekanntenkreises, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

OBERFLÄCHLICHE REAKTIONEN

Einige Reaktionen von Bekannten wurden als oberflächlich wahrgenommenen, weil sie z.B. die Vermutung entstehen ließen, dass sie sich mehr aus Höflichkeit, denn aus tatsächlichem Interesse nach dem Wohlbefinden, erkundigt haben.

> „Nein, das ist es ja auch immer, wenn ich gefragt werde: "Wie geht es dir?". Dann sag ich immer: "Äußerlich gut". Auch viele reagieren da gar nicht drauf, wenn ich sage: "Äußerlich gut". "Ach ja, das ist ja schön". Eigentlich hätte jetzt die Frage kommen müssen: "Und wie ist es innerlich?" (lacht).“ (Anhang 99; R3, Z. 1261-1264)

KONTAKTABNAHME

Einige Rehabilitanden schildern, dass sich der Kontakt zum Bekanntenkreis, teilweise aus Unsicherheit der Bekannten, verringert hat.

> „Ja, das ist ja so, man ist ja (.) im Grunde genommen einsam. Der Bekanntenkreis, der ist ja weggefallen.“ (Anhang 103; R4, Z. 162-163)

FEHLENDE RÜCKSICHTNAHME

Es gibt Hinweise darauf, dass sich einige Bekannte zu wenige Gedanken über die veränderten Gegebenheiten und Möglichkeiten der Rehabilitanden machen und somit rücksichtslos und gedankenlos auf diese wirken.

> „Einige organisieren dann nur so darauf los und einige, die nehmen auch Rücksicht darauf.“ (Anhang 115; R6 , Z. 614-615)

BEVORMUNDUNG

Auch im Bekanntenkreis widerspricht Bevormundung dem Wunsch nach Normalität, da sie als Lossagung von der Fähigkeit, eigene Entscheidungen treffen zu können, verstanden werden kann.

> „Zum Beispiel dass sie sagen: "Du musst das und das machen" oder "Du läufst ja nicht schlechter als vorher". So ungefähr.“ (Anhang 115; R6, Z. 584-585)

EIGENE ALTERSBEDINGTE EINSCHRÄNKUNGEN

Auch das Alter spielt im Hinblick auf die Förderfaktoren im Bekanntenkreis eine Rolle. Wenn Bekannte selbst altersbedingte Einschränkungen haben, stehen sie dem Rehabilitanden nur eingeschränkt als Ressource zur Verfügung.

> „[…] Da habe ich ein paar sehr nette Bekannte, die aber auch eben älter oder angeschlagen sind. Also von wegen Hilfe oder so, ist nicht. […]“(Anhang 95; R2, Z. 286-287)

FÖRDERFAKTOREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM REHABILITATION

sind Kontextfaktoren innerhalb der Rehabilitation, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

VERFÜGBARE UND MOTIVIERENDE ANSPRECHPARTNER

Das Gefühl, einen ansprechbaren und dazu motivierenden Gesprächspartner im Bereich der Rehabilitation zu haben, stellt auch im Hinblick auf die eigene Motivation einen wichtigen Förderfaktor dar.

> „[…] Hausarzt. Das ist also der Dreh- und Angelpunkt und der mir auch (..) ja während dieser Zeit irgendwie zu mir gehalten hat und hat gesagt: "Das kriegen wir hin. Das wird schon was". […]“(Anhang 99; R3, Z. 345-347)

SCHNELLE UND UNKOMPLIZIERTE HILFSMITTELVERSORGUNG

Eine schnelle und unkomplizierte Hilfsmittelversorgung ist für eine gelingende Versorgungsleistung bedeutsam. Darüber hinaus stellt sie eine Wertschätzung und Würdigung der Situation dar, in der sich die betroffenen Personen unfreiwillig befinden.

> „Nee, da gab es keine Probleme. Das mit dem Stuhl, das hab ich hier beim Hausarzt klären lassen. Dann den Rollator habe ich in der Reha schon bekommen. Also da habe ich keine Schwierigkeiten gesehen. Das war halt da ne?“ (Anhang 103; R4, Z. 548-550)

ALLTAGSORIENTIERTE THERAPIE

Die Motivation, aktiv in der Therapie mitzuwirken und das Erlernte im Alltag umzusetzen, steht in einem engen Zusammenhang mit dem Gefühl, dass die Therapieinhalte eine Alltagsrelevanz haben. Je alltagsnaher eine Therapie gestaltet ist, desto höher scheint die Wahrscheinlichkeit einer hohen Compliance zwischen Therapeut und Rehabilitand.

> „Also X [Vorname der Physiotherapeutin] gibt mir Übungen mit. Das heißt sie sagt dann zum Beispiel das Treppensteigen nach dem und dem Rhythmus, „Geh einmal jeden Tag eine halbe Stunde spazieren und lauf so und so!“. […]“(Anhang 139; R9, Z. 422-424)

SCHNELLE UND SORGSAME VERSORGUNG

Bei dem Krankheitsbild Schlaganfall ist eine schnelle Versorgung von besonderer Bedeutung. Rehabilitanden sehen den Wert einer schnellen und sorgsamen Versorgung auch im weiteren Verlauf. Einige Rehabilitanden schienen den Umstand, dass bei ihnen keine Ursache für den Schlaganfall festgestellt werden konnte, besser auszuhalten, wenn sie das Gefühl hatten, dass die behandelnden Ärzte sorgsam und umfassend nach einer Ursache geforscht hatten.

> „[…] Ja wenn jetzt noch einmal (...) auch mit den ganzen Ärzten mit denen ich gesprochen habe, die sagen alle: " Herr X [Name von R3] Sie sind jetzt richtig medikamentös eingestellt. Ihnen kann das eigentlich nicht wieder passieren". So und das sind die Fachleute, denen muss ich ganz einfach glauben. (..) Und ich geh davon aus, dass ich richtig eingestellt worden bin. Im Krankenhaus haben sie das gemacht. Ich selber habe das noch einmal alles eingegeben, bei Apotheker.de und habe die ganzen Medikamente da noch einmal durchgecheckt. Und ja von der Substanz her, müsste das eigentlich richtig sein.“ (Anhang 99; R3, Z. 596-603)

Fortschritte und Rehabilitationserfolge

In dieser Kategorie wurden Textstellen zusammengefasst, die verdeutlichen, dass sich bisher erreichte Ziele als Förderfaktor im Bereich der Rehabilitation auswirken.

> „[…] Und nicht nur das, auch andere Dinge. Oder ich hatte auch vorher noch so ein taubes Gefühl in meinem Arm und das ist alles weg danach gewesen. Also richtig toll. War schon gut.“ (Anhang 87; R1, Z. 605-607)

Intensive Rehabilitation

Die Intensität der stationären Rehabilitation wird als Förderfaktor gesehen.

> „Ja, auf jeden Fall diese Maßnahmen in der Reha in X [Nennung einer Stadt]. Das war richtig toll. Also die haben natürlich auf Körperliches viel geachtet, was ich dann gemacht habe. Ich war den ganzen Tag unterwegs. Ich hatte manchmal neun Anwendungen oder so. Ich konnte mich natürlich auch nur darauf konzentrieren. Ich musste ja sonst nichts machen. […]“(Anhang 87; R1, Z. 584-588)

Barrieren bezogen auf den Wirkungsraum Rehabilitation

sind Kontextfaktoren innerhalb der Rehabilitation, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

Unzureichende Beratung hinsichtlich weiterführender Versorgungsmöglichkeiten

Eine unzureichende Beratung hinsichtlich der weiterführenden Versorgungsmöglichkeiten stellt sich als Barriere im Rehabilitationsprozess heraus. Rehabilitanden wünschen sich mehr Informationen zu dem, was Personen in ihrer Situation zustehen könnte, um davon ausgehend entschieden zu können von welchen Maßnahmen sie selbst profitieren könnten. Die Möglichkeit, Entscheidungen treffen zu können und handlungsfähig zu sein, vergeht mit einer unzureichenden Information über Versorgungsleistungen.

> „Ja ich finde es nicht nur spannend, ich finde es eher interessant, dass eigentlich mehr möglich wäre, wenn mehr geholfen werden würde. Ne? Das ist der Punkt.“ (Anhang 139; R9, Z. 1205-1206)

> „Da hat keiner nach gefragt. Das ist erst herausgekommen, wie ich bei der Krankenkasse war. Ich wollte da ja etwas wissen (..) und dann sagte der gute Mann: "Waren Sie gar nicht auf Kur?". Ich sag: "Nein. Kann ich das denn?". „Ja selbstverständlich". Ja und dann habe ich das ausgefüllt und dann war es zu spät. Da war es ja schon fast X [Nennung eines Monats]. Und bis das dann alles anläuft, sind ja schon wieder sechs Wochen in das Land gezogen ne. […]“(Anhang 99; R3, Z. 923-928)

UNGENÜGENDE SYMPTOM- UND URSACHENBEHANDLUNG

Das Gefühl, nicht zu wissen, warum man einen Schlaganfall erlitten hat, äußert sich bei einigen Rehabilitanden mit Sorgen und Angst. Die eigene Handlungsfähigkeit nimmt ab, wenn sich der Einfluss des eigenen Gesundheitsverhaltens auf die Ursachen nicht bestimmen lässt.

> „Und von der Warte sagten die Ärzte auch: "Ja wir können nichts sehen. Von den ganzen Geräten her, haben Sie eigentlich nichts gehabt ne".“(Anhang 99; R3 , Z. 561-562)

> „[…] Also wenn ich mehrere Nächte nicht schlafe, dann nehme ich mal eine halbe Schlaftablette. Aber auch vom Doktor verschrieben. Aber sonst versuche ich das so irgendwie hinzukriegen. Ich habe ja nichts mehr zu tun in dem Sinne. Also ich muss ja nicht jetzt geistig arbeiten oder so. Muss ja hier nur meinen ganz normalen Kram machen. Haushalt machen.“ (Anhang 95; R2, Z. 25-29)

VERSORGUNGSBRÜCHE UND SCHNITTSTELLENPROBLEMATIK

Viele Rehabilitanden schildern Situationen von Versorgungsbrüchen und Schnittstellenproblematiken. Diese zeigen sich sowohl zwischen verschiedenen Gesundheitskontexten, wie dem Übergang vom stationären zum ambulant Kontext, als auch durch Informationsverluste, die in einem Gesundheitskontext zustande kommen. Auch Bereiche, in denen Zuständigkeiten z.B. zwischen der Krankenkasse und der Rentenversicherung geklärt werden müssen, führen zu zeitlichen Verzögerungen und damit zu einer unterbrochenen Versorgungsleistung (z.B. der Zahlung von Übergangsgeld).

> „[…] Aber wir hatten jetzt einen Fall oder ich wollte gerne noch Ergometer zusätzlich machen. Und da brauchte ich jetzt (.) ein Belastungs-EKG und da hat man mir jetzt gesagt, der Hausarzt kann es nicht machen, das muss der Herzspezialist machen, der Kardiologe. Und da habe ich auch erst einen Termin im X [Nennung eines Monats]. Und jetzt hatte meine Frau angefragt und es ist dazwischen kein Termin zu bekommen. Also und das hätte ich jetzt im Winter ganz gerne noch gemacht. Hier so ein bisschen, also Ergometer-Sport.“ (Anhang 147; R10, Z. 551-557)

> „[…] Ach so, Vertretungs-Hausärzte in der Sommerzeit, das war ja auch, das ist nach wir vor so. Wenn man nun also alle zwei Wochen, musste ich ja mein Blut abgenommen kriegen. Und dann war der Hausarzt nicht da. Dann war der Vertretungsarzt einmal da. Dann war der nächste Vertretungsarzt. Das war fürchterlich. […]“(Anhang 95; R2, Z. 1006-1010)

EINSETZENDER PESSIMISMUS

Ein einsetzender Pessimismus hinsichtlich des erwarteten Erfolges weiterer Rehabilitationsmaßnahmen kann sich hinderlich auf die Motivation zur Durchführung dieser auswirken.

> „Nee, eigentlich nicht (...), aber bei der Reha (..) ist vielleicht da doch ein bisschen, inzwischen durch die lange Erfahrung, ein bisschen etwas Negatives dazu gekommen.“ (Anhang 123; R7, Z. 708-710)

Fehlen langfristiger Ansprechpartner

Einige Rehabilitanden berichten, dass sich im weiteren Verlauf der Rehabilitation neue Symptome zeigten bzw. sich auch die eigene Wahrnehmung der bis dahin gezeigten Symptome geändert hat, ihnen dann jedoch Ansprechpartner fehlten, um diese Veränderungen besprechen und gemeinsam Lösungswege entwickeln zu können.

> „Was mir ganz oft durch den Kopf geht, was ich erlebt habe, ist einfach das jeder Schlaganfall individuell unterschiedlich ist. Und damit auch der Rehaprozess unterschiedlich ist. Ich denke, dass eine Reha nach dem stationären Bereich das ambulant weiter begleiten sollte, bis zu einem Jahr. Das heißt also, wenn man immer nach der Reha einen Ansprechpartner hätte… Zum Beispiel: in meinem Abschlussbericht steht zum Beispiel drin es wird empfohlen keine Schultätigkeit mit kleinen Kindern mehr, sondern eher so eine Dozententätigkeit, was ich da auch gemacht habe. Da gab es von meinem Arbeitgeber noch Nachfragen, aber da hatte ich keinen Ansprechpartner mehr.“ (Anhang 139; R9, Z. 1088-1096)

Fehlend einer psychosozialen Beratung für Rehabilitanden und Angehörige

Eine fehlende psychosoziale Begleitung, auch zur Verhinderung einer Depression oder familiärer Probleme als Folge eines Schlaganfalls, wird ebenfalls als Barriere benannt.

> „Von daher war ich auch völlig überrascht. Ich hatte eine Frühreha, da stand dann in meinem Therapieplan: " Neuropsychologische Betreuung". Und ich habe jetzt gedacht, da kommt ein Gespräch: "Wie geht es Ihnen? Wie geht es denn weiter?". Da wurde ich vor den Bildschirm gesetzt und Reaktionstests und so etwas gemacht (lacht). Ich habe dann auch gefragt, es war eine ältere Psychologin: "Wollen Sie kein Gespräch mit mir führen wie es mir so geht und wie wir so weitermachen?". „Nein, das ist nicht meine Aufgabe.““ (Anhang 139; R9, Z. 1010-1016)

> „Ja! Ganz eindeutig. (...) Denn die brauchen ja auch Hilfe. Die wissen ja auch nicht wie sie damit umzugehen haben. Also ich habe einen Mitpatienten gehabt mit dem habe ich auch noch Kontakt und die Frau sagte immer: "Ich kann gar nicht mehr mit dem umgehen. Ich komm gar nicht mehr mit dem klar. Der ist nur noch am Meckern und am Nörgeln, schwarzsehen“. Was weiß ich alles und da brauchen Angehörige auch Hilfe.“ (Anhang 139; R9, Z. 1111-1116)

Verändertes Rollenverständnis von Hausärzten

Einige Rehabilitanden berichten von Situationen, in denen ein verändertes Rollenverständnis von Hausärzten deutlich wird. Insbesondere die Befragten, die einen altersbedingten Hausarztwechsel hatten, schildern, dass sich die Art der Versorgung verändert hat.

> „Ja ja, ganz punktuell. Ich kann mich erinnern, dass ich mal früher zu ihm in die Sprechstunde kam, da sagte er: "Du siehst aber schlecht aus, bist du erkältet?". Ich sag: "Nee mir geht‘s nicht gut, ich bin so schwindelig und bin heute Morgen schon in eine Scheibe geflogen, weil ich so schwindelig war." und da haben sie dann Blutdruck gemessen und da hatte ich so entsetzlich hohen Blutdruck plötzlich. Weil ich hatte sonst immer niedrigen. Und dann hatte ich über 200. Ja und dann läuft die Maschine an. Ich mein, das hatte er gesehen, aber es kann

> ja auch passieren, dass er entweder wenn du nur ein Rezept brauchst, ja guckt er mal um die Ecke vielleicht. Naja, das ist so aber das wird allgemein bemängelt bei den Ärzten, dass die also nicht mehr die Hausärzte sind. Sondern, dass die möglichst, ich weiß nicht, ob die so schlecht bezahlt werden.“ (Anhang 95; R2, Z. 680-690)

UNZUREICHENDE PATIENTENORIENTIERUNG

Das Gefühl, nicht als Individuum betrachtet zu werden, sondern als Teil eines vorgefertigten Schemas, wird als störend und oberflächlich empfunden. Auch eine fehlende Passung zwischen den eigenen Fähigkeiten und den empfohlenen Rehabilitationsmaßnahmen wird negativ gesehen.

> „Ja es ging um ein Medikament, was er mir, ja mehr oder weniger angedreht hatte (..). Ich hatte geklagt, dass ich immer noch, ich sag einmal von gewissen Sachen mir Gedanken mache und, und, und. Was hätte passieren können, wenn ich da jetzt nicht gerade gestanden hätte? Wenn ich jetzt irgendwo auf der Autobahn gewesen wäre und dass mir das immer wieder durchgeht. Und wenn ich da am X [Nennung eines Ortes], an der Stelle vorbeifahre, wo es passiert ist, ich sage, denn krieg ich zittern in den Beinen. Und dann sagt er: "Ja ich hab ein gutes Mittel, da vergessen Sie alles". Ja gut, ich habe die Tabletten genommen (..). Ich habe gedacht, ich bin aus dem fahrenden Zug gefallen und die Indianer waren hinter mir her. Und alles Mögliche, richtig Alpträume.“ (Anhang 99; R3 , Z. 362-371)

UNWISSENHEIT DURCH INFORMATIONSVERLUSTE UND FEHLENDE AUFKLÄRUNG

Einige Rehabilitanden schildern, dass sie zu wenig Aufklärung zu den Nebenwirkungen der verschriebenen Medikamente erhielten. Einigen Therapeuten und Ärzten waren überdies die Hintergründe zu der Krankheitsgeschichte ihrer Patienten nicht bekannt, weswegen sie diese nur auf Nachfrage zu möglichen Nebenwirkungen oder Gefahren aufklärten.

> „[…] Und das härteste war einmal, das ich nach einer Therapiestunde fragte: "Wissen Sie eigentlich was ich hatte?". Guckt er auf seine Karte: "Nee müsste ich einmal nachgucken". (..) (lacht) Ja und dann denke ich immer, das kann es nicht sein. […]“(Anhang 139; R9, Z. 380-383)

> „Jetzt komme ich gut zurecht. Ich habe ihn jetzt eben auch gefragt, weil ich jetzt Fliegen will eben nach X [Nennung eines Landes]. Und ich sag: "Muss ich da noch irgendwas haben?". Ich habe letztes Mal noch so eine Heparin-Spritze gekriegt. Also: "Ja hast du denn Thrombose?", ich sag: "Nee, ich hatte doch die Lungenembolie.", "Ja dann gebe ich dir noch!". Also ich muss demnächst nochmal hin, dann gibt er mir noch eine. Also das kann ich mit ihm besprechen. Bloß ich glaube, die gucken auch niemals in diese Arztbriefe. Die lesen die einmal quer und dann, wenn man irgendwo herkommt. So habe ich das Gefühl, dass sie nicht wissen, was los ist.“ (Anhang 95; R2, Z. 667-674)

STAGNATION UND RÜCKSCHRITTE

Auch Stagnationen und Rückschritte im Hinblick auf Funktionsfähigkeiten oder Aktivitäten des täglichen Lebens werden von den Rehabilitanden benannt.

> „Und wenn man das jetzt überlegt, wie es dann eben im Urlaub oder Winter war, da war es noch ganz anders. Die ersten paar Wochen oder Monate war es nun wesentlich besser.“ (Anhang 115; R6, Z. 1160-1162)

> „Ja also, ich glaube nicht. Ich meine mir ging es damals besser als heute, körperlich.“ (Anhang 95; R2, Z. 877-878)

UNZUREICHENDE ALLTAGSORIENTIERUNG IN THERAPIEN

Mehrere Interviewpassagen verdeutlichen, dass der Bezug zwischen den Therapieübungen und ihrer Bedeutung für den Alltag nicht ersichtlich sei. Weiterhin zeigt sich, dass eine fehlende Alltagsorientierung die Anwendung der Therapieinhalte im Alltag erschwert.

> „Hm, trainieren Sie das manchmal mit Ihrer Physiotherapeutin direkt auf den Gehwegen zu laufen? […] V2 R7: Nein, da mache ich das eigentlich, also da habe ich das eigentlich nicht so, dass ich damit trainiere also da hab ich dann doch ziemliche Schwierigkeiten in den Beinen und dass da damit dann geregelt wird. […] I: Glauben Sie, wenn Sie da noch einmal Unterstützung bekommen würden in dem Gehen mit dem Rollator auf diesen Gehwegen, dass das dann besser werden könnte? […] V2 R7: Ja, könnte sein, hm.“ (Anhang 123; R7, Z. 558-569)

> „Ja ich habe ja einen Rollator und so. Aber das sieht so ganz einfach aus, wenn die Leute damit gehen. In Wirklichkeit ist das gar nicht so einfach (lacht). Das strengt ganz schön an, also so ganz notwendige Sachen, die kann ich. Aber dass ich da irgendwie aus Vergnügen mit dem Rollator losgehe, also das ist nicht der Fall.“ (Anhang 103; R4, Z. 537-540)

FÖRDERFAKTOREN BEZOGEN AUF DEN ALTERNATIVEN WIRKUNGSRAUM

sind Kontextfaktoren innerhalb des Alternativen Wirkungsraumes, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

EIGENSTÄNDIGE HANDHABE

Als Förderfaktor im Alternativen Wirkungsraum, also im Bereich der Hobbys, wird eine eigenständige Handhabe benannt, also das selbstständige Ausführen der zugrunde liegenden Aktivitäten.

> „Ja, das kommt, weil ich es selbstständig erledigen kann ne?“ (Anhang 123; R7, Z. 470)

AUSZEIT

Positiv wird in diesem Zusammenhang eine Auszeit vom Alltag oder von anderen Personen empfunden.

> „Doch schon, das hat alleine schon die Bedeutung: „Ich bin da für mich alleine". Ich muss niemanden etwas beantworten und nichts machen. Ich bin da für mich, das ist einfach so. Ich könnte auch im Sessel sitzen und Löcher in die Luft gucken oder so. Das ist einfach meine Zeit." (Anhang 87; R1 , Z. 529-532)

UNTERSTÜTZUNG IM VERARBEITUNGSPROZESS

Die Ausübung des Alternativen Wirkungsraumes unterstützt auch die Verarbeitung der Krankheitsgeschehnisse.

> „Naja, einmal sind die Gottesdienste für mich sehr wichtig. Einfach weil ich ein gläubiger Mensch bin und mir das eben auch hilft mit meiner Situation ein bisschen besser umzugehen. Denn das ist ein Unterschied zu früher, dass ich, früher habe ich nie so gesagt, ich meine, ich habe versucht gesund zu leben aber ich hatte das nicht dauernd im Kopf. Und jetzt muss ich eben doch gucken, ich merke, dass ich eben nicht mehr so belastbar bin. Seelisch nicht mehr so belastbar bin. […]"(Anhang 95; R2, Z. 530-535)

BARRIEREN BEZOGEN AUF DEN ALTERNATIVEN WIRKUNGSRAUM

sind Kontextfaktoren innerhalb des Alternativen Wirkungsraumes, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

EINSCHRÄNKTE HANDHABE AUFGRUND VON BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Wenn die Ausführung des Alternative Wirkungsraumes durch anhaltende Beeinträchtigungen erschwert wird, wird dies als Barriere wahrgenommen. Die erste Interviewpassage zeigt, dass die Ausführung des Hobbys selbst durch die körperlichen Beeinträchtigungen eingeschränkt wird. Die zweite Interviewpassage wiederum verdeutlicht, dass eine körperliche Beeinträchtigung sich auch indirekt negativ auswirken kann. Dies ist z.B. der Fall, wenn durch die fehlende Möglichkeit Auto zu fahren der Weg zum Alternativen Wirkungsraum verhindert wird.

> „Dass eben die Feinmotorik fehlt. […] Dass man jetzt so ein Gerät nicht mehr auseinanderbauen kann und nicht mehr vernünftig zusammensetzen kann." (Anhang 115; R6 , Z. 792-797)

> „Okay. Ja dann der Bereich Hobby. Hat sich der denn verändert seit dem Schlaganfall oder war es vorher auch schon das Lesen? […] V2 R4: Das war vorher auch schon. Bloß da war eben das Weggehen zum Schießen und so was, das ist natürlich alles nicht mehr. […] I: Also ist der Bereich „Lesen" so unfreiwillig etwas mehr geworden? V2 R4: Ja, ja. (lacht) Das kann man so sagen." (Anhang 103; R4, Z. 426-434)

EINGESCHRÄNKTE ZEIT- UND ENERGIERESERVEN

Bei den noch berufstätigen Rehabilitanden führen eingeschränkte Zeit- und Energiereserven zu einer fehlenden Ausgestaltung des Alternativen Wirkungsraumes.

> „Bislang noch nicht. Das kommt vielleicht noch. Im Moment ist man im Beruf wirklich mehr als eingespannt. Also abends jetzt zurzeit, wenn man dann auch noch Vertretung hat und quasi Arbeit für zwei, um acht Uhr gehen die Augen zu vor dem Fernseher." (Anhang 131; R8, Z. 430-433)

FÖRDERFAKTOREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM BERUF

sind Kontextfaktoren innerhalb des Wirkungsraumes Beruf, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

NEUE BERUFLICHE PERSPEKTIVEN

Für einen Rehabilitanden hat sich durch den Vorfall des Schlaganfalls eine neue berufliche Perspektive aufgetan, was von ihm als Förderfaktor wahrgenommen wird.

> „[…] Also das heißt, das Spektrum hat sich durch den Schlaganfall eigentlich erweitert. Das heißt ich habe eigentlich viel mehr Möglichkeiten etwas zu tun. Und das ist schön." (Anhang 139; R9, Z. 559-561)

FREUDE AM AUSTAUSCH

Auch Spaß und die Freude darüber, sich mit anderen Personen im beruflichen Kontext auszutauschen, werden als positiver Faktor benannt.

> „[…] Nichts desto trotz macht die Arbeit tüchtig Spaß, wenn man mit Menschen umgeht." (Anhang 131; R8, Z. 660-661)

BARRIEREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM BERUF

sind Kontextfaktoren innerhalb des Wirkungsraumes Beruf, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

STRESSPOTENTIAL

Bei einigen der befragten Personen wurde deutlich, dass der Beruf ein hohes Potential zeitlicher Überlastung beinhaltet. Die zu leistende Arbeit steht in keinem angemessenen Verhältnis zu der zur Verfügung stehenden Zeit. Die

Befragten fühlen sich vor die Wahl gestellt die als wichtig erachtete Arbeit entweder liegen zu lassen oder aber Überstunden zu leisten.

> „[…] Ein Problem im Beruf ist ja diese Personalknappheit. Bei uns ist eine kleine Behörde und wenn da nur einer ausfällt, dann brennt es schon. Bei größeren Arbeitgebern ist es sicherlich einfacher zu kompensieren. Bei uns halt nicht mehr. Und die Personaldecke ist schon knapp genug. Nur als Beispiel, jetzt sind zwei Kollegen, also eine Kollegin und ein Kollege, gegangen. Die Stellen sind nicht wieder besetzt worden. Punkt, Ende, Aus, Arbeit umverteilen, fertig. (.) So geht das.“ (Anhang 131; R8, Z. 627-633)

EMPFUNDENE DRINGLICHKEIT DES WIEDEREINSTIEGS

Schon während des Krankenhausaufenthalts war eine der befragten Personen in Sorge, dass ihr krankheitsbedingter Ausfall negative Auswirkungen für den Arbeitgeber habe.

> „[…] Weil ich auch… ja… „Meine Kunden, meine Kunden“. Ich hörte schon von meinem Kollegen, weil wir auch wieder telefoniert haben, da ist wieder ein großer Kunde abgesprungen. Ich sag: "Ach scheiße. Was machst du jetzt? Naja fängst Montag einmal wieder an" […].“(Anhang 99; R3, Z. 681-684)

VORZEITIGER RUHESTAND AUFGRUND ANHALTENDER BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Einige der Interviewstellen geben einen Hinweis darauf, dass die durch den Schlaganfall ausgelösten Beeinträchtigungen zu anhaltenden Einschränkungen in der Ausführung beruflicher Tätigkeiten führen und damit zu einem vorzeitigen Ruhestand.

> „Probleme sind aufgetaucht in dem Sinne, dass ich gerne noch bis 65 gearbeitet hätte.“ (Anhang 99; R3, Z. 663)

> „[…] Aber dann merkte ich Montag schon: Es waren ganze Passagen weg, was ich eigentlich hätte wissen müssen, es war weg. Ja und denn habe ich mich so langsam wieder eingearbeitet, alles was ich so wissen musste und hatte mich denn entschieden am Donnerstag nach X [Nennung einer Stadt] zu fahren (...) zu alten bekannten Kunden. Und die sagten denn: "Mensch, man hat dich ja gar nicht gesehen! Wo bist du denn die ganze Zeit gewesen?". Ja habe ich ganz kurz erzählt, Schlaganfall gehabt, aus dem Verkehr gezogen, bin jetzt wieder angefangen. "Ach Mensch, wie kommt denn so etwas?". Ja wie das denn so ist, dieses schnacken. Ja, aber da merkte ich schon, der stellte nämlich auch eine bestimmte Frage, was ich hätte eigentlich wissen müssen. Aber es fiel mir nicht ein. Habe ich gesagt: "Weißt du was, ich schreib das auf. Ich klär das in der Firma ab. Ich rufe dich nachher an". Ja damit war die Sache eigentlich erledigt, weil wenn man so lange unterwegs gewesen ist im Außendienst, hat man so eine gewisse Schublade, wo man dann reingreift und sagt: "Ja so kann ich den auch zufrieden stellen". Aber man muss dann auch wirklich anrufen, auch wenn es nichts geworden ist. So und dann stehe ich da und musste zum nächsten Kunden hin. Ich wusste es nicht. Ich wusste nicht, wie ich dahin komme. Es war nur 1 km weg, aber ich wusste nicht wie ich dahin komme. Ja habe ich mein Navi eingeschaltet und wie ich dann da ein Stück hingefahren war „klar“. Es kam nicht hier oben, es kam nicht zum Vorschein:[…].“ (Anhang 99; R3, Z. 684-703)

Förderfaktoren im Bereich der situativen Bedingungen

sind Kontextfaktoren innerhalb der situativen Bedingungen, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

Unabhängigkeit

Im Bereich der situativen Bedingungen werden das eigenständige Autofahren sowie die Beendigung der Pflege der Schwiegereltern als Unabhängigkeit und damit als weiterer Förderfaktor benannt. Sie ermöglichen es, Orte aufzusuchen, ohne auf die Termine oder Unterstützung anderer angewiesen zu sein.

> „(.) Auto fahren kann ich auch wieder. […] I: Ja. Das ist natürlich echt toll. […] V2 R9: Der kleine schwarze X [Nennung einer Automarke] ist meiner. I: Ach so (lacht). Ein Stück Unabhängigkeit ne? V2 R9: Ja das ist wichtig, denke ich schon.“ (Anhang 139; R9, Z. 510-519)

Haushaltshilfe

Eine Person zu beschäftigen, die im Haushalt unterstützend mitwirkt, wird ebenfalls als Förderfaktor der situativen Bedingungen wahrgenommen. Zum einen wird die Hausarbeit erleichtert, zum anderen kann eine Person, die regelmäßig das Haus aufsucht, als zusätzliche Sicherheit wahrgenommen werden.

> „[…] Ich habe also eine ganz tolle Perle hier, die also putzt, die ist 50, ist seit 20 Jahren bei uns. Also seit gut 20 Jahren bei mir im Haushalt und die macht also alles. Gestern hat sie gekocht, also mitgebracht. So das brauchte sie nicht aber sie bügelt inzwischen und putzt und macht alles und fühlt sich wie Kind im Hause. Also ich sagte gestern auch: "Du machst so viel für uns!". "Ja für seine Eltern muss man doch etwas tun!" sagte sie da. Also sie fühlt sich wie Kind, also.“ (Anhang 95; R2, Z. 438-444)

Finanzielle Absicherung

Das Gefühl, finanziell abgesichert zu sein und finanzielle Möglichkeiten auch für einen eventuellen Notfall bereithalten zu können, wird ebenfalls als Förderfaktor wahrgenommen. Wie andere Kategorien bereits verdeutlicht haben, müssen Rehabilitanden mitunter mit zeitlichen Verzögerungen in der Bewilligung von Hilfsmitteln rechnen. Die Möglichkeit, sich diese selbst finanzieren zu können, verringert Sorgen und verschafft Freiräume.

> „Ich bin da sehr gut abgesichert. Man ist wirklich sehr gut abgesichert.“ (Anhang 139; R9, Z. 253)

BARRIEREFREIES WOHNUMFELD

Wenn Rehabilitanden bestehende Beeinträchtigungen haben oder sich der Beeinträchtigungen, die altersbedingt zunehmen können, bewusst werden, wird ein barrierefreies Wohnumfeld positiv empfunden. Es bietet im Hinblick auf die Bewältigung alltagspraktischer Aktivitäten Unterstützung und die Sicherheit, nicht aufgrund baulicher Barrieren umziehen zu müssen.

> „[…] Wir haben auch eine Sitzerhöhung auf der Toilette. Obwohl wir die Toilette damals schon höher gesetzt hatten. Und gerade auf den Gedanken hin, dass man eventuell einmal krank wird. […]“(Anhang 115; R6, Z. 754-756)

BARRIEREN IM BEREICH DER SITUATIVEN BEDINGUNGEN

sind Kontextfaktoren innerhalb der situativen Bedingungen, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

EINSCHRÄNKUNG DER AKTIVITÄT DURCH BARRIEREN IM WOHNUMFELD

Eine eingeschränkte Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens durch Barrieren im Wohnumfeld wird als negativ geschildert. Eingeschränkte Handlungsschritte gehen in der Folge oftmals mit einem Angewiesen Sein auf andere Personen einher und werden als Abhängigkeit empfunden.

> „Naja was heißt schwieriger? Ich kann zum Beispiel (.) eine Tasche nicht die Treppe hochtragen, das geht nicht. Weil ich mich dann festhalten muss und mit dem Stock, da fehlt mir der dritte Arm (hustet).“ (Anhang 103; R4, Z. 476-478)

FEHLENDE UNABHÄNGIGKEIT DURCH FAHRÄNGSTLICHKEIT DES PARTNERS

Eine eingeschränkte Unabhängigkeit und das Angewiesen Sein auf fremde Unterstützung resultiert mitunter auch durch eine Fahrängstlichkeit des Partners und die somit fehlende Möglichkeit das Auto nutzen zu können.

> „Die könnte fahren, aber die mag das nicht.“ (Anhang 115; R6, Z. 514)

FÖRDERFAKTOREN IM BEREICH GESELLSCHAFT

sind Kontextfaktoren innerhalb der Gesellschaft, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

HILFSBEREITSCHAFT UNBETEILIGTER PERSONEN

Einige der befragten Rehabilitanden berichten von der Unterstützung unbeteiligter, d.h. in der Regel fremder Personen. Ihnen fallen im täglichen Miteinander Unterstützungsbedarfe auf und gleichen diese durch aktive Mitarbeit aus.

> „Ja, der Umgang ist sehr vernünftig geworden, sehr herzlich geworden." (Anhang 115; R6, Z. 959)

HILFSMITTEL IM STRAßENVERKEHR

Ein Rehabilitand benennt Hilfsmittel, wie z.B. eine Bedarfsampel, die im Straßenverkehr unterstützend wirken.

> „Die Ampel, die finde ich unheimlich gut, weil wir die jeden Tag benutzen." (Anhang 115; R6, Z. 933)

BARRIEREN IM BEREICH GESELLSCHAFT

sind Kontextfaktoren innerhalb der Gesellschaft, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

UNWOHLSEIN IN MENSCHENMENGEN

Einige der befragten Rehabilitanden berichten, dass sie sich seit dem Schlaganfall größeren Menschenmengen unwohl fühlen und Situationen dieser Art entweder gänzlich aus dem Weg gehen oder sie früher als üblich verlassen.

> „(..) Ich habe immer noch Probleme, wenn so Versammlungen sind, wo die Säle voll sind. Mag ich nicht gerne… irgendwo in der Mitte sitzen, sondern ich versuch dann irgendwo an den Rand zu kommen, wo wenn ich merke, es fällt etwas über mich, dass ich dann sagen kann: "Jacke an und ab nach Hause". Also so eine Art, wie soll man sagen, Platzangst oder wie nennt man das?" (Anhang 99; R3, Z. 876-880)

FEHLENDES BEWUSSTSEIN FÜR BARRIEREN

Hierunter fallen Interviewpassagen, die verdeutlichen, dass anderen Personen nicht bewusst zu sein scheint worin Barrieren im Alltag liegen können. Zum einen zeigen sich diese in Form baulicher Hindernisse wie Treppenstufen oder nicht automatisch zu öffnenden Türen. Zum anderen in Form eines ungeduldigen Verhaltens im Straßenverkehr, die das langsame Überqueren von Straßen erschweren.

> „[…] das heißt beim Neurologen habe ich Probleme. Da steht die Haupttür unten unter Spannung und dann komme ich da mit dem Rollator nur schwer rein. Also das ist Quälerei.“ (Anhang 123; R7, Z. 397-399)

ABSCHÜSSIGE UND UNEBENE BÜRGERSTEIGE

Ein Rehabilitand schildert, dass unebene und abschüssige Bürgersteige zu einer deutlichen Einschränkung des Gebrauchs des Rollators führen.

> „Und die Fußwege sind auch nicht gerade rollatorengerecht. Also die sind recht uneben und eigentlich für einen Rollator, wie ich das so verstehe, weil ich auch sehr wackelig auf den Beinen bin, finde ich das unangenehm.“ (Anhang 123; R7, Z. 545-547)

6.6 Auswertung der Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess der Gruppe der Partner Teil 2

Im folgenden Abschnitt wird der 2. Teil der Leitfrage 2 bearbeitet. Hierfür werden zunächst Förderfaktoren und Barrieren, die von den Partnern in der 2. Befragung benannt werden, tabellarisch dargestellt und anschließend beschrieben.

Bearbeitung des 2.Teils der Leitfrage 2

WELCHE FÖRDERFAKTOREN UND BARRIEREN WERDEN VON PARTNERN IM REHABILITATIONSVERLAUF WAHRGENOMMEN?

Förderfaktoren		Barrieren
Arrangieren mit veränderten Gegebenheiten Selbstbewusstes Vertreten eigener Belange Positive Grundeinstellung Gelassenheit und Sachlichkeit Wahrnehmen von Erholungsbedarf Positive Selbstwahrnehmung Durchhaltevermögen Ausblenden negativer Erfahrungen	Person	Mangelnde Abgrenzungsfähigkeit Schwierigkeit mit der Inanspruchnahme von Unterstützung Verbergen des eigenen Befindens Ungeduldiges Verhalten Ignorieren von Erholungsbedarf Vorbehalte gegenüber Unbekanntem
Uneingeschränktes Wahrnehmen und Anbieten von Unterstützung Einbezug durch Telefonate und Besuche Rücksichtnahme	Familie	Räumliche Distanz zu Familienmitgliedern Ausgeprägteres Empfinden von Normalität Missverständnisse
Rücksichtnahme und Verständnis Unterstützung Dauerhaftes Interesse am Wohlbefinden	Bekannte	Kontaktabnahme Ausgeprägteres Empfinden von Normalität Unzureichende Vertrauensbasis
Verfügbare Ansprechpartner Alltagsorientierte Therapie Sorgsame Versorgung Prämorbide Krankheitsbewältigung Fortschritte	Rehabilitation	Ungenügende Symptom- und Ursachenbehandlung Versorgungsverzögerungen und Versorgungsbrüche Einsetzender Pessimismus Verändertes Rollenverständnis von Hausärzten Ungewissheit und Zukunftssorgen Zeitaufwendiger Zahlungs- und Schriftverkehr Informationsverluste Mangelndes Einfühlungsvermögen Finanzielle Belastung Unsicherheiten trotz Hilfsmittelgebrauch
Auszeit und Erholung	AW	Einschränkungen aus Rücksichtnahme Weniger Zeit- und Energiereserven
Flexible Arbeitszeiten Auszeit und Ablenkung	Beruf	
Unabhängigkeit Finanzielle Absicherung Hilfsbereite Nachbarschaft Erfahrungen mit Krankheitsbewältigung	SB	Barrieren im häuslichen Kontext Abhängigkeit von Unterstützung Anderer Weite Distanzen zu Versorgungsdienstleistern
Hilfsbereitschaft unbeteiligter Personen Verändertes Bewusstsein für Barrieren	Gesellschaft	Unwohlsein bei öffentlichen Anlässen Fehlendes Bewusstsein für Barrieren Abschüssige und unebene Bürgersteige

Abbildung 19: Förderfaktoren und Barrieren der Partner (2. Erhebung)

Förderfaktoren bezogen auf die Person

sind Kontextfaktoren innerhalb der Person, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

Arrangieren mit veränderten Gegebenheiten

Als ein Förderfaktor im Bereich der Person wurde das Arrangieren mit veränderten Gegebenheiten kategorisiert. Hierunter fallen Textstellen, die verdeutlichen, dass sich die Partner auf die veränderte Lebenssituation einstellen und sich im positiven Sinne in ihr zurechtfinden.

„Ja, wir nehmen das Leben so wie es ist und können uns freuen, wenn es nicht schlechter wird. Das muss man jeden Tag sagen: "So ist es eben und damit leben wir".“(Anhang 107; P4, Z. 228-230)

Selbstbewusstes Vertreten eigener Belange

Auch Textstellen, die einen Hinweis auf das selbstbewusste Vertreten eigener Belange geben, werden als fördernder Faktor kategorisiert. In diesen wird deutlich, dass sich die Partner in Situationen mit Fachexperten nicht abweisen lassen und auf ihr empfundenes Recht, z.B. auf Behandlung oder Beratung, bestehen.

„Ja ich bin früher auch zurückhaltender gewesen, aber jetzt irgendwie werde ich stärker dadurch, weil ich es für *ihn* tun muss. Und merk das auch bei mir, dass ich dann bei Ärzten, dann doch einmal nach frage und sag: „Nee so gefällt mir das aber nicht. Ich muss noch einmal kommen" oder „Das ist noch nicht so abgeklärt". Doch da habe ich auch daraus gelernt, weil früher hätte ich auch manches doch so abgetan: „Naja war ebenso, war nicht doll. Aber was soll es" (Anhang 151; P10, Z. 667-672)

Positive Grundeinstellung

In diesen Bereich fallen Textpassagen, in denen sich die positive Grundeinstellung der Partner zeigt. Sie lassen sich als grundsätzliches Charakteristikum beschreiben und spiegeln wider, dass von einer positiven Entwicklung der Dinge ausgegangen wird.

„Hm (..) also ich denke einmal einen guten Umgang aber das liegt an uns beiden, dass wir das beide irgendwie positiv gesehen haben "Wir schaffen das!". So ne? Also so jetzt beide nicht den Kopf…[…].“(Anhang 143; P9, Z. 798-800)

Gelassenheit und Sachlichkeit

Innerhalb dieser Kategorie werden Interviewaussagen zusammengefasst, die eine Gelassenheit und Sachlichkeit der Partner verdeutlichen, mit der sie auf Herausforderungen und stresspotenzierte Situationen reagieren.

„[…] Aber ich betrachte mich auch irgendwie als locker, dass ich auch deswegen jetzt nicht irgendwie so ja, dass ich mich jetzt so darüber ärger und sage: "Mensch jetzt geht das nicht oder das nicht!" und so weiter. Also das ist jedenfalls bis jetzt nicht der Fall gewesen. […]“(Anhang 91; P1, Z. 508-511)

Wahrnehmen von Erholungsbedarf

In dieser Kategorie werden jene Textpassagen zusammengeführt, die verdeutlichen, dass die Partner ihre physischen und psychischen Grenzen erkennen und entsprechende Konsequenzen ziehen und umsetzen.

„[…] und dann mittags setze ich mich *unbedingt* eine bis eineinhalb Stunden hin, weil ich festgestellt habe sonst geht das nicht, sonst frisst man sich selber auf glaube ich. […]“(Anhang 119; P6, Z. 313-315)

POSITIVE SELBSTWAHRNEHMUNG

In diesem Bereich werden Interviewpassagen berücksichtigt, die ein positives Selbstbild in Form von Zuverlässigkeit und Hilfsbereitschaft beschreiben.

> „Och, ich denke, dass ich an sich ganz gut mit Leuten umgehen kann. Und wenn einer mal eine Frage hat. Ich habe da auch einmal eine Bekannte, die kommt dann immer: "Was meinst du dazu?" und so. Und dann kommen sie auch manchmal: "Ich brauch mal dein Tipp oder dein Ratschlag!"." (Anhang 135; P8, Z. 629-632)

DURCHHALTEVERMÖGEN

Auch die Fähigkeit, sich dauerhaft für den Partner einzusetzen und sich bei Herausforderungen ehrgeizig zu zeigen, ist ein positiv wahrgenommener Faktor bei den Partnern.

> „Nun ja, ich war ja immer auch da für meinen Mann und so. Und das werde ich auch immer sein, also da gibt es gar nicht…[…]."(Anhang 135; P8, Z.674-675)

AUSBLENDEN NEGATIVER ERFAHRUNGEN

Das Ausblenden von negativen Erfahrungen wurde ebenfalls als fördernder Faktor herausgestellt und enthält Textstellen, die ein „Wegpacken" von negativen Emotionen und Gedanken beschreiben.

> „[…] So wie es ist, nicht mehr lange darüber nachdenken groß. Dann macht man sich nämlich nur verrückt." (Anhang 135; P8, Z. 960-962)

BARRIEREN BEZOGEN AUF DIE PERSON

sind Kontextfaktoren innerhalb der Person, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

MANGELNDE ABGRENZUNGSFÄHIGKEIT

Hierunter fallen Interviewinhalte, die verdeutlichen, dass sich die befragten Partner nicht angemessen von Problemen und Stresspotentialen abgrenzen und ein schlechtes Gewissen haben, wenn durch eigenen Entscheidungen mitunter negative Konsequenzen für andere Personen resultieren.

> „[…] ich bin manchmal noch derjenige der vielleicht noch zu vieles an sich ranlässt oder ran zieht. Ich möchte gerne überall dabei sein und alles mitmachen. Das ist dann ein bisschen schwierig, weil das nun nicht mehr so geht." (Anhang 91; P1, Z. 501-504)

Schwierigkeit mit der Inanspruchnahme von Unterstützung

In der Auswertung der Interviews fiel auch die Schwierigkeit auf, Hilfe und Unterstützung anderer Familienmitglieder oder Bekannter anzunehmen, was die folgende Interviewstelle exemplarisch veranschaulicht.

> „[…] Ich bin manchmal sehr sauer darüber, weil man andere fragen muss. Aber es ist halt so." (Anhang 119; P6, Z. 258-259)

Verbergen des eigenen Befindens

Auch die Schwierigkeit, das eigene Empfinden anderen Personen mitzuteilen, wird als Barriere im Bereich der Person zusammengefasst.

> „[…] Also wenn es mir wirklich einmal bis hier stand, vorher habe ich nie gesprochen. Und das mache ich heute auch noch nicht. Dann weine ich einmal eine Stunde, das tut mir genauso gut und das kann ich. Wenn niemand zuguckt, sonst geht es nicht." (Anhang 119; P6, Z. 340-343)

Ungeduldiges Verhalten

Ein ungeduldiges wird ebenfalls als Barriere der Person aufgeführt. Insbesondere Situationen, in denen eine Handlung des Partners dem eigenen Empfinden nach nicht schnell genug ausgeführt wird oder Veränderungen nicht schnell genug herbeigeführt werden, bewirken Ungeduld und ein ungerechtes Verhalten dem Partner gegenüber.

> „[…] also ich bin doch sonst eher ungeduldig, weil es mir also alles nicht zügig und schnell genug geht und gerade meine Schwester ist sicherlich so vom Ablauf her auch ohne die Schlaganfälle vermutlich ein etwas langsamer Typ und ich bin vermutlich ein etwas hastiger Typ.[…]" (Anhang 127; P7, Z. 525-528)

Ignorieren von Erholungsbedarf

Das Ignorieren des eigenen Erholungsbedarfes, z.B. in Form der Erledigung aller Aufgaben, bevor man sich eine Auszeit gönnt, wird als weitere Barriere im Bereich der Person ausgewertet. Die Fähigkeit, eigene Grenzen zu erkennen und sich eine Erholung zu gönnen, ist ein wichtiger Schutz vor Überlastung. Das Ignorieren dieser Schutzmechanismen kann zu Überlastungen und eigenen physischen und psychischen Erkrankungen führen.

> „[…] Vorher muss ich *viele* andere Sachen erledigen um auch Spaß dabei zu *haben*. Das geht sonst nicht!" (Anhang 119; P6, Z. 775-776)

Vorbehalte gegenüber Unbekanntem

Eine negative Vorannahme gegenüber unbekannten Aktivitäten, wie der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, verhindert eine Inanspruchnahme, die jedoch eventuell positive Effekte bewirkt hätte.

> „Aber nicht unbedingt in die Selbsthilfegruppe, die da jetzt sitzt „Ah ja, hast du das auch, wenn du wach wirst" oder so. „Ach das ist hier oder da". Nein, *das* möchte ich nicht, das sehe ich ja so! Das muss ja nicht jeder noch unterstützen.“ (Anhang 119; P6, Z. 893-895)

FÖRDERFAKTOREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM FAMILIE

sind Kontextfaktoren innerhalb der Familie, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

UNEINGESCHRÄNKTES WAHRNEHMEN UND ANBIETEN VON UNTERSTÜTZUNG

Es zeigt sich, dass die Partner nicht nur das Anbieten von Unterstützung als Förderfaktor wahrnehmen, sondern auch, dass die Unterstützung ohne Einschränkung, also bedingungslos, erfolgt.

> „(…) Ja so viel brauchen wir sie gar nicht. Nur es ist für mich so eine tolle Gewissheit, dass ich weiß, wenn ich jetzt einmal nicht könnte oder ich schaffe es nicht alleine, meinem Mann gegenüber, dass sie dann da sind. Es ist manchmal gar nicht die reale Unterstützung, sondern nur zu wissen: "Ich brauche ja nur anzurufen". Und zack schon sind sie da.“ (Anhang 151; P10, Z. 501-505)

EINBEZUG DURCH TELEFONATE UND BESUCHE

Auch der Einbezug des Rehabilitanden durch Telefonate und Besuche wird von den Partnern als Förderfaktor wahrgenommen.

> „[…] aber ansonsten ist schon sehr viel Verständnis dafür da und es finden also viele Telefonate insoweit statt also das ist schon eigentlich denke ich positiv, denn wenn man eigentlich nicht mehr so vollwertig dabei sein kann, ist ja relativ schnell ein Abstand da und das muss ich sagen, stellen wir eigentlich nicht fest, das ist eigentlich so ganz in Ordnung. […]“(Anhang 127; P7, Z. 405-409)

RÜCKSICHTNAHME

Das Gefühl, dass sich andere Personen in die veränderte Lebenssituation einzufühlen versuchen, stellt einen weiteren Förderfaktor dar.

> „[…] Wir haben einige Dinge ein bisschen abgeblockt erst einmal, weil wir sind sehr aktiv und haben einige Aktivitäten ein bisschen zurückgestellt und gesagt: "Das geht erst einmal nicht!". Einfach um ein bisschen Stress auch zu nehmen. Und das haben die auch alle ganz gut aufgefasst, sage ich einmal. […]“(Anhang 91; P1, Z. 289-293)

BARRIEREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM FAMILIE

sind Kontextfaktoren innerhalb der Familie, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

Räumliche Distanz zu Familienmitgliedern

Auch für die Partner ist die unmittelbare Zeit nach einem Schlaganfall oftmals von Verlusten geprägt und bedarf unterschiedlicher Unterstützungsleistungen aus dem Familien- und Bekanntenkreis. Eine große räumliche Distanz zu Familienmitgliedern kann daher auch für sie eine Barriere darstellen.

> „[…] sagen wir einmal all die Familienmitglieder, die außerhalb von X [Nennung des eigenen Wohnortes] sind, die scheiden für uns auch schon durch die Entfernung aus. […]“ (Anhang 127; P7, Z. 290-291)

Ausgeprägteres Empfinden von Normalität

Einige Partner schildern, dass es eine Herausforderung darstellt, wenn die Rehabilitanden keine sichtbaren Beeinträchtigungen haben. Dies führe dazu, dass die Bekannten ein stärkeres Empfinden hinsichtlich der Einkehr von Normalität haben und anhaltende Beeinträchtigungen durch den Schlaganfall bagatellisieren.

> „[…] Und ich denke einmal je mehr Zeit vergeht vom Schlaganfall (..) je natürlicher wird das und „Die kommen ja auch alleine zu Recht“ ne? „Mama und Papa schaffen das schon!" Ja, gut, jetzt denke ich auch. Am X [Wiederholung des Wochentages] da hat er uns dann wieder abgeholt, da sagt er dann „Entweder wir fahren mit dem Fahrrad raus oder wir fahren nach X [Nennung eines Landes]." Und da denke ich manchmal „Da könntest du uns ja auch mitnehmen!" […]“(Anhang 119; P6, Z. 237-242)

> „[…] Eins machen wir dann, beim Anderen sagen wir ab. Da muss man dann auch erst einmal sehen, dass da ein bisschen Verständnis für aufkommt. Denn so nach dem Motto, da muss man immer wählen, wem sagt man ab. Das ist ja nicht so einfach manchmal. Wen setze ich zurück, wen stelle ich davor. Ja (...) Verständnis ist schon manchmal da, aber es ist nicht immer so, dass man den Eindruck hat, es kommt noch richtig rüber.“ (Anhang 91; P1, Z. 298-303)

Missverständnisse

Eine unterschiedliche Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten der Familienmitglieder kann als Abweisung empfunden werden und zu Missverständnissen führen.

> „[…] Ja und dann *muss* ich aber vorsichtig sein und darf das nicht meiner Tochter so krass erzählen, denn dann ist sie beleidigt. Ich habe ihr schon oft gesagt, dass sie ihr Geschäft hat und nicht einfach abschließen kann und die Leute da mit halben Fingernägeln sitzen lassen und bis sie hier wäre, ist fast eine Stunde vergangen. Das bringt doch nichts.“ (Anhang 119; P6, Z. 419-423)

Förderfaktoren bezogen auf den Wirkungsraum Bekannte

sind Kontextfaktoren innerhalb des Bekanntenkreises, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

RÜCKSICHTNAHME UND VERSTÄNDNIS

Eine Rücksichtnahme hinsichtlich dessen, was seit dem Schlaganfall noch nicht bzw. nicht mehr möglich ist, wird als Förderfaktor wahrgenommen. Auch ein Mitgefühl für die veränderte Lebenssituation wird positiv wahrgenommen und zeigt sich in verschiedenen Handlungsbereichen mit dem Bekanntenkreis.

> „[…] alles in allem ist schon ein ganz gutes Verständnis da von allen Seiten." (Anhang 91; P1, Z. 324-325)

UNTERSTÜTZUNG

Auch das grundlegende Anbieten von Unterstützungen in Form von Gartenpflege oder der Übernahme von Haushaltsaktivitäten wird von den Partnern als Förderfaktor im Bekanntenkreis wahrgenommen.

> „[…] Also die, die uns näher stehen, sind alle sehr hilfsbereit und das kann man wirklich nicht anders sagen. […]"(Anhang 119; P6, Z. 520-521)

DAUERHAFTES INTERESSE AM WOHLBEFINDEN

Einige Textstellen verdeutlichen die Bedeutung des dauerhaften Interesses an der veränderten Lebenssituation. Dieses wird auch mit Abstand zu dem eigentlichen Vorfall des Schlaganfalls als positiv erlebt.

> „[…] Also die meisten, ich merke das ja immer wieder, egal wen wir treffen, ich treffe ja viele sehr oft, also da wird eigentlich schon permanent immer gefragt: "Sag einmal wie geht es dir? Und ist alles in Ordnung?" und so weiter und sofort." (Anhang 91; P1, Z. 365-368)

BARRIEREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM BEKANNTE

sind Kontextfaktoren innerhalb des Bekanntenkreises, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

KONTAKTABNAHME

Einige Partner schildern, dass sich der Kontakt zum Bekanntenkreis durch den Vorfall der Erkrankung verringert habe.

> Ja, das hatte ich mir eigentlich noch etwas voller vorstellen können insbesondere (..) da wären dann ja Reisen erforderlich, mindestens zwei bis drei Tage wo man noch einmal wegfährt und da man das nicht kann, schränkt das natürlich schon ein bisschen ein. Die sagen dann zwar immer: "Ja kommt sie denn?" (lacht), ist schon schlecht ne? Also insofern, das ist dann schon mit eine deutliche Beeinträchtigung. (Anhang 127; P7, Z. 418-422)

Ausgeprägteres Empfinden von Normalität

Einige Partner schildern, dass es eine Herausforderung darstellt, wenn die Rehabilitanden keine sichtbaren Beeinträchtigungen haben. Dies führe dazu, dass die Bekannten ein stärkeres Empfinden hinsichtlich der Einkehr von Normalität haben und anhaltende Beeinträchtigungen durch den Schlaganfall möglicherweise bagatellisieren.

> „Das ist ja so, weil man sieht das ja nicht bei meiner Frau. Es ist ja nicht so, dass sie humpelt oder dass sie den Kopf schief hält. Dann denken ja viele sie hat ja gar nichts genau genommen. Das macht die Sache manchmal.. Manchmal verstehen die das nicht so ganz. […]“(Anhang 91; P1, Z. 307-310)

Unzureichende Vertrauensbasis

Einige Partner berichten, dass sie die Kontakte mit Bekannten als so oberflächlich empfinden, dass keine ausreichende Vertrauensbasis gegeben ist, um sich auf das eigene Empfinden bezogen ehrlich mitzuteilen.

> „[…] Aber sonst.. Zu den anderen Bekannten, würde ich das was ich denke nicht erzählen. Nein, das geht sie gar nichts an.“ (Anhang 119; P6, Z. 330-332)

Förderfaktoren bezogen auf den Wirkungsraum Rehabilitation

sind Kontextfaktoren innerhalb der Rehabilitation, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

Verfügbare Ansprechpartner

Das Gefühl, einen ansprechbaren Gesprächspartner im Bereich der Rehabilitation zu haben, stellt einen wichtigen Förderfaktor im Hinblick auf das Wohlbefinden dar.

> „[…] Gut, der Schwerbehindertenbeauftragte, es sind genug Leute, die man ansprechen kann, aber die man auch ansprechen muss, aber der hat auch z.B. …der Schwerbehindertenbeauftragte rief auch gestern selber noch einmal an und wollte hören "Wie sieht es denn aus?". Also schon kümmernd, […].“(Anhang 143; P9, Z. 322-326)

Alltagsorientierte Therapie

Das Üben alltagsrelevanter Handlungsschritte in der Therapie wird auch von Partnern als Förderfaktor herausgestellt.

> „In der Therapie haben sie Busfahren gelernt. Da ist das gewesen, in X [Nennung eines Stadtteils der Aufschluss darüber gibt, dass die Rehaklinik gemeint ist] ist extra der Busunternehmer hingekommen und da sollten sie das üben und hat er auch gelernt da. […]“(Anhang 107; P4, Z. 107-110)

SORGSAME VERSORGUNG

Eine sorgsame Versorgung der Rehabilitanden sorgt für ein positives Gefühl und wird daher ebenfalls als Förderfaktor wahrgenommen.

> „[…] Und Gott sei Dank war ja auf der Station die Neurologin, die hat ja nicht locker gelassen, sie *wollte* wissen wo der Ursprung herkommt. Und da kann man schon ganz froh sein, dass sie so hartnäckig war und sie hat auch dann ja von Anfang an auch zugesehen dass er dann in der gleichen Klinik zur Frühreha kam." (Anhang 119; P6, Z. 570-573)

PRÄMORBIDE KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG

Eine Rehabilitandin wusste seit einer Voruntersuchung, dass sie mit einer hohen Wahrscheinlichkeit einen oder mehrere Schlaganfälle erleiden würde. Dieses Wissen half auch dem Bruder, sich auf den Schlaganfall vorzubereiten und entsprechende Vorkehrungen treffen zu können.

> „Also ich muss sagen sowohl meine Schwester als auch ich, wir waren über den Schlaganfall nicht überrascht. Es war vorher bekannt, dass sie im Kopf solche Engstellen hat, die auch nicht behoben werden konnten und sodass also immer die Gefahr eines Schlaganfalls bestand. Als er dann da war, gut, ist die Aufregung dann trotzdem groß, aber wir sind nicht in so ein tiefes Loch gefallen ne? Also wir wussten das kann so passieren und wenn es dann passiert, dann ist es ebenso und insofern waren wir nicht so fürchterlich geschockt, das beeinträchtigt zwar und man rechnet dann immer einmal, insbesondere die ersten Tage mit dem schlimmsten, aber man gewinnt dann auch relativ schnell auch seine Fassung wieder und auch so die nächsten Schlaganfälle, die so stattfinden, ja das kann man dann schon ganz gut verkraften." (Anhang 127; P7, Z. 539-549)

FORTSCHRITTE

Partner nehmen Verbesserungen der Fähigkeiten der Rehabilitanden, z.B. im Laufen, Sprechen oder der Fähigkeit, wieder Autofahren zu können, deutlich wahr und benennen Beispiele für die positiven Veränderungen.

> „[…] die Rehabilitation so die medizinische und Physio und so weiter, das ist sicherlich alles super gelaufen, […]."(Anhang 143; P9, Z. 573-574)

BARRIEREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM REHABILITATION

sind Kontextfaktoren innerhalb der Rehabilitation, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

UNGENÜGENDE SYMPTOM- UND URSACHENBEHANDLUNG

Das Gefühl, nicht zu wissen, warum der Rehabilitand einen Schlaganfall erlitten hat, äußert sich auch bei den Partnern mit Sorgen. Eine ungenügende Symptombehandlung, wie im Falle der Schlafproblematik, führt darüber hinaus zu Unmut und Unverständnis.

> „Das haben die leider in der Reha auch nicht hingekriegt. Das hatten wir damals noch gehofft, dass das gelöst wird. Dann hatte man das ja wieder schön so in grün machen können. Aber das ist nicht der Fall. Das haben die nicht hingekriegt. […] I: Das ist schon eine Belastung. […] V2 P1: Vielleicht kriegt man das ja auch nicht hin. Es gibt ja Dinge im Leben, man wird nicht alles schaffen vielleicht. Vielleicht schafft die Medizin einmal bessere Sachen auf den Markt zu bringen, wo man dann nicht so mit Nebenwirkungen zu tun hat. Aber ich glaube wenn man sich immer mit Schlaftabletten voll dröhnt, wird nicht gut sein, nach wie vor. […]“(Anhang 91; P1, Z. 699-709)

VERSORGUNGSVERZÖGERUNGEN UND VERSORGUNGSBRÜCHE

Viele Partner schildern Situationen von Versorgungsbrüchen und Schnittstellenproblematiken. Diese zeigten sich z.B. zwischen verschiedenen Gesundheitskontexten, der Verordnung weiterführender Therapien oder in der Bewilligung von Hilfsmitteln.

> „Ja, wir hatten ja dieses Blutgerinnungsmessgerät… also nach dem vierten Mal ne? Also das war ganz schwierig!“ (Anhang 119; P6, Z. 557-558)

EINSETZENDER PESSIMISMUS

Ein einsetzender Pessimismus hinsichtlich des erwarteten Erfolges weiterer Rehabilitationsmaßnahmen wirkt sich hinderlich auf die Möglichkeit aus, den Partner zu der Durchführung weiterer Rehabilitationsmaßnahmen zu motivieren.

> „(..) Also (..) so ganz forsch gesagt würde ich sagen „nein“, was daran liegt, dass ich mir mehr Erfolge wünschen würde und die treten eigentlich, wenn ich jetzt einmal von dieser Blutdrucksache einmal absehe, das war eigentlich das erste Mal wo ich einmal wirklich sagen kann "Mensch, das ist also mal ein riesen Fortschritt", aber sonst, das was so Arm und Beim meiner Schwester betrifft ist es ja eher schlechter geworden, es hat also nach dem großen Schlaganfall X [Wiederholung einer Jahreszahl] war es sehr schlecht geworden, das ist klar, aber dann wurde es auch so ein bisschen besser aber die nächsten Schlaganfälle, die haben das alles wieder nach hinten verschoben und da fehlt dann einfach die Besserung, da ist nichts mehr nachgekommen an Positivem sodass ich da eigentlich -wie gesagt bis auf das Thema Blutdruck, was eigentlich seit einem Monat jetzt gut läuft, ich hoffe es bleibt so (lacht), ist eigentlich auch nichts Positives zu vermelden ne? […]“(Anhang 127; P7, Z. 482-493)

VERÄNDERTES ROLLENVERSTÄNDNIS VON HAUSÄRZTEN

Auch einige Partner berichten von Situationen, in denen ein verändertes Rollenverständnis von Hausärzten deutlich wird. Insbesondere die Befragten, die einen altersbedingten Hausarztwechsel hatten, berichteten, dass sich die Art der Versorgung verändert habe.

> „Och ja, doch ja (lacht). Weil man ist schon zu lange dahin gewesen. Und wir haben uns privat dann auch geduzt. Dann ist das alles sowieso schon ganz anders. Und dieser Arzt war auch immer so locker drauf. Also wenn ich einmal alleine bei ihm war, so ein Gespräch war schon heilend, sag ich immer. Und ich denke dass so jetzt die ich jetzt habe, die Ärztin, so wird das nicht wieder werden. Das ist aber auch ganz normal.“ (Anhang 135; P8, Z. 607-612)

UNGEWISSHEIT UND ZUKUNFTSSORGEN

Einige Partner berichten von Unsicherheiten im Hinblick auf die Zukunft. Diese bezieht sich zum einen auf die berufliche Zukunft des Rehabilitanden, zum anderen auf die Sorge vor einem erneuten Schlaganfall.

> „[…] aber das andere eben so mit Rente und mit Beruf, „Wie geht das weiter?“ das ist nervig […].(Anhang 143; P9, Z. 574-575)

ZEITAUFWÄNDIGER ZAHLUNGS- UND SCHRIFTVERKEHR

Ein zeitintensiver Zahlungs- und Schriftverkehr, der einer Erstattung ausgelegter Kosten oder einer firstgerechten Krankmeldung beim Arbeitgeber dient, wird ebenfalls als negativer Faktor benannt.

> „[…] Und durch die vielen ärztlichen Behandlungen, meine Schwester ist bzw. war ja Beamtin, das heißt das läuft einmal so, dass erst die Arztrechnungen an die Beihilfe gehen, die dann einen gewissen Prozentsatz übernehmen. Dann gehen die Unterlagen an die Private Krankenversicherung, die dann den Rest oder zumindest das zahlen, was sie meinen zuständig für zu sein und dann.. das bindet unheimlich Zeit und das sind Packen, die da an Rechnungen kommen. Und sonst was so an Schriftverkehr ansteht und das zusammen mit dem normalen Tagesgeschäft, was zu bewältigen ist, ist die Einschränkung also schon eigentlich sehr groß.“ (Anhang 127; P7, Z. 64-72)

INFORMATIONSVERLUSTE

Einige Partner schildern, dass bei ärztlichen Untersuchungen und Gesprächen ohne ihr Beisein wichtige Informationen verloren gingen. Auch zwischen den Versorgungsdienstleistern führen mangelndes Interesse und fehlende Zeit zu Informationsverlusten.

> „[…] „Wissen Sie, Sie haben sich den Krankenhausbericht gar nicht durchgelesen, dann hätten Sie nämlich festgestellt, dass der Schlaganfall vom Herzen kam!" […]“ (Anhang 119; P6, Z. 564-566)

MANGELNDES EINFÜHLUNGSVERMÖGEN

In diese Kategorie fallen Aussagen, die verdeutlichen, dass die Partner mitunter stärker in den Versorgungsprozess eingebunden werden als die Patienten selbst. Gespräche mit Ärzten würden bisweilen über den Patienten hinweg geführt. In der Entscheidungsfindung fänden die Rehabilitanden somit keine Berücksichtigung, wenn nicht die Partner regulierend eingriffen.

> „[…] Manchmal ist es so dann allerdings, dass mein Mann da nur sitzt und die Ärzte nur mit mir reden (lacht). Oder von ihm in der dritten Person sprechen: „Wie ist es? Kann er das noch?", also dann nehme ich mich schon zurück und sage: „Das müssen Sie meinen Mann schon selber fragen!“ […]“(Anhang 151; P10, Z. 603-607)

Finanzielle Belastung

Die mitunter notwendige Vorauszahlung von Hilfsmittel- und Krankenhauskosten stellt eine finanzielle Belastung und zusätzliche Barriere im Bereich der Rehabilitation dar.

> „[…] Wir haben also (..) weil die in Rückstand geraten waren Schlag auf Schlag so sieben, acht Rechnungen über Rettungswagen gekriegt und die sind, wenn der Notarzt dabei ist, liegen die so bei 750 Euro pro Einsatz ne? Das ist Geld was da weggeht, denkt man gar nicht (lacht). Also wenn man so wie meine Schwester sämtliche Rechnungen selber kriegt, das sind ja Beträge… unheimlich! Da muss man sich nicht wundern, wenn die Krankenkassenbeiträge so hoch sind. Da geht Geld weg, unglaublich. Ja, aber das war so die ganzen Tage, die ich mal so notiert habe. Ja und das sind dann so die Abrechnungen [blättert im Ordner], die dann z.B. die X [Nennung einer Krankenkasse] also die private Krankenversicherung dann so macht, die sind dann.. dann muss man gucken ob die alles abgerechnet haben und ob das alles stimmt und sonstiges. Denn da geht es dann ja um Bargeld und da muss man dann gucken, dass man dann das kriegt was so in etwa ausgegeben wurde. Denn wir müssen ja erst alles selber vorfinanzieren, sämtliche Rechnungen bezahlen und dann muss das Geld wieder rein. Das ist ein mühsames Geschäft, meine Schwester muss also auf ihrem Girokonto immer einen stattlichen Betrag vorhalten damit sie in der Lage ist die ganzen Rechnungen zu bezahlen, da die ja auch nicht so nahtlos dann auch so schnell wieder drin sind. So und da merken wir natürlich jede Verzögerung, die einmal eintritt. Jetzt momentan, die Beihilfe ist in X [Nennung einer Stadt], die das dann abrechnet, das gehört ja zur Oberfinanzdirektion. Und die muss momentan also ziemlich abgesackt sein, entweder durch Krankheit oder Urlaub oder wie auch immer, da dauert es dann so lang. Ja, dann lauert man natürlich auf das Geld. Wenn dann so Krankenhausrechnungen über 7000 oder 8000 Euro kommen, dann ist der Privatmann eigentlich nicht in der Lage das so alles auf dem Konto vorzuhalten (lacht), das ist dann schon schwierig und die wollen ja irgendwann auch ihr Geld haben und es sind einige, die jetzt auch so z.B. das X Krankenhaus [Nennung eines Krankenhauses], das stelle ich mehr und mehr fest, denn so im Laufe der Jahre hat man da ja schon einen Überblick, die Fristen werden immer kürzer. Früher haben die sehr lange gebraucht um die Rechnungen überhaupt zu stellen, ein viertel Jahr kein Problem, und auch das Zahlungsziel war großzügig gesetzt… vier Wochen, aber heutzutage kommen die Rechnungen doch relativ zügig rein und die sind inzwischen bei einem 14-Tage-Modus wo die das Geld haben wollen. Und so schnell kann ich das gar nicht, also gestern ist eine Rechnung gekommen, da ging es "nur" in Anführungsstrichen um einen Tausender vom Krankenhaus, aber die wollen das dann bis zum 13. bezahlt haben und bis ich das überhaupt bei der ersten Stelle eingereicht habe und bis die dann abgerechnet haben, muss das längst bezahlt sein, weil die so lange brauchen. Also das ist auch schon oftmals so ein finanzieller Klimmzug, den man machen muss. Also Sie sehen das sagen wir einmal das vorherige Jahr mit den sechs Krankenhausaufenthalten, da kommen natürlich Rechnungen ne? Das ist also schon aufwändig das Geschäft. […]“ (Anhang 127; P7, Z. 111-149)

Unsicherheiten trotz Hilfsmittelgebrauch

In dieser Kategorie werden Interviewstellen berücksichtigt, die auf eine Unsicherheit trotz des Gebrauchs von Hilfsmitteln, wie einem Rollator, hinweisen.

> „[…] Mit dem Bus sind wir ja erst ein paar Mal gefahren und dann nur mit dem Stock, das war ja möglich, weil die Hüfte tat vor dem Urlaub nicht so weh und wenn dann nahm er drei Tage Tabletten, wo der Arzt auch gesagt hat, dass das okay ist und dann war das nicht so das Problem. Dann sind wir auch in die Stadt gefahren und waren einkaufen oder so, aber im Moment geht das nicht. Ich will das nicht, mir ist das zu gefährlich.“ (Anhang 119; P6, Z. 658-663)

FÖRDERFAKTOREN BEZOGEN AUF DEN ALTERNATIVEN WIRKUNGSRAUM

sind Kontextfaktoren innerhalb des Alternativen Wirkungsraumes, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

AUSZEIT UND ERHOLUNG

Das Verfolgen eines eigenen Hobbys bedeutet eine Abwechslung zum eigenen Alltag. Zudem geht es mit einer Auszeit von der seit dem Schlaganfall veränderten Lebenssituation einer und wird als solche als wichtig erachtet.

> „[…] Wenn ich dann da an diese Arbeit denke oder wie gesagt wenn ich rausfahre, dann hat man, ich weiß es nicht, ich sage einmal, diesen frischen Wind um die Ohren. Komme ich wieder zurück, dann ist alles anders als ob ich irgendwie etwas abgeschüttelt hätte. Wenn man einmal vielleicht eine Last, oder wie ich das auch nennen mag, auf sich hat. Also das ist für mich positiv.“ (Anhang 143; P9, Z. 546-550)

BARRIEREN BEZOGEN AUF DEN ALTERNATIVEN WIRKUNGSRAUM

sind Kontextfaktoren innerhalb des Alternativen Wirkungsraumes, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

EINSCHRÄNKUNGEN AUS RÜCKSICHTNAHME

Einige Interviewpassagen der Partner verdeutlichen, dass diese, aus Rücksichtnahme auf die Schlafproblematik oder auf die eingeschränkte Mobilisation der Rehabilitanden, ihre eigenen Hobbys und Leidenschaften vernachlässigen.

> „[…] Das ist ja auch eine Sache, weil sie selber jetzt mit dem Lesen ein bisschen Probleme hat, eher. Also sie sagt sie ist dann, wenn sie lesen will hundemüde und wenn sie dann ja schlafen will, schläft sie aber nicht ein. Ist ja klar, dann tun einem ja die Augen weh, dann macht das Lesen keinen Spaß, wenn man so müde ist. Dann will man noch lesen, es geht nicht mehr. Dann lese ich aber noch und das Licht ist natürlich noch ein bisschen an, sonst kann ich nicht lesen. Und sie möchte dann schon schlafen. […].(Anhang 91; P1, Z. 681-687)

WENIGER ZEIT- UND ENERGIERESERVEN

Insbesondere jene Partner, die eine große Unterstützung im Alltag der Rehabilitanden leisten, äußern, dass sie die hierfür verwendete Zeit bei der Ausübung der eigenen Hobbys einsparen.

> „Ja, es bleibt… zumindest ist man den ganzen Tag so ja eingebunden, dass Sie nachher auch, selbst wenn Ihnen sagen wir einmal zwei Stunden blieben sozusagen, Sie gar keinen Auftrieb mehr haben etwas zu machen ne? Weil das dämpft dann so, dass Sie dann einmal froh sind die Beine einmal hochzulegen,

> aber das ist ja kein Hobby ne? Also von daher ist das eigentlich auf der Strecke geblieben.“ (Anhang 127; P7, Z. 515-519)

FÖRDERFAKTOREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM BERUF

sind Kontextfaktoren innerhalb des Wirkungsraumes Beruf, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

FLEXIBLE ARBEITSZEITEN

Flexibilität am Arbeitsplatz, z.B. bezogen auf die Arbeitszeit, wird in Phasen der zeitlichen Belastung als Förderfaktor im Bereich des Berufes benannt.

> „[…] Wie gesagt, wenn man einmal einen Tag hat, wo es dann nicht passt, kann man das verschieben. Gar kein Problem.“ (Anhang 135; P8, Z. 463-464)

AUSZEIT UND ABLENKUNG

Die Befragten schildern, dass die berufliche Tätigkeit mit einer Ablenkung von den negativen Folgen des Schlaganfalls im Alltag einhergeht und somit als Schutzfaktor wirkt.

> „Einmal die Woche, immer wöchentlich. Also zwei Stellen habe ich noch und da gehe ich immer die Woche hin ein Mal. Ja und das passt alles noch ganz gut und ich kriege das auch alles noch gebacken. Das ist ganz schön, dann kommt man auch einmal wieder raus und man hat was. […]“ (Anhang 135; P8, Z. 458-461)

BARRIEREN BEZOGEN AUF DEN WIRKUNGSRAUM BERUF

sind Kontextfaktoren innerhalb des Wirkungsraumes Beruf, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

Es werden keine Barrieren im Wirkungsraum Beruf benannt.

FÖRDERFAKTOREN IM BEREICH DER SITUATIVEN BEDINGUNGEN

sind Kontextfaktoren innerhalb der situativen Bedingungen, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

Unabhängigkeit

Die Möglichkeit, selbst Autofahren zu können, stellt einen Förderfaktor im Bereich der situativen Bedingungen dar

> „Oder dass ich ihn mit dem Auto immer hinfahren muss. Die ersten Wochen bin ich ja nur gefahren. Das war natürlich positiv, dass ich einen Führerschein hab, denn viele Frauen meiner Generation haben den eben noch nicht. Ich habe da im Bekanntenkreis so viele, die Männer sind alle "dicke" Autos gefahren und jetzt stehen die Frauen da und müssen Bus und Taxi fahren. Und dass ich eben auch im Notfall immer schnell Hilfe leisten kann. Das war vor vier Jahren mit der Lunge, da hieß es: „Ihr Mann muss sofort in das Krankenhaus!". Und dann habe ich ihn schnell reingefahren." (Anhang 151; P10, Z. 772-779)

Finanzielle Absicherung

Das Gefühl, finanziell abgesichert zu sein und finanzielle Möglichkeiten auch für einen eventuellen Notfall bereithalten zu können, wird ebenfalls als Förderfaktor wahrgenommen. Wie die anderen Kategorien bereits aufgezeigt haben, müssen Rehabilitanden mit zeitlichen Verzögerungen z.B. im Hinblick auf die Zahlung von Übergangsgeld rechnen. Eine finanzielle Absicherung verringert die Sorgen um einen möglichen Verdienstausfall.

> „[…] klar arbeite ich auch und wir würden nicht am Hungertuch nagen, insofern kann man da sicherlich auch lockerer irgendwo damit umgehen als andere, wo der Hauptberufstätige irgendwo ausfällt […]."(Anhang 143; P9, Z. 1018-1021)

Hilfsbereite Nachbarschaft

Das Angebot von Unterstützung wird auch im Bereich der Nachbarschaft als Förderfaktor wahrgenommen.

> „Ich sage mal Region, das wäre dann ja hier, ich sag einmal Nachbarschaft irgendwo, die ja damals auch gekommen sind, ihn besucht haben und mir immer gesagt haben "Wenn etwas ist, sag Bescheid!" Wenn sie den Rasen mähen oder wie auch immer, solche Geschichten ne? […]"(Anhang 143; P9, Z. 896-899)

Erfahrungen mit Krankheitsbewältigung

Krankheiten, die überstanden und positiv bewältigt wurden, wirken sich unterstützend auf die Bewältigung des aktuellen Krankheitsprozesses aus. Sie können eine Einschätzung der Schwere der aktuellen Erkrankung erleichtern und das Gefühl vermitteln auch diese positiv bewältigen zu können.

> „[…] und das ist aber auch so mein Ding. Ich hatte ja kurz vorher so eine Krebserkrankung und da habe ich ja auch immer gesagt "Das schaffe ich!" und gut, die Ärzte haben das ja auch gesagt sonst wäre es sicherlich irgendwo auch anders gewesen, aber irgendwo (..) habe ich mir gesagt "Nee, wenn der das sagt, dann stimmt das auch und dann glaube ich das auch!" so ne? Und das war so. […]" (Anhang 143; P9, Z. 802-807)

BARRIEREN IM BEREICH DER SITUATIVEN BEDINGUNGEN

sind Kontextfaktoren innerhalb der situativen Bedingungen, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

BARRIEREN IM HÄUSLICHEN KONTEXT

Hindernisse im Haus, durch Treppen oder tiefe Möbel, führen bei dem Rehabilitanden zu einer eingeschränkten Aktivität und zu einer Mehrbelastung des Partners.

> „[…] jetzt waren wir am Samstag, denn mit den Möbeln klappt das nicht, er kommt auch nicht alleine vom Sessel hoch. Vorher klappte das schon alle drei Tage einmal, aber jetzt mit der Hüfte geht es nicht. […]“ (Anhang 119; P6, Z. 618-620)

ABHÄNGIGKEIT VON DER UNTERSTÜTZUNG ANDERER

Auf die Unterstützung anderer bei Aktivitäten, wie Autofahren oder Gartenarbeit, angewiesen zu sein, wird als Abhängigkeit erlebt.

> „[…] Also mir ging es um das Schneeschaufeln, dass das nicht so teuer ist. Da bin ich reingefallen. Aber das war das Negative, dass wenn man dann Hilfe braucht und dann auch noch so viel bezahlen muss. Naja so ist das. Nächstes Jahr frage ich vielleicht mal den Nachbarn ob der das billiger macht.“ (Anhang 107; P4, Z. 462-466)

WEITE DISTANZEN ZU VERSORGUNGSDIENSTLEISTERN

Weite Strecken zu Versorgungsdienstleistern werden von Partnern als Barriere wahrgenommen. Die unmittelbare Zeit nach dem Schlaganfall ist oftmals mit einer eigeschränkten Fahrtauglichkeit der Rehabilitanden verbunden und geht daher i.d.R. mit der damit verbundenen Notwendigkeit einher, den Rehabilitanden zu Terminen zu begleiten.

> „[…] das andere ist eben, dass man hier immer auf ein Auto angewiesen ist ne? Und wo ich froh bin, dass er ganz schnell Autofahren konnte ne? Denn sonst hätte ich viel mehr fahren müssen! Als er wieder zu Hause war, aber das ging ja relativ schnell!“ (Anhang 143; P9, Z. 899-902)

FÖRDERFAKTOREN IM BEREICH GESELLSCHAFT

sind Kontextfaktoren innerhalb der Gesellschaft, die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

HILFSBEREITSCHAFT UNBETEILIGTER PERSONEN

Auch einige der befragten Partner berichten von der Unterstützung unbeteiligter, d.h. in der Regel fremder, Personen. Ihnen würden im täglichen Miteinander Unterstützungsbedarfe auffallen und diese durch aktive Mitarbeit ausgleichen.

> „Aber das ist, wissen Sie wer das am meisten macht? Schulkinder! Junge Leute. Mein Mann war ja hier direkt bei der Straße weggeknickt. Dann hielt auf der anderen Seite ein Auto an und eine junge Frau, die war mit Sicherheit noch keine 30, ruckzuck war sie da. Und aus dem übernächsten Haus kam ein junger Mann im T-Shirt angerannt. Der sagte er habe gerade aus dem Fenster geguckt. Und da habe ich gedacht „Nee ne?" Aber ganz viele, auch so die Schüler, wenn man einmal irgendwo reingeht, das sind Kinder so um die zehn, 12 oder 14 Jahre. Die sind sehr zuvorkommend. Das heißt es immer die sind so unerzogen, aber das stimmt nicht, nein das ist nicht wahr.“ (Anhang 119; P6, Z. 718-725)

VERÄNDERTES BEWUSSTSEIN FÜR BARRIEREN

Hierunter fallen Schilderungen, die ein verändertes Bewusstsein im Umgang mit Barrieren verdeutlichen. Verschiedene Barrieren würden erkannt und behoben werden.

> „Ja, da sehe ich eigentlich so wo man früher einmal da war und dachte da können wir nicht wieder hingehen und die haben jetzt eine ganze Extratoilette eingerichtet und positiv sind ja eigentliche alle Möbelhäuser und sonstiges, die neu gebaut haben und ich denke dass alle die neu bauen und die so auf Kunden angewiesen sind, die haben das dabei. […]“ (Anhang 127; P7, 590-594)

> „[…] Aber wie gesagt: gerade bei Gastwirtschaften ist die Tendenz spürbar sich zu verbessern. Und ich denke das ist für die ja genauso ein Kunde, der seinen Verzerr dort hat und das ist inzwischen dort angekommen. […]“ (Anhang 127; P7, Z. 596-598)

BARRIEREN IM BEREICH GESELLSCHAFT

sind Kontextfaktoren innerhalb der Gesellschaft, die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Partizipation) auswirken.

UNWOHLSEIN BEI ÖFFENTLICHEN ANLÄSSEN

Auch die befragten Partner berichten, dass sich die Rehabilitanden seit dem Schlaganfall bei öffentlichen Anlässen und in größeren Menschenmengen unwohl fühlen.

> „[…] Also meine Frau sagt z.B., es kann durchaus sein, dass sie sagt: "Mir geht es jetzt nicht gut, ich fahre nach Hause!". Also sie denkt schon wieder bevor wir irgendwo hingehen darüber nach, was mache ich, wie komme ich nach Hause. Wir sagen auch unseren Bekannten, meist geht man mit mehreren weg, dass die auch wissen: "Du das kann sein, nicht dass ihr sauer seid, aber es kann sein dass wir nachher, wenn es nicht gut ist einfach nach Hause fahren.". Ist bisher noch nicht vorgekommen, weil es ihr dann doch gut ging und so weiter.

> Also sie merkt Symptome, wenn irgendetwas sich bei ihr verändert, das merkt sie dann. Und würde notfalls auch Tabletten nehmen und so weiter. Und es könnte durchaus vorkommen, dass sie dann sagt „so“, war noch nicht der Fall, aber das war früher nie ein Gedanke für sie gewesen. Das ist jetzt neu.“ (Anhang 91; P1, Z. 465-475)

Fehlendes Bewusstsein für Barrieren

Ein Partner berichtet, wie sich im täglichen Leben das Ausmaß von Barrieren auf Parkplätzen und in Lokalitäten zeigt. Dass diese teilweise durch einfache Nachrüstungen behoben werden könnten und auf eine fehlende Wahrnehmung von Barrieren schließen lassen, wird als negativer Faktor im Bereich Gesellschaft benannt.

> „[…] So altgediente Gastwirtschaften so unten im Keller oder so etwas, da kann ich nur lachen ne? Das ist also so weit ab von so ganz einfachen Überlegungen, das könnte besser sein. […]“ (Anhang 127; P7, Z. 594-596)

Barrieren durch abschüssige Bürgersteige und Stufen

Ein Partner schildert, dass unebene und abschüssige Bürgersteige zu einer deutlichen Einschränkung des Gebrauchs des Rollators führen.

> „Negativ fällt auf, das die Bürgersteige sehr, sehr schlecht sind für einen Rollator. Es ist teilweise unmöglich, das es gar nicht geht!“ (Anhang 119; P6, Z. 645-646)

6.7 Unterschiedliche Wahrnehmungen von Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsverlauf im Vergleich beider Gruppen

Beantwortung der Leitfrage 3:

Gibt es Hinweise darauf, inwiefern eine unterschiedliche Wahrnehmung bezüglich der Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsverlauf zwischen den Rehabilitanden und den Partnern festzustellen ist?

Zur Beantwortung dieser Leitfrage werden die Ergebnisse der jeweiligen Wirkungsräume der Gruppe der Rehabilitanden und der Gruppe der Partner tabellarisch gegenübergestellt.

Tabelle 1 zeigt die Unterschiede beider Gruppen zum Erhebungszeitpunkt t1 und Tabelle 2 die Unterschiede zum Erhebungszeitpunkt t2.

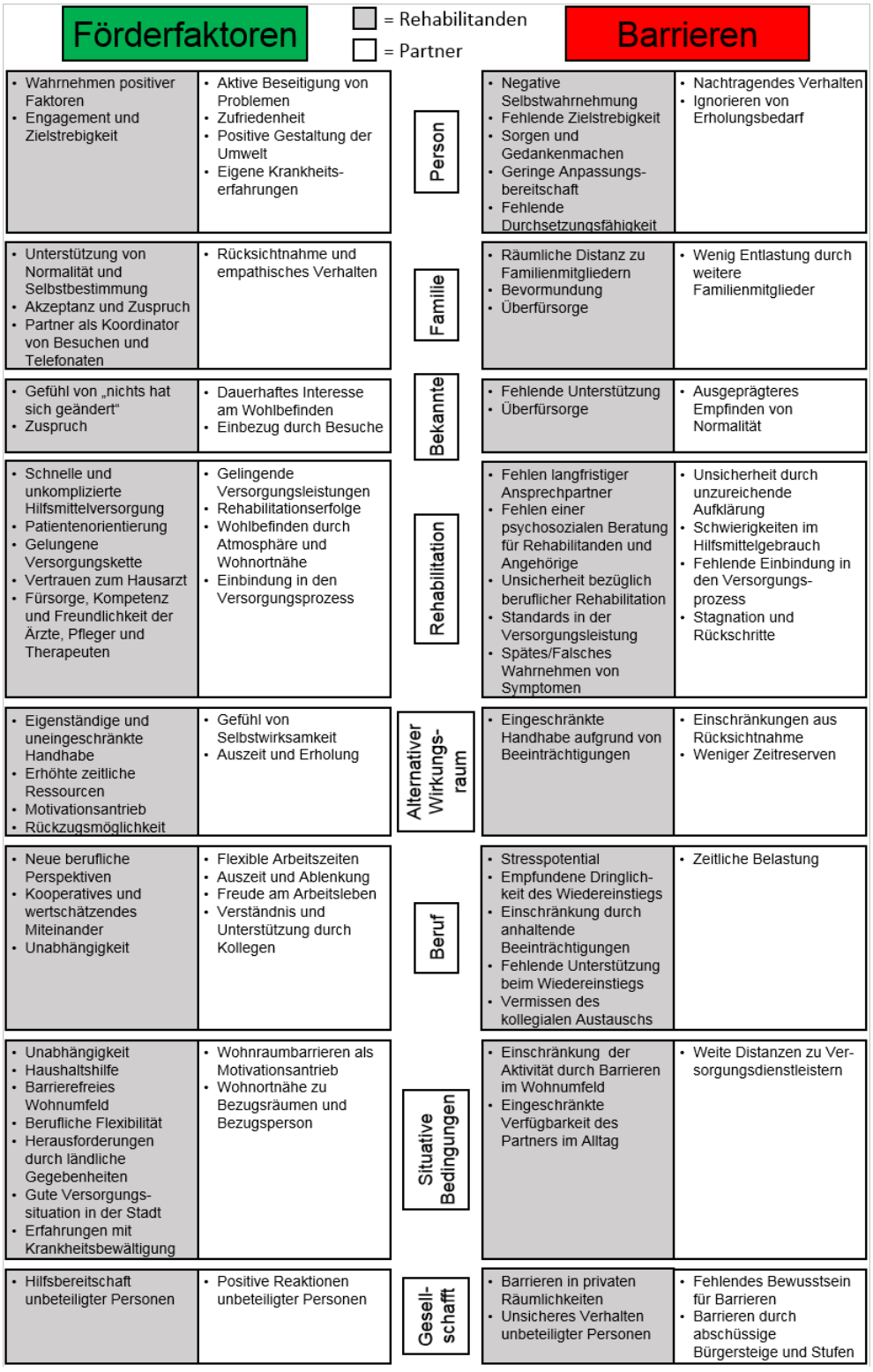


Abbildung 20: Förderfaktoren und Barrieren im Vergleich von Rehabilitanden und Partner (1. Erhebung)

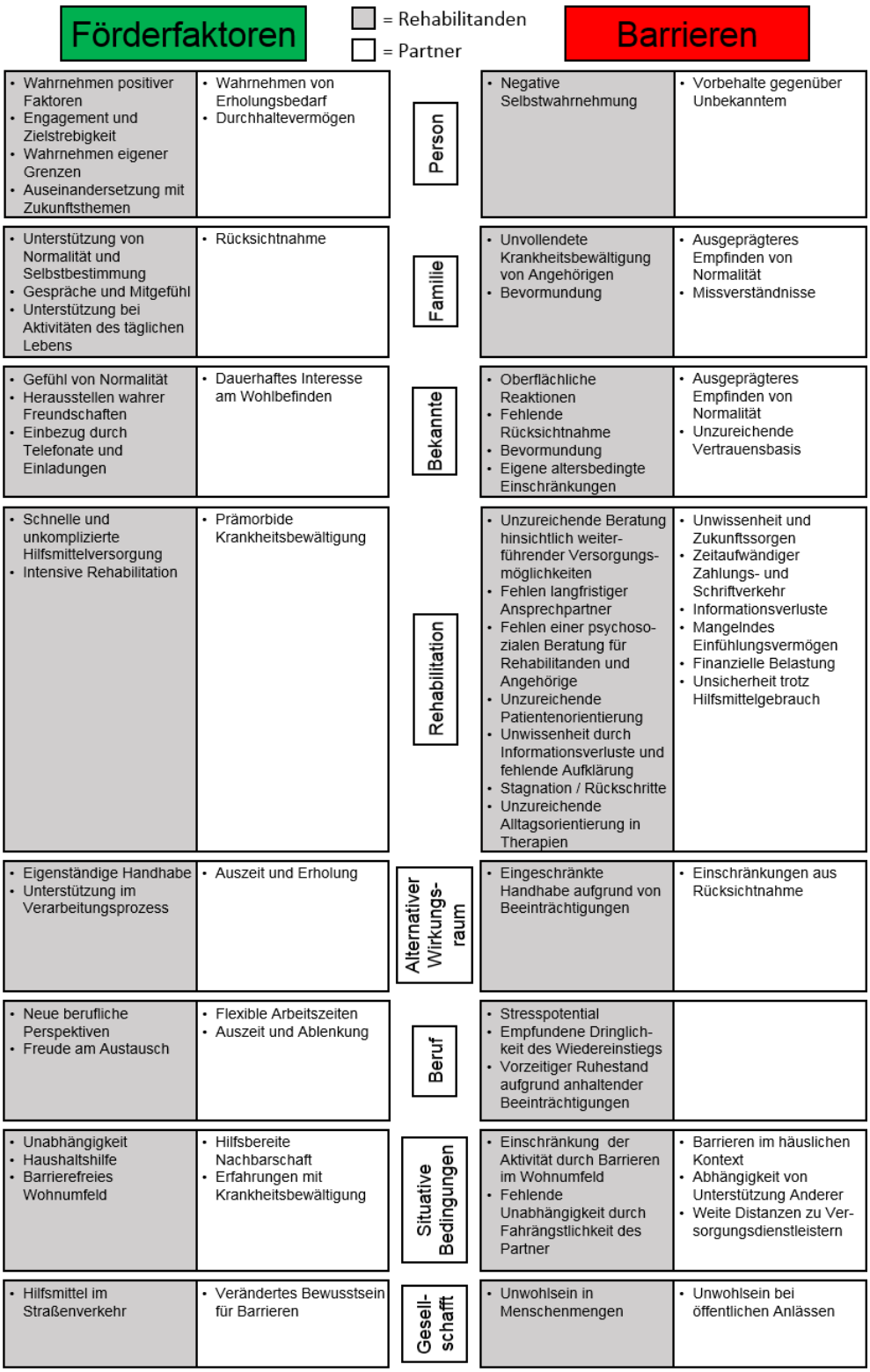


Abbildung 21: Förderfaktoren und Barrieren im Vergleich von Rehabilitanden und Partner (2. Erhebung)

6.8 Hinweise auf partnerschaftliche Missverständnisse und Konflikte

Der abschließende Teil des 6. Kapitels liegt in der Beantwortung der Leitfrage 4.

Diese lautet:

GIBT ES HINWEISE DARAUF, INWIEFERN UNTERSCHIEDLICHE WAHRNEHMUNGEN VON REHABILITANDEN UND PARTNERN ZU MISSVERSTÄNDNISSEN UND KONFLIKTEN INNERHALB DER PAARBEZIEHUNG FÜHREN?

Die in den Abbildungen 20 und 21 dargestellten Unterschiede in der Wahrnehmung der Rehabilitanden und der Partner bezüglich Förderfaktoren und Barrieren wurden im Hinblick auf Kategorien untersucht, die sich komplementär zueinander verhalten. Es wird davon ausgegangen, dass unterschiedliche Wahrnehmungen eines gleichen Wirkungsraumes Aufschluss über unterschiedliche Sichtweisen geben und zu Missverständnissen führen können. Das ist z.B. der Fall, wenn die Gruppe der Rehabilitanden äußert, viel Unterstützung durch andere Familienmitglieder zu erhalten und sich die Gruppe der Partner wiederum von anderen Familienmitgliedern allein gelassen fühlt. Der Wirkungsraum der Person selbst bleibt in diesem Ergebnisteil unberücksichtigt, da bezüglich unterstützender Maßnahmen kein Erkenntnisgewinn zu erwarten ist.

Die Unterschiede werden im folgenden Verlauf aufgegriffen und im Hinblick auf ihr Konfliktpotential als Beobachtung beschrieben. Die Diskussion dieser Gegenüberstellung erfolgt im 7.Kapitel.

ERHEBUNG 1

WIRKUNGSRAUM FAMILIE

Rehabilitanden:	Unterstützung von Normalität und Selbstbestimmung
Partner:	Wenig Entlastung durch weitere Familienmitglieder
Beobachtung:	Die Einkehr von Normalität ist als Wunsch und positiver Faktor aus Sicht der Rehabilitanden nachvollziehbar, da sie eine Wiederherstellung der alten Ordnung bedeutet und damit eine Besinnung darauf, was auch nach dem Schlaganfall wieder routiniert verläuft. Die Partner jedoch wünschen sich mehr Unterstützung aus dem Wirkungsraum Familie. Im theoretischen Teil dieser Dissertation wurde bereits beschrieben, dass

die Partner „unsichtbare“ Arbeit leisten. Arbeit, die erforderlich ist, um die Beeinträchtigungen der erkrankten Partner zu kompensieren, die jedoch möglichst „unsichtbar“ verläuft, um Selbstzweifel der Rehabilitanden zu vermeiden. Es ist anzunehmen, dass sich ein ähnlicher Effekt in der Gegenüberstellung dieser beiden Kategorien zeigt. Die Rehabilitanden sehnen sich nach Normalität, die Partner halten diese Normalität jedoch nur dann für möglich, wenn sie die bleibenden Beeinträchtigungen durch ihr eigenes Engagement kompensieren. In diesem Prozess der Kompensation wünschen sie sich mehr Unterstützung von anderen Familienmitgliedern.

WIRKUNGSRAUM BEKANNTE

Rehabilitanden:	Gefühl von „nichts hat sich geändert“
Partner:	Dauerhaftes Interesse am Wohlbefinden/ Ausgeprägteres Empfinden von Normalität
Beobachtung:	Die Rehabilitanden streben nach dem Gefühl, es habe sich zu der Zeit vor dem Schlaganfall nichts verändert und nehmen das Wahrnehmen dieses Gefühls entsprechend als Förderfaktor wahr. Die Partner hingegen nehmen es als Förderfaktor wahr, wenn sich die Bekannten dauerhaft nach dem Wohlbefinden des Rehabilitanden und ihres eigenen Wohlbefinden erkundigen. Eine Barriere für die Partner stellt es hingegen dar, wenn sich für die Bekannten ein größeres Empfinden von eingekehrter Normalität einstellt als für sie. Es wird deutlich, dass beide Gruppen ihre besondere Situation und ihre Leistung gewürdigt wissen möchten. Die Rehabilitanden haben bereits einen langen Rehabilitationsweg bewältigt und haben erste, zunächst verloren geglaubte, Funktionen zurückgewinnen können und damit positive Veränderungen bewirken können. Das Gefühl vermittelt zu bekommen, dass sich nichts verändert habe, kann daher als Würdigung ihres Erfolgs verstanden werden. In der Gruppe der Partner

ist entsprechend der Beobachtung im Wirkungsraum Familie davon auszugehen, dass sie die unsichtbare Arbeit, die sie im Hintergrund leisten, gewürdigt wissen wollen. Für sie ist das Gefühl eines ausgeprägteren Empfindens von Normalität eine Barriere, da ihr Engagement nicht gesehen und gewürdigt wird. Das dauerhafte Erkunden des Wohlbefindens stellt wiederum eine Würdigung der veränderten Situation dar.

WIRKUNGSRAUM REHABILITATION

Rehabilitanden: Patientenorientierung

Partner: (Fehlende) Einbindung in den Versorgungsprozess

Beobachtung: Die Rehabilitanden stehen im Mittelpunkt der Rehabilitationsprozesse, womit ihre Wünsche vordergründig von den im Rehabilitationskontext tägigen Personen berücksichtigt werden. Die Literaturbearbeitung hat hingegen verdeutlicht, wie wichtig auch die Rolle der Partner für den Erfolg der Rehabilitationsleistungen ist. Auch ihre Meinung, ihre Wünsche und ihre Vorstellungen müssen daher als wichtige Komponente Berücksichtigung finden.

Rehabilitanden: Schnelle und unkomplizierte Hilfsmittelversorgung

Partner: Schwierigkeiten im Hilfsmittelgebrauch

Beobachtung: Eine schnelle und unkomplizierte Hilfsmittelversorgung bedeutet für die Rehabilitanden eine Wertschätzung der gegenwärtigen Situation und wird daher von ihnen als Förderfaktor benannt. Für die Partner hingegen ist nicht allein die Gewährung der Hilfsmittel bedeutsam, sondern ihr tatsächlicher Effekt auf den Alltag. Sie nehmen im Gebrauch der Hilfsmittel Schwierigkeiten wahr und verbinden die Bewilligung von Hilfsmitteln nicht zwangsläufig mit einer sichtbaren Unterstützung und Kompensation im Alltag.

Rehabilitanden: Erhöhte zeitliche Ressourcen

Partner: Weniger Zeitreserven

Beobachtung: Die Rehabilitanden geben überwiegend an, dass ihnen seit dem Ereignis des Schlaganfalls mehr Zeit für ihre Hobbys und Interesse zur Verfügung steht. Weiterhin wird diesem Bereich mehr Bedeutung zugeschrieben. Die Partner wiederum berichten, dass sie die Zeit, die sie durch die Unterstützung, die sie im Alltag für den Partner zusätzlich leisten, in anderen Bereichen einsparen müssen und dass sich dieser Effekt insbesondere im Bereich der Hobbys zeige. Ihnen steht demnach seit dem Ereignis des Schlaganfalls weniger Zeit für eigene Hobbys und Interessen zur Verfügung.

Rehabilitanden: Motivationsantrieb

Partner: Auszeit und Erholung

Beobachtung: Definitionsgemäß halten sich Menschen im Alternativen Wirkungsraum gerne auf und verfolgen Aktivitäten, die für sie einen hohen Anreiz haben. In ihm werden den Rehabilitanden daher besonders die noch nicht zurückgewonnen Funktionen deutlich, die sie an der Ausführung lieb gewonnener Aktivitäten hindern. Das Streben danach, diese noch hinderlichen Funktionseinschränkungen zu überwinden, erhöht die Motivation, Therapieübungen auch außerhalb des Therapiekontextes selbstständig zu verfolgen. Die Partner hingegen verfolgen mit den Aktivitäten des Alternativen Wirkungsraums das Ziel, eine Auszeit und Erholung vom (Therapie-)Alltag zu bekommen. Die unterschiedliche Bedeutung, die beide Gruppen dem Alternativen Wirkungsraum beimessen, ein Ort des Trainings für die Rehabilitanden und ein Ort der Erholung für die Partner, kann zu Missverständnissen führen. Es ist anzunehmen, dass die Rehabilitanden viel Zeit für diesen Bereich beanspruchen, um ihre Motivation für

die Therapie und auch die Auswirkungen auf die Therapie dauerhaft zu erhalten. Die Gruppe der Partner, die diesem Bereich Erholung zuschreibt und aufgrund der eigenen begrenzten zeitlichen Ressourcen diesen Bereich zwangsläufig vernachlässigen muss, kann sich daher missverstanden und ungerecht behandelt fühlen.

Rehabilitanden: Eingeschränkte Handhabe aufgrund von Beeinträchtigungen

Partner: Einschränkungen aus Rücksichtnahme

Beobachtung: Für beide Gruppen ist dieser Bereich durch Beeinträchtigungen geprägt. Für die Gruppe der Rehabilitanden entstehen diese unmittelbar aus den Funktionseinschränkungen als Folge des Schlaganfalls. Die Partner wiederum verzichten auf ihre Auszeit und Erholung aus Rücksichtnahme auf ihren Partner und auf die Folgen des Schlaganfalls, wie z.B. anhaltende Beeinträchtigungen. Insbesondere durch den Umstand, dass den Partnern durch das als Rücksichtnahme erachtete Verhalten ihr eigener Ausgleich zu der belastenden Gesamtsituation fehlt, erhöht sich die Gefahr, dass die Partner sich verausgaben und dass sie die Rehabilitanden und nicht ihre eigene Rücksichtnahme als Grund für die fehlenden Auszeiten und für die daraus resultierende Erschöpfung bewerten.

WIRKUNGSRAUM BERUF

Rehabilitanden: Stresspotential/Empfundene Dringlichkeit des Wiedereinstiegs/Einschränkungen durch anhaltende Beeinträchtigungen/Fehlende Unterstützung beim Wiedereinstieg

Partner: Auszeit und Erholung/Freude/Verständnis

Beobachtung: Dieser Bereich ist für die Rehabilitanden in vielerlei Hinsicht ein stresspotenzierter Wirkungsraum, da sie ihre Beeinträchtigungen und die fehlende Unterstüt-

zung wahrnehmen. Für die Partner hingegen wird dieser Bereich als Auszeit und Erholung und als Ort der Freude wahrgenommen. Zwar benennen auch die Partner die Kategorie „zeitliche Belastung“ als Barriere, jedoch geben die entsprechenden Interviewpassagen Aufschluss darüber, dass sich diese als weniger Zeit für die Realisierung von Rehabilitationsleistungen für den Partner zeigt und nicht darin, dass sie sich per se durch ihren Beruf zeitlich belastet fühlen. Die grundsätzlich positiv wahrgenommene Funktion dieses Wirkungsraumes lässt sich annähernd mit der Definition des Alternativen Wirkungsraumes vergleichen.

Während sich die Rehabilitanden in diesem Bereich mit den negativen Folgen des Schlaganfalls konfrontiert sehen, stellt dieser Bereich für die Partner einen positiv wahrgenommenen Bereich von Auszeit und Erholung dar. Diese unterschiedliche Wahrnehmung kann zu Missverständnissen führen, wenn die unterschiedlichen Bedeutungen dieses Bereiches einander nicht bekannt sind und daher das gegenseitige Verständnis für das Streben nach bzw. das Vermeiden des Wirkungsraumes Beruf fehlt.

SITUATIVE BEDINGUNGEN

Rehabilitanden:	Barrierefreies Wohnumfeld/Einschränkungen der Aktivität durch Barrieren im Wohnumfeld
	Eingeschränkte Verfügbarkeit des Partners im Alltag/Berufliche Flexibilität des Partners
Partner:	Wohnraumbarrieren als Motivationsantrieb
Beobachtung:	Situative Bedingungen können definitionsgemäß als unmittelbarer Lebenskontext verstanden werden. Sie stellen demnach die Bedingungen des täglichen Lebens und des Miteinanders dar. Die Gruppe der Rehabilitanden wünscht sich diesen Bereich als barrierefreien und somit übungsfreien Kontext, in dem man nicht durch z.B. Wohnraumbarrieren auf Beeinträchtigungen hingewiesen wird. Vielmehr wird der Wunsch

nach Kompensation durch eine berufliche Flexibilität und Verfügbarkeit des Partners im Alltag deutlich. Die Partner wiederum verstehen insbesondere diesen Kontext der alltäglichen Bedingungen als Bereich, in dem Barrieren als Motivation zur Überwindung dienen können.

Rehabilitanden: Herausforderungen durch ländliche Gegebenheiten
Partner: Weite Distanzen zu Versorgungsdienstleistern/Wohnortnähe zu Bezugsräumen und Bezugspersonen
Beobachtung: Es zeigt sich eine unterschiedliche Wahrnehmung im Hinblick auf das ländliche Wohnen. Die Rehabilitanden nehmen Vorteile dieser Wohnsituation wahr, während die Partner vorwiegend die damit einhergehenden Barrieren äußern. Zudem scheint es, als würde das Wissen um die Wohnortnähe zu Bezugspersonen, wie weiteren Familienmitgliedern oder Personen aus dem Bekannten- oder Freundeskreis, vorwiegend durch die Partner als wichtiger Unterstützungsfaktor wahrgenommen.

GESELLSCHAFT

Rehabilitanden: Unsicheres Verhalten unbeteiligter Personen
Partner: Positive Reaktionen unbeteiligter Personen
Beobachtung: In diesem Vergleich spielen die in den anderen Wirkungsräumen beschriebenen Förderfaktoren und Barrieren eine wichtige Rolle. Wie dargelegt, äußern die Rehabilitanden vorwiegend den Wunsch nach Normalität. Die Partner währenddessen wünschen eine Würdigung der Leistungen, die sie im Alltag vollbringen und die insbesondere durch das Aufzeigen der (negativen) Veränderungen deutlich werden.

Rehabilitanden: Barrieren in privaten Räumlichkeiten
Partner: Barrieren durch abschüssige Bürgersteige und Stufen

Beobachtung: Den Äußerungen zufolge verstehen die Rehabilitanden private Räumlichkeiten z.B. von anderen Familienmitgliedern und von Personen aus dem Freundeskreis als Orte des öffentlichen Lebens, während die Partner Straßen, Bürgersteige und Gebäude als potentielle öffentliche Barrieren benennen. Das Verständnis von gesellschaftlicher Aktivität und Partizipation wird von den Rehabilitanden demnach „enger" gefasst als von den Partnern.

ERHEBUNG 2

In diesem Abschnitt werden aus den Daten der zweiten Erhebung (t2) ergänzende Unterschiede aufgegriffen und in einen Zusammenhang gebracht.

WIRKUNGSRAUM FAMILIE

Rehabilitanden: Unterstützung von Normalität und Selbstbestimmung

Partner: Ausgeprägteres Empfinden von Normalität

Beobachtung: Diese Kategorien finden sich bereits in ähnlicher Form in den Ergebnissen der ersten Erhebung wieder. Beide Gruppen wünschen sich eine Würdigung ihrer Situation. Für die Rehabilitanden bedeutet dies eine Würdigung ihrer Bemühungen hinsichtlich der Therapien zur Wiederherstellung der Routinen, wie sie vor dem Schlaganfall für normal gehalten wurden. Für die Partner bedeutet dies hingegen die Würdigung des Engagements und der Unterstützung, die sie im Alltag leisten.

WIRKUNGSRAUM BEKANNTE

Rehabilitanden: Gefühl von Normalität

Partner: Dauerhaftes Interesse am Wohlbefinden/ Ausgeprägteres Empfinden von Normalität

Beobachtung: Dieser Vergleich wurde bereits bei den Ergebnissen der ersten Erhebung festgestellt und dort beschrieben und kann der dortigen Beobachtung entnommen werden.

WIRKUNGSRAUM REHABILITATION

Rehabilitanden: Schnelle und unkomplizierte Hilfsmittelversorgung

Partner: Zeitaufwändiger Zahlungs- und Schriftverkehr

Beobachtung: Die Probleme, die sich in der Bewilligung von Therapieleistungen und Hilfsmittelversorgung zeigen könnten, werden von den Partnern so erfolgreich bewältigt, dass sie von den Rehabilitanden nicht als Problem wahrgenommen werden. Wie beschrieben geht diese Aufgabe mit einem hohen Zeitaufwand einher, die nicht nur für eine gemeinsame Zeit mit dem Rehabilitanden, sondern auch für eigene Erholungsphasen, fehlt.

Grundlegend fällt im Vergleich der entstandenen Kategorien zwischen Rehabilitanden und Partnern auf, dass die Partner verstärkt die Probleme benennen (Ungewissheit, Informationsverluste, Mangelndes Einfühlungsvermögen, Finanzielle Belastung, Unsicherheit), während die Kategorien der Rehabilitanden lösungsorientiert erscheinen (Fehlen langfristiger Ansprechpartner, Fehlen einer psychosozialen Beratung, Unwissenheit durch […] fehlende Aufklärung, unzureichende Alltagsorientierung).

ALTERNATIVER WIRKUNGSRAUM

Rehabilitanden: Unterstützung im Verarbeitungsprozess

Partner: Auszeit und Erholung

Beobachtung: Der Alternative Wirkungsraum stellt für die Rehabilitanden einen Ort der Unterstützung des Rehabilitationsprozesses dar, für die Partner hingegen ist er ein Ort der Auszeit von dem Rehabilitationsprozess. Die Rehabilitanden suchen diesen Ort demnach gezielt für Verarbeitungsprozesse auf, die Partner suchen diesen Ort auf, um eine Auszeit von den Themen Schlaganfall und Rehabilitationsprozess zu erfahren.

Rehabilitanden: Eingeschränkte Handhabe aufgrund von Beeinträchtigungen

Partner: Einschränkungen aus Rücksichtnahme

Beobachtung: Auf der einen Seite wünschen sich die Partner Erholung und Auszeit von der veränderten Lebensrealität, wie sie sich für sie seit dem Schlaganfall zeigt. Auf der anderen Seite verwehren sie sich ihre Auszeiten, weil die Aktivitäten, die für sie Auszeit bedeuten würden, für ihren Partner nicht möglich sind oder für diesen Nachteile bedeuten würden. Demnach verwehren sich die Partner sich eine Erholung *von* den Problemen, die durch den Schlaganfall entstanden sind*, durch* die Probleme, die durch den Schlaganfall entstanden sind.

WIRKUNGSRAUM BERUF

Rehabilitanden: Stresspotential

Partner: Auszeit und Ablenkung

Beobachtung. Die unterschiedliche Wahrnehmung auf diesen Wirkungsraum wurde bereits in der Auswertung der ersten Erhebung beschrieben und kann der Beobachtung dort entnommen werden.

SITUATIVE BEDINGUNGEN

Rehabilitanden: Unabhängigkeit/Fehlende Abhängigkeit durch Fahrängstlichkeit des Partners

Partner: Abhängigkeit von Unterstützung Anderer/Weite Distanzen zu Versorgungsdienstleistern

Beobachtung: Beiden Befragungsgruppen ist Unabhängigkeit wichtig. Den Verlust der Unabhängigkeit sehen die Rehabilitanden und die Partner jedoch vorwiegend in der Verantwortung der jeweils anderen Person. Die Rehabilitanden beklagen, bei eigener fehlender Fahrtauglichkeit, die Fahrängstlichkeit ihres Partners, die Partner hingegen problematisieren die weiten Distanzen, die für Therapien o.ä. überwunden werden müssen und erst dadurch zu einem Problem werden.

Beobachtung: Es werden sehr ähnliche Sichtweisen beider Gruppen deutlich. Es werden auf der einen Seite sowohl Hilfsmittel sowie ein verändertes Bewusstsein für Barrieren wahrgenommen als auch – auf der anderen Seite - die Problematik, sich in öffentlichen Bereichen bzw. in Menschenmengen zu befinden.

7 DISKUSSION UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden die zentralen Ergebnisse aus dem vorangegangen Kapitel zusammengefasst und in Hinblick auf den aktuellen Forschungsstand eingeordnet. Dabei werden insbesondere Übereinstimmungen und Unterschiede der in dieser Dissertation entstandenen Ergebnisse im Vergleich zum aktuellen Forschungsstand beschrieben und diskutiert. Desweiteren werden die Ergebnisse mit den eingeführten Theorien, wie der Salutogenese nach Antonovsky oder der sozial-kognitiven Theorie nach Bandura, insbesondere jedoch mit der Feldtheorie nach Lewin, in einen Zusammenhang gebracht und interpretiert.

Der Aufbau dieses Kapitels entspricht der Chronologie der Leitfragen im Kapitel 4. Zunächst werden die Ergebnisse, die sich auf die wahrgenommenen Förderfaktoren und Barrieren der Rehabilitanden beziehen, diskutiert (Leitfrage 1). Anschließend erfolgt die Diskussion der Ergebnisse der Partner (Leitfrage 2). Das Kapitel schließt mit der einer Diskussion der Ergebnisse zu den Leitfragen 3 und 4, also hinsichtlich der *unterschiedlichen* Wahrnehmung von Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess von Rehabilitanden und Partnern (Leitfrage 3) und den sich daraus möglicherweise ergebenden Missverständnissen und Konflikten (Leitfrage 4). Zuletzt werden die Gesamtergebnisse im Hinblick auf die Erkenntnisse aus den Theorien interpretiert.

7.1 Diskussion der Ergebnisse zur Leitfrage 1

WELCHE FÖRDERFAKTOREN UND BARRIEREN WERDEN VON REHABILITANDEN IM REHABILITATIONSVERLAUF WAHRGENOMMEN?

Die hierzu im Kapitel 6 dargestellten Ergebnisse verdeutlichen, dass die Rehabilitanden das *selbstständige Informieren und Vertreten eigener Belange* als einen Förderfaktor im Bereich der eigenen PERSON benennen. Sie verfügen aus ihrer Sicht über die notwendigen Kompetenzen, um ihre Ansprüche zu vertreten. Dennoch zeigt sich, dass die *Inanspruchnahme von Unterstützung als Schwierigkeit* als Barriere im Bereich der eigenen Person wahrgenommen wird. Auch weitere Kategorien wie eine *fehlende Zielstrebigkeit* oder eine *fehlende Durchsetzungsfähigkeit* verweisen auf die Problematik, dass die Rehabilitanden sich nicht ausreichend in der Lage sehen, Ansprü-

che z.B. in Form von Therapiemaßnahmen für sich einzufordern. Im Wirkungsraum REHABILITATION finden sich zudem Hinweise darauf, dass der genannte Förderfaktor des *selbstständigen Informierens und Vertretens eigener Belange*, nicht zu einem umfassenden Rehabilitationserfolg führt. So benennen die Rehabilitanden zahlreiche Barrieren, die auf nicht umgesetzte Wünsche hindeuten (wie der Wunsch nach mehr *Beratung*, der *Behandlung von Symptomen und Ursachen*, der *deutlicheren Patientenorientierung*). Auch zeigt sich, dass trotz der Nennung von Förderfaktoren, wie der *schnellen und unkomplizierten Hilfsmittelversorgung* oder der *gelungenen Versorgungskette,* Barrieren im Bereich der SITUATIVEN BEDINGUNGEN, also in dem tatsächlichen Anwendungskontext, sichtbar werden. Die Rehabilitanden beschreiben z.B. Schwierigkeiten beim Hochtragen von Einkaufstüten (Anhang 103; R4, Z. 330-333). Die damit verbundenen Handlungsschritte Treppensteigen und Tütentragen sind als jeweilige Einzelabläufe möglich. Als gleichzeitig auszuführende Handlung führen sie jedoch zu einer unüberwindbaren Barriere und damit zu Beeinträchtigungen in der Ausführung täglicher Aktivitäten.

Auch die Betrachtung der weiteren Wirkungsräume zeigt, dass die befragten Rehabilitanden anhaltende Beeinträchtigungen z.B. in der Ausführung ihres BERUFES oder ihres ALTERNATIVEN WIRKUNGSRAUMES sowie im Bereich der SITUATIVEN BEDINGUNGEN (*Einschränkungen der Aktivität*) und der GESELLSCHAFT (*Barrieren in privaten Räumlichkeiten*, *Unwohlsein in Menschenmengen* und im *Umgang mit fremden Personen*) feststellen. Trotz der *grundsätzlich* positiven Sicht auf den Rehabilitationsprozess und einer positiven Einschätzung hinsichtlich des *Vertretens der eigenen Belange*, zeigen sich -seit Vorfall des Schlaganfalls- in allen untersuchten Bereiche Faktoren, die die Ausübung von Aktivität und Partizipation erschweren.

In der Studie zum Thema „Partizipatives Rehabilitationsprozessmanagement „Schlaganfall in Sachsen-Anhalt“ (PaReSiS)“ von Lorenz et al, wird dieser Zusammenhang indirekt aufgegriffen. Die Autoren gehen in dieser Studie darauf ein, dass ein auf Beratung und Information basierendes Case Management in der poststationären Rehabilitationsnachsorge nicht automatisch zu einer höheren Inanspruchnahme ambulanter Leistungen und nicht zu einer Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit führt. Für den Erfolg rehabilitativer Maßnahmen scheint vielmehr die Verordnung therapeutischer Leistungen sowie deren Therapiedichte als einflussnehmender Faktor bedeutsam zu sein (Lorenz et al. 2013). Die Verordnung von Therapien hängt

wiederum auch mit der individuellen Kompetenz einer Person zusammen, therapeutische Verordnungen für sich als zielführend zu erkennen, sie für sich zu beanspruchen und diese bei dem behandelnden Arzt einzufordern. Die individuelle Kompetenz einer Person bestimmt somit den zu erwartenden Rehabilitationserfolg deutlicher als Beratungsleistungen durch Case-Manager. Rehabilitanden müssen demnach frühzeitig auf ihre eigene Rolle im Versorgungsprozess vorbereitet werden. Sie müssen durch eine früh einsetzende Aufklärung und Beratung die Zusammenhänge von Rehabilitationsziel und der Therapiemotivation erkennen. So beginnen sie *eigene* Ziele von Therapien zu verfolgen und die für sie zielführenden Therapien dauerhaft einzufordern. Der hier angesprochene Einflussfaktor kann als Selbstwirksamkeitserwartung beschrieben werden, also als Erwartungshaltung an sich selbst aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich ausführen zu können (Schwarzer 2004, p.61f). Dieser Aspekt wird im folgenden Absatz detailliert betrachtet.

Die zuvor beschriebenen Ergebnisse zeigen, dass die Rehabilitanden die benannten Barrieren im Bereich der REHABILITATION durch z.B. *Beratungsleistungen*, *langfristige Ansprechpartner* sowie einer *stärkeren Patientenorientierung* als *grundsätzlich* beeinflussbare Barrieren wahrnehmen. Eine detaillierte Betrachtung der benannten Förderfaktoren und Barrieren im Bereich der PERSON lässt vermuten, dass mögliche Veränderungen jedoch nicht dem *eigenen* Kompetenzbereich zugeschrieben werden. Zwar werden Kategorien wie ein hohes *Engagement*, *Zielstrebigkeit* und eine grundsätzlich *positive Wahrnehmung* als Förderfaktoren der eigenen Person erkannt, in Bezug auf die Überwindung von Barrieren wird jedoch eine Zurückhaltung ersichtlich. Dies zeigt sich durch Kategorien wie dem *Arrangieren mit veränderten Gegebenheiten*, der *Schwierigkeit Unterstützung zu beanspruchen*, der *pessimistischen Herangehensweise an Herausforderungen* und der *fehlenden Durchsetzungsfähigkeit*. Die eigene Selbstwirksamkeitserwartung, scheint bei den Rehabilitanden wenig ausgeprägt zu sein. Dieser Aspekt der Selbstwirksamkeitserwartung wird von Schwarzer (2004) erläutert. Er legt dar, dass Leistungen, die nicht der eigenen Kompetenz, sondern äußeren Umständen zugeschrieben werden, die eigene Selbstwirksamkeitserwartung nicht aktivieren. Daher bestimmt die Art und Weise wie eine Person eine Barriere wahrnimmt und interpretiert, die Sicht auf die eigene Selbstwirksam-

keit, Motivation und Leistungsfähigkeit (Schwarzer 2004, p.12). Das bedeutet, dass sich ein Rehabilitand nur dann als einflussnehmenden Faktor erfolgreicher Rehabilitationsprozesse begreifen kann, wenn er die ihn umgebenden Barrieren als durch sich selbst veränderbar empfindet.

Im Wirkungsraum REHABILITATION lassen sich Kategorien wie das *Fehlen einer psychosozialen Beratung für Rehabilitanden und Angehörige* sowie die *Unwissenheit durch fehlende Aufklärung* als fehlende psychosoziale Versorgung und Psychoedukation zusammenfassen. Unter Psychoedukation wird die Aufklärung zu der Art der Erkrankung, vermuteten Zusammenhängen, möglichen Behandlungsschritten, Krankheitssymptomen und Verlaufsformen verstanden. Sie stellt also eine Aufklärung zum eigenen Krankheitsbild dar (Frieboes, Zaudig, & Nosper 2005, p.51;294). Psychoedukation findet vorwiegend im Bereich der Verhaltensstörungen Anwendung, ließe sich aufgrund der oben benannten Barrieren jedoch auch für den Bereich der Schlaganfallversorgung nutzen. Eine fehlende psychosoziale Beratung sowie eine fehlende Aufklärung zu dem eigenen Krankheitsbild, erschweren die Krankheitsverarbeitung von Rehabilitanden und Angehörigen und verringern damit die Ausschöpfung des individuellen Rehabilitationspotentials (Fertl 2011, p.630). In den Grundlagen der Neurologischen Rehabilitation beschreibt Fertl das Berufsbild der Neuropsychologie u.a. durch Aufgabenbereiche wie die Förderung der Krankheitsverarbeitung, Angehörigenberatung und Schnittstellenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Fertl 2011, p.633). Die oben beschriebenen Versorgungslücken der befragten Rehabilitanden ließen somit die Annahme zu, dass sie keine neuropsychologische Behandlung erhalten haben. Die Rehabilitationseinrichtung, in der die befragten Rehabilitanden behandelt wurden, berücksichtigt jedoch die Neuropsychologie im Behandlungskonzept. Die folgende Interviewpassage bietet Hinweise darauf wie die empfundenen Versorgungslücken möglicherweise entstanden sind:

> „Von der war ich auch völlig überrascht. Ich hatte eine Frühreha, da stand dann in meinem Therapieplan: "Neuropsychologische Betreuung". Und ich habe jetzt gedacht, da kommt ein Gespräch: "Wie geht es Ihnen? Wie geht es denn weiter?". Da wurde ich vor den Bildschirm gesetzt und Reaktionstests und so etwas gemacht (lacht). Ich habe dann auch gefragt, es war eine ältere Psychologin: "Wollen Sie kein Gespräch mit mir führen wie es mir so geht und wie wir so weitermachen?". „Nein, das ist nicht meine Aufgabe." (Anhang 138; R9, Z. 1010-1016)

In dieser Interviewpassage wird deutlich, dass der Rehabilitand unter neuropsychologischer Behandlung ein Gespräch zur Krankheitsverarbeitung

und keine neuropsychologische Testung erwartet hat. Fertl beschreibt, dass das Aufgabenspektrum der Neuropsychologie vielfältig ist und neben den bereits aufgeführten Tätigkeitsfeldern weitere Aufgabenbereiche wie die Durchführung neuropsychologischer Diagnostik beinhaltet (Fertl 2011, p.633). Das umfangreiche Profil dieser Fachdisziplin verdeutlicht die Notwendigkeit einer detaillierten Einschätzung zu den Bedürfnissen des Rehabilitanden. Nicht die Durchführung der neuropsychologischen Behandlung an sich, sondern die Auswahl patientenorientierter Maßnahmen, bestimmt ihren Erfolg.

Zusammenfassend wurden in diesem Teilkapitel das selbstständige Informieren und Vertreten eigener Belange, das eigene Engagement, Zielstrebigkeit und eine grundsätzlich positive Wahrnehmung, eine schnelle und unkomplizierte Hilfsmittelversorgung und die gelungene Versorgungskette als Förderfaktoren der Gruppe der Rehabilitanden diskutiert.

Schwierigkeiten mit der Inanspruchnahme von Unterstützung; fehlende Zielstrebigkeit oder eine fehlende Durchsetzungsfähigkeit, fehlende Beratung, mangelnde Behandlung von Symptomen und Ursachen, geringe Patientenorientierung, Einschränkungen in der Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens sowie Barrieren in privaten Räumlichkeiten, Unwohlsein in Menschenmengen und im Umgang mit fremden Personen, das Fehlen einer psychosozialen Beratung für Rehabilitanden und Angehörige sowie die Unwissenheit durch fehlende Aufklärung wurden hingegen als Barrieren diskutiert.

7.2 Diskussion der Ergebnisse zur Leitfrage 2

Welche Förderfaktoren und Barrieren werden von Partnern im Rehabilitationsverlauf wahrgenommen?

Auch die Ergebnisse der Partner zeigen, dass in allen untersuchten Wirkungsräumen Barrieren wahrgenommen werden und sich diese häufig mit denen der Rehabilitanden decken. Obwohl die Partner selbst nicht von einem Schlaganfall betroffen sind, fühlen sie sich in der Ausübung vieler Aktivitäten ebenso stark wie ihre erkrankten Partner beeinträchtigt. In dem Artikel „Behinderung als partnerschaftliche Lebenslage“ geht Behrisch (2013) auf diesen Zusammenhang ein. Die körperliche Beeinträchtigung als häufige Folge eines Schlaganfalls, geht mit einer Umgestaltung annähernd aller Pro-

zesse und Aktivitäten des täglichen Lebens einher und betrifft die beeinträchtigten und nicht-beeinträchtigten Partner nahezu gleichermaßen. Behrisch geht insbesondere auf die Situation der nicht-beeinträchtigten Partner ein und beschreibt die durch die Körperbeeinträchtigung des Partners veränderte Lebenslage als in zweifacher Weise belastet: Zum einen müssen die Routinen und Arbeitsfelder des Partners zusätzlich übernommen werden, zum anderen fällt durch die Beeinträchtigung des Partners ein zusätzlicher Unterstützungs- oder Pflegeaufwand an (Behrisch 2013a, p.174f).

Veränderungen dieser Art werden auch durch die in dieser Dissertation befragten Partner wahrgenommen. Sie äußern z.B., dass sie seit dem Schlaganfall des Rehabilitanden weniger Zeit für eigene Interessen haben. Die Betrachtung des ALTERNATIVEN WIRKUNGSRAUMES zeigt, dass dieser zwar im Sinne von *Auszeit und Erholung* einen generellen Förderfaktor darstellt, er aber durch Barrieren, wie *weniger Zeitreserven* und *Rücksichtnahme auf den Partner*, seltener aufgesucht wird. In Zusammenhang mit der Betrachtung des ALTERNATIVEN WIRKUNGSRAUMES, ist die Betrachtung des WIRKUNGSRAUMES BERUF interessant. Dieser weist eine grundsätzlich sehr positive Bewertung auf. Er wird von den Partnern als Ort der *Auszeit und Ablenkung* sowie der *Freude* wahrgenommen. Die einzige Barriere dieses Wirkungsraumes besteht darin, dass er eine *zeitliche Belastung* für die Ausführung *weiterer* Aufgaben darstellt. Die Partnerin P9 schildert diesen Zusammenhang zwischen Ablenkung und zusätzlicher Belastung wie folgt:

> „[…] Also ich musste ihn [Anmerkung: gemeint ist der Unterricht] auch vorbereiten und so, dass man manchmal schon gedacht hat, „oh wie schaffst du eigentlich alles?“. Aber im Grunde genommen, da jetzt einen roten Punkt zu machen, man könnte mal vielleicht so Kleinen, so für die Belastung sage ich mal, aber ohne dem, glaube ich, weiß ich nicht ob ich das alles geschafft hätte.“ (Anhang 75; P9, Z. 873-876)

Die Partnerin hat in der Interviewsituation gezögert dem Bereich Beruf in der grafischen Darstellung einen roten Punkt, also eine Barriere, zuzuordnen. In ihren Äußerungen fällt ein Konflikt dahingehend auf ob der Wirkungsraum im Sinne von *Ablenkung* einen Förderfaktor oder im Sinne der zusätzlichen *zeitlichen Belastung* eine Barriere darstellt. Der hier beschriebene Konflikt wird von Fries in ähnlicher Form beschrieben. Im Kapitel 3.3.5 wurde dargestellt, dass Angehörige von Schlaganfallpatienten die Erwartungshaltung Anderer verspüren, dass man sich aus Liebe dem Partner gegenüber in einem uneingeschränkt aufopferndem Verhalten zeigen müsse (Fries 2007a, p.136). Unter Berücksichtigung dessen lässt sich die Verwehrung des ALTERNATIVEN

WIRKUNGSRAUMES einordnen. Dieser wird i.d.R. alleine und nicht im Beisein des Partners ausgeübt. Sich trotz bestehender Beeinträchtigungen des Partners Zeit für die Ausübung von Aktivitäten des ALTERNATIVEN WIRKUNGSRAUMES zu nehmen, geht mit einer zeitlichen Limitierung für die gemeinsame Zeit mit dem Partner einher. Die im ALTERNATIVEN WIRKUNGSRAUM verbrachten Zeitfenster werden der von Fries beschriebenen Annahme möglicherweise als „unnötige" Zeit empfunden, da sie nicht in einem unmittelbaren Zusammenhang zu dem Wohlergehen des Rehabilitanden stehen.

Der Wirkungsraum BERUF stellt ebenso einen Wirkungsraum dar, der i.d.R. ohne den Partner ausgeübt wird. Er verfügt jedoch über eine hohe soziale Anerkennung, da mit ihm die finanzielle und soziale Absicherung im Sinne des „Kümmerns um das Wohl der Familie" verbunden wird (Schmitt 2001, p.219). Zu vermuten ist, dass die Partner im Wirkungsraum „Beruf" eine größere Legitimation verspüren Zeit ohne ihren Partner verbringen zu dürfen als im ALTERNATIVEN WIRKUNGSRAUM.

In der Gruppe der Partner wurde der Schwerpunkt der Diskussion auf den Alternativen Wirkungsraum sowie auf den Wirkungsraum Beruf gelegt. Ersterer stellt sich als wahrgenommene Auszeit und Erholung grundsätzlich positiv dar. Auch der Beruf wird als Auszeit, Ablenkung sowie Freude vorwiegend positiv wahrgenommen.

Als Barrieren wurden die eingeschränkten Zeitreserven und die Rücksichtnahme auf den Partner sowie die zusätzliche zeitliche Belastung durch den Beruf diskutiert.

7.3 Diskussion der Ergebnisse zur Leitfrage 3

GIBT ES HINWEISE DARAUF, INWIEFERN EINE UNTERSCHIEDLICHE WAHRNEHMUNG BEZÜGLICH DER FÖRDERFAKTOREN UND BARRIEREN IM REHABILITATIONSVERLAUF ZWISCHEN DEN REHABILITANDEN UND DEN PARTNERN FESTZUSTELLEN IST?

Grundlegend verdeutlichen die Ergebnisse im Kapitel 6, dass sowohl die Gruppe der Rehabilitanden als auch die Gruppe der Partner in den untersuchten Wirkungsräumen sowohl Barrieren als auch Förderfaktoren benennen. Keine der beiden Gruppen hat zu einem der Befragungszeitpunkte eine ausschließlich positive oder negative Wahrnehmung auf die Situation. Dennoch hat die Ergebnisdarstellung im Kapitel 6 verdeutlicht, dass sich die Wahrnehmung von Rehabilitanden und Partnern bezüglich Förderfaktoren

und Barrieren mitunter unterschiedlich zeigt. Diese Unterschiede werden im Kapitel 7.4 aufgegriffen und im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die Partnerschaft diskutiert.

7.4 Diskussion der Ergebnisse zur Leitfrage 4

GIBT ES HINWEISE DARAUF, INWIEFERN UNTERSCHIEDLICHE WAHRNEHMUNGEN VON REHABILITANDEN UND PARTNERN ZU MISSVERSTÄNDNISSEN UND KONFLIKTEN INNERHALB DER PAARBEZIEHUNG FÜHREN?

Die im Kapitel 6 dargestellten Ergebnisse zu dieser Leitfrage verdeutlichen, dass die Rehabilitanden eine größtmögliche Realisierung von *Normalit*ät durch FAMILIEnmitglieder und BEKANNTE als Förderfaktor wahrnehmen. Die Partner hingegen äußern ein *ausgeprägteres Empfinden von Normalität anderer Familien- und Bekanntenmitglieder* als Barriere. Familienmitglieder und Bekannte, die nicht im gleichen Haushalt leben, erhalten nur sequentielle Einblicke in die Lebenssituation der betroffenen und nicht-betroffenen Person. Neben den Rehabilitanden, ist der Partner daher die einzige Person, die die tatsächliche Veränderung des Schlaganfalls auf die Gesamtlebenssituation einschätzen kann. Die Hervorhebung von *Normalität* kann bei den nicht-beeinträchtigten Partnern zu einer Wahrnehmung von fehlender Anerkennung ihrer täglichen Leistung führen.

In der Ergebnisdarstellung der Förderfaktoren und Barrieren im Kapitel 6 wird von beiden Partnern das *Verbergen des eigenen Befindens* als Barriere im Bereich der eigenen PERSON benannt. Obwohl diese Kategorie von beiden Interviewgruppen benannt wird, lassen sich ihre damit verbundenen Konsequenzen unterschiedlich diskutieren. Das wahrhafte Befinden vor Anderen zu verbergen führt bei den Personen, die sich nach dem Befinden erkundigt haben, zu dem Eindruck, dass die Lebenssituation weitestgehend unverändert und damit „normal“ ist. Die Rehabilitanden erfahren somit trotz der Barriere *sich nicht aufrichtig zu dem Befinden äußern zu mögen* (Aversion) auch einen durch sie entstandenen Förderfaktor der *Normalität* (Appetenz). Die Partner sind wiederum mit einem sich doppelt negativ auswirkenden Konflikt konfrontiert. Sie *verbergen nicht nur das eigene Befinden* vor Anderen (Aversion), sondern auch die veränderte und belastende Lebenssituation (Aversion). Mögliche Unterstützungsbedarfe, die durch eine aufrichte Schilderung der veränderten Lebenssituation und der empfundenen Arbeitsbelastung sichtbar würden, bleiben durch Andere unentdeckt. Die Schilderung einer

Situation aus der Pre-Test Erhebung ist in diesem Zusammenhang aufschlussreich[2]. Ein nicht-betroffener Partner wurde in der Begrüßung zu seinem Befinden befragt. Er vergewisserte sich ob sein eigenes Befinden gemeint sei oder das seiner Ehefrau und schilderte, dass er seit dem Schlaganfall seiner Frau oftmals nur nach ihrem Befinden gefragt würde. Diese Beschreibung gibt einen Hinweis darauf, dass andere Personen das Befinden des nicht-betroffenen Partners im Vergleich zu dem betroffenen Partner offensichtlich als weniger verändert und bemerkenswert annehmen.

Die Überlegungen zu dem *Verbergen des eigenen Befindens* geben somit Hinweise auf mögliche partnerschaftliche Konflikte. Auf der einen Seite besteht aus Sicht der Rehabilitanden ein Wunsch auf Normalität, der aufgrund ihrer Therapiebemühungen nachvollziehbar ist. Auf der anderen Seite wurde durch die Fallbeschreibungen des Kapitels 6 deutlich wie vielschichtig sich die durch den Schlaganfall ausgelösten Beeinträchtigungen der Rehabilitanden zeigen. Diese wirken sich verändernd auf den Alltag von Rehabilitanden und Partnern aus und werden durch Leistungen der nicht-betroffenen Partner kompensiert (Behrisch 2013a, p.177). Es liegt eine Gefahr darin, dass die unsichtbaren Leistungen und ihre resultierende Arbeitsbelastung keine Anerkennung erfahren und wie bereits beschrieben zu einer Fehleinschätzung von Unterstützungsbedarfen durch Andere führen. In der folgenden Interviewpassage wird dieser Zusammenhang deutlich:

> „[…] Und ich denke einmal je mehr Zeit vergeht vom Schlaganfall (..) je natürlicher wird das und „Die kommen ja auch alleine zu Recht“ ne? „Mama und Papa schaffen das schon!" Ja, gut, jetzt denke ich auch. Am X [Wiederholung des Wochentages] da hat er uns dann wieder abgeholt, da sagt er dann „Entweder wir fahren mit dem Fahrrad raus oder wir fahren nach X [Nennung eines Landes]." Und da denke ich manchmal „Da könntest du uns ja auch mitnehmen!" Aber ich glaube gar nicht, dass mein Mann das gerne machen würde. Denn dann kann er sich mittags nicht hinlegen und dieses Laufen fällt ihm schwer und… Ja, ich fühle mich manchmal eingesperrt, ja. […].“ (Anhang 119, P6, Z. 237-245)

In diesem Interviewabschnitt beschreibt die Partnerin P6, dass sie gerne an einer Freizeitaktivität mit anderen Familienmitgliedern teilgenommen hätte, aber nicht den Eindruck hatte, dass ihr Interesse daran erkannt worden sei. P6 geht davon aus, dass die anderen Familienmitglieder nur die ***gemeinsame*** Perspektive auf sie beide als Ehepaar einnehmen und nicht die jeweiligen ***Einzelbedürfnisse*** erkennen. In diesem Abschnitt wird ein nicht ausgesprochenes Bedürfnis deutlich, welches in der Konsequenz zu dem Eindruck

[2] Die Beschreibung bezieht sich auf die Begrüßungssituation und gehört daher dem nicht-transkribierten Teil des Gesprächs an.

führt man werde ausgeschlossen und mit der veränderten Lebenssituation alleingelassen.

Im weiteren Verlauf der Ergebnisdarstellung fällt der unterschiedliche Umgang mit dem ALTERNATIVEN WIRKUNGSRAUM auf. Die Gruppe der Partner scheint sich die Aktivitäten dieses Wirkungsraumes zugunsten zeitlicher Ressourcen für die Rehabilitanden weitestgehend zu verwehren. Die Rehabilitanden wiederum verbinden mit dem ALTERNATIVEN WIRKUNGSRAUM einen Übungs- und Motivationsort für das in den Therapien Erlernte. Sie verfolgen diese Aktivitäten entsprechend mit einem hohen zeitlichen Engagement. Die sich daraus ergebende ungleiche zeitliche Frequentierung des ALTERNATIVEN WIRKUNGSRAUMES im Vergleich von Partnern und Rehabilitanden kann zu Missverständnissen führen. Es ist vorstellbar, dass die Partner die zeitlichen Ressourcen, die sich die Rehabilitanden für den ALTERNATIVEN WIRKUNGSRAUM nehmen, mit Missgunst betrachten und sich bezogen auf die eigenen eingeschränkten Zeitreserven unverstanden und zurückgesetzt fühlen. So kann sich der Vorwurf entwickeln, dass der Partner sich für den Rehabilitanden viel zusätzliche Zeit nehme, während dieser die verfügbaren Zeiten mit Hobbys verbringe und nicht mit zusätzlichen Bemühungen im Rehabilitationsprozess oder im gemeinsamen Haushalt. Doch auch die Gruppe der Rehabilitanden, die sich mit der Ausübung interessengeleiteter Aktivitäten eine Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen und damit eine positive Veränderung des gemeinsamen Lebens erhofft, kann durch den Vorwurf man nehme sich zu viel Zeit für sich und eigene Freizeitaktivitäten, eine Missachtung der eigenen Bemühungen empfinden.

In diesem Zusammenhang wird darüber hinaus eine unterschiedliche Wahrnehmung des Wirkungsraumes BERUF ersichtlich. Die Rehabilitanden empfinden in diesem Bereich vielfältige Barrieren. Sie nehmen *Beeinträchtigungen in der Ausführung arbeitsspezifischer Handlungen* wahr, empfinden jedoch eine *Dringlichkeit schnell in den Beruf zurückkehren* zu müssen. Hinzu finden sie beim Wiedereinstieg in ihren Beruf *keine Unterstützungsmaßnahmen*, sondern teilweise erschwerte Arbeitsbedingungen durch *die zu leistende Vertretungsarbeit für Arbeitskollegen* vor. Neben dieser Arbeitsbelastung besteht auch die Sorge darüber, ob man den beruflichen Anforderungen gerecht werden kann. Aus Sicht der Rehabilitanden stellt sich der Wirkungsraum BERUF als ein Appetenz-Aversions-Konflikt dar, d.h. in ihm getroffene Entscheidungen führen sowohl zu positiven als auch zu negativen Konse-

quenzen (Graumann 1982, p.17). Die Rückkehr in den Beruf stellt einen bedeutenden Indikator hinsichtlich des Rehabilitationserfolges dar (Fries 2007b, p.9) und geht mit einer größtmöglichen Einkehr routinierter Tagesabläufe und damit auch von Normalität einher. Wie in der Darstellung und in der Diskussion der Ergebnisse bereits beschrieben wurde, wird die *Einkehr von Normalität* in zwei der untersuchten Wirkungsräume als Förderfaktor benannt. Dennoch ist die Rückkehr in den Beruf auch mit negativen Konsequenzen versehen. Einige Arbeitsabläufe sind aufgrund *anhaltender Beeinträchtigungen* nur eingeschränkt möglich und werden durch belastende Arbeitsbedingungen wie *Urlaubs- und Krankheitsvertretungen* zusätzlich erschwert. Die Rehabilitanden fühlen sich in diesem Wirkungsraum demnach mit den Beeinträchtigungen, die als Folge des Schlaganfalls entstanden sind, konfrontiert ohne dass ihnen ausreichende Unterstützungsmaßnahmen zur Bewältigung dieser Beeinträchtigungen zur Verfügung stehen. Ein vorzeitiger Ruhestand wendet eine Konfrontation mit diesen Beeinträchtigungen ab (Appetenz), erschwert jedoch auch die Einkehr von Normalität (Aversion). Während der Wirkungsraum BERUF für die Gruppe der Rehabilitanden demnach durch Konflikte geprägt ist, wird er von der Gruppe der Partner vorwiegend (in der zweiten Erhebungsphase sogar ausschließlich) positiv bewertet. Sie nehmen in diesem Wirkungsraum die Befriedigung ihres Bedürfnisses nach *Auszeit und Erholung* wahr. Wie bereits beschrieben, erfahren Personen, die einen Beruf ausüben, eine hohe soziale Anerkennung (Schmitt 2001, p.219), da die Ausübung eines Berufes mit einer Unterstützungsleistung für den Rehabilitanden gleichgestellt wird. Eine Entscheidung, die zu der negativen Konsequenz führt weniger Zeit für den Partner zu haben (Aversion), wird zugunsten der positiven Konsequenz sich um die Sicherstellung des Wohls der Familie zu bemühen (Appetenz) gelöst.

In dem Teilkapitel 7.4 wurde die Bedeutung von Normalität diskutiert. Hierzu in einem engen Zusammenhang stehen das Verhältnis von Rehabilitanden und Partnern zu ihren jeweiligen Familien und Bekanntenkreisen sowie die Auswirkungen, die sich zeigen, wenn diese das tatsächliche Befinden beider Gruppen nicht realistisch einschätzen können. Diese Auswirkungen, sowie die unterschiedlichen Wünsche und Befürchtungen, die mit Normalität verbunden zu sein scheinen, wurden mit anderen Forschungsergebnissen in einen Diskurs gestellt. Auch der unterschiedliche Umgang mit dem Alternativen Wirkungsraum und mit dem Wirkungsraum Beruf wurden diskutiert.

Hier wurden insbesondere die Unterschiedlichen Intentionen, die durch die Ausführung beider Wirkungsräume verfolgt werden, bedacht.

7.5 Interpretation der Ergebnisse

In diesem Teilkapitel werden die Ergebnisse des Kapitels 6 vor dem Hintergrund der theoretischen Annahmen des Kapitels 2 interpretiert. Zur besseren Veranschaulichung werden, unter Bezugnahme prägnanter Interviewpassagen, Einzelbeispiele verwendet.

Der SOZIAL-KOGNITIVE THEORIE NACH BANDURA (Bandura 2001, p.1ff) zufolge nimmt die Selbstwirksamkeitserwartung einen direkten Einfluss auf das gezeigte Verhalten einer Person. Ob gesundheitsfördernde Maßnahmen von einer Person umgesetzt werden, hängt diesem Modell nach nicht zuletzt auch davon ab, ob sich die Person ausreichend dazu befähigt fühlt.
Die Rehabilitanden R1 antworte auf die Frage wie sich aus ihrer Sicht die Veränderungen der negativen Eigenschaften der Person (also von R1 selbst), erklären ließen, wie folgt:

> „Ja, weil man auch daran arbeiten kann. Vielleicht wenn man das auch schon einmal ausgesprochen hat. Dann kommt man erst darauf.“ (Anhang 87; R1, Z. 993-994)

Sie schildert, dass die Möglichkeit, negative Faktoren benennen zu können, dazu führt, dass diese Faktoren aktiv bearbeitet werden können. Aus der eigenen Erwartungshaltung heraus, kann somit ein positiver Einfluss auf Rehabilitationsprozesse genommen werden.
Auch einer der befragten Partner (P10) geht auf Faktoren der Selbstwirksamkeitserwartung ein.

> „Ja ich bin früher auch zurückhaltender gewesen, aber jetzt irgendwie werde ich stärker dadurch, weil ich es für ihn tun muss. Und merk das auch bei mir, dass ich dann bei Ärzten, dann doch einmal nach frage und sag: „Nee so gefällt mir das aber nicht. Ich muss noch einmal kommen" oder „Das ist noch nicht so abgeklärt". Doch da habe ich auch daraus gelernt, weil früher hätte ich auch manches doch so abgetan: „Naja war ebenso, war nicht doll. Aber was soll es"“ (Anhang 151; P10, Z. 667-672)

Diese Partnerin erkennt ihren eigenen Stellenwert im Hinblick auf den Verlauf von Rehabilitationsprozessen und bringt ihre Rolle als Expertin in eigener Sache aktiv, z.B. in Form von Rückmeldungen in den Entscheidungsprozess zu geplanten Maßnahmen, mit ein.

Im SALUTOGENESE-MODELL NACH ANTONOVSKY wird das Konzept der KOHÄRENZ herausgestellt, welches sich aus den Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit zusammensetzt. Die Äußerung des Rehabilitanden R9 veranschaulicht, dass sich seine Motivation, das Treppensteigen wiederzuerlangen, dadurch erhöht hat, dass er die Befähigung hierfür im Hinblick auf die Ausübung seines Hobbys als sinnvoll erachtet hat.

> „[…] Am Anfang ein kleines Rot … Ich muss von dem Keller auf den Boden gehen, Treppe steigen. Aber das ist jetzt mittlerweile auch ein Grüner. Das ist für mich dann Training. Dass ich da drei Treppen hochgehen muss. Das ist schon gut fürs Bein." (Anhang 71; R9, Z. 535-538)

Bei dem Partner P7 wird die Komponente der Verstehbarkeit aufgegriffen, die sich in seinem Fall als positiv wirkender Faktor auf den Rehabilitationsprozess ausgewirkt hat.

> „[…] und dann muss man auch sagen, wir hatten eine lange Vorlaufzeit gedanklicher Art. Meine Schwester wusste ja schon einige Jahre vorher, dass sie einmal, wenn es so sein sollte, einen Schlaganfall bekommen würde, nachdem also die Engstelle im Kopf ja weder per Stant noch per Operation in Angriff zu nehmen war, war damit zu rechnen. Musste nicht sein aber es konnte passieren und dann ja, ich will nicht sagen man stellt sich ein wenig darauf ein aber so ganz unvorbereitet waren wir nicht." (Anhang 59; P7, Z. 533-539)

P7 schildert, dass das Wissen der erhöhten Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Schlaganfalls sowie des Verstehens worauf dieser zurückzuführen ist, zu einer schnelleren Akzeptanz der veränderten Lebenssituation und zu einem besseren Arrangieren mit dieser Lebenssituation geführt hat.

Als Leittheorie der zugrundeliegenden Dissertation, wurde die FELDTHEORIE NACH LEWIN eingeführt. Ihr zufolge lässt sich das Verhalten einer Person durch individuell wahrgenommene positiv und negativ wirkende Faktoren erklären. Positiv wirkende Lebensbereiche werden aufgesucht, negativ wirkende Lebensbereiche werden gemieden. Darüber hinaus können Konflikte entstehen, wenn z.B. eine Handlung sowohl positive als auch negative Konsequenzen enthält.
Im Kapitel 7.4 wurden Bereiche aufgezeigt, in denen für die Rehabilitanden sowie für die Partner Konflikte entstanden sind. Ein Beispiel zeigt sich bei dem Rehabilitanden R3, der, als Folge anhaltender Beeinträchtigungen, einige der für ihn notwendigen beruflichen Handlungsschritte nicht mehr ausführen konnte. Diese Folgen werden durch die folgende Interviewpassage beschrieben:

> „[…] Aber dann merkte ich Montag schon: Es waren ganze Passagen weg, was ich eigentlich hätte wissen müssen, es war weg. Ja und denn habe ich mich so langsam wieder eingearbeitet, alles was ich so wissen musste und hatte mich denn entschieden am Donnerstag nach X [Nennung einer Stadt] zu fahren (...) zu alten bekannten Kunden. Und die sagten denn: "Mensch, man hat dich ja gar nicht gesehen! Wo bist du denn die ganze Zeit gewesen?". Ja habe ich ganz kurz erzählt, Schlaganfall gehabt, aus dem Verkehr gezogen, bin jetzt wieder angefangen. "Ach Mensch, wie kommt denn so etwas?". Ja wie das denn so ist, dieses schnacken. Ja, aber da merkte ich schon, der stellte nämlich auch eine bestimmte Frage, was ich hätte eigentlich wissen müssen. Aber es fiel mir nicht ein. Habe ich gesagt: "Weißt du was, ich schreib das auf. Ich klär das in der Firma ab. Ich rufe dich nachher an". Ja damit war die Sache eigentlich erledigt, weil wenn man so lange unterwegs gewesen ist im Außendienst, hat man so eine gewisse Schublade, wo man dann reingreift und sagt: "Ja so kann ich den auch zufrieden stellen". Aber man muss dann auch wirklich anrufen, auch wenn es nichts geworden ist. So und dann stehe ich da und musste zum nächsten Kunden hin. Ich wusste es nicht. Ich wusste nicht, wie ich dahin komme. Es war nur 1 km weg, aber ich wusste nicht wie ich dahin komme. Ja habe ich mein Navi eingeschaltet und wie ich dann da ein Stück hingefahren war „klar“. Es kam nicht hier oben, es kam nicht zum Vorschein: [...]“ (Anhang 99; R3, Z 684-703)

Dennoch beschreibt der Rehabilitand mit seiner Aussage

> „[…] Aber ich hätte gerne noch weitergemacht.“ (Anhang 99; R3, Z. 721)

dass er den Austausch mit Kollegen geschätzt hat und gerne noch weiter gearbeitet hätte.

Die Aufrechterhaltung der beruflichen Tätigkeit wäre somit sowohl mit der positiven Konsequenz des kollegialen Austauschs (Appetenz) verbunden gewesen, als auch mit der negativen Konsequenz Misserfolge im Beruf zu erleben (Aversion).

Aus Sicht der Rehabilitanden stellt sich der Wirkungsraum BERUF demnach als ein Appetenz-Aversions-Konflikt dar, d.h. in ihm getroffene Entscheidungen führen sowohl zu positiven als auch zu negativen Konsequenzen (Graumann 1982, p.17).

Salutogenetisch gesehen fehlte ihm aber auch die richtige Strategie mit der Situation umzugehen; das Erlebnis war für ihn nicht handhabbar.

Im Kapitel 6 wurde sowohl in der Gruppe der Rehabilitanden, als auch in der Gruppe der Partner die *Schwierigkeit mit der Inanspruchnahme von Unterstützungen* als Barriere benannt. Die im Kapitel 2.4 eingeführte VERSORGUNGSFORSCHUNG unterscheidet zwischen Bedarfsforschung und Inanspruchnahmeforschung und ermöglicht hierdurch wichtige Hinweise zur Optimierung von Rehabilitationsprozessen. Das Ziel einer Bedarfsforschung liegt in der Feststellung des objektiven und subjektiven Versorgungsbedarfs.

Nicht jeder gesundheitsbezogene Bedarf führt auch tatsächlich zu einer Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. Gründe hierfür liegen u.a. in der Deckung des Bedarfes durch Laiensysteme, wie Partnern, Familien, soziale Netzwerke oder Selbsthilfegruppen. Auch unzureichende Versorgungsstrukturen werden als Grund für die fehlende Inanspruchnahme benannt (Heel et al. 2008, p.254ff). Die Inanspruchnahmeforschung wird als Dokumentation der tatsächlichen Inanspruchnahme von Leistungen verstanden. Dabei geht es auch um eine Erfassung von Faktoren, die das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen wie das Alter, das Geschlecht, die soziale Herkunft, gesundheitsbezogene Einstellungen einer Person oder ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität (Heel 2008, p.6; Heel et al. 2008, p.256).

Die Ergebnisse der zugrundeliegenden Dissertation lassen somit Effekte auf die eingeführten Theorien und Modelle wie die sozial-kognitive Theorie nach Bandura, das Modell der Salutogenese nach Antonovsky, die Feldtheorie nach Lewin und der theoretischen Annahmen der Versorgungsforschung erkennen.

8 REFLEXION DES FORSCHUNGSPROZESSES UND REHABILITATIONSPÄDAGOGISCHE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

In diesem Kapitel wird der Forschungsprozess, der sich über eine Dauer von drei Jahren erstreckt hat, reflektiert. Zunächst werden die Vor- und Nachteile des gewählten methodischen Designs bezogen auf die gewonnenen Ergebnisse diskutiert. Anschließend wird das gewählte Forschungsdesign in Hinblick auf Erkenntnisse und Effekte für die untersuchte Zielgruppe sowie für die Schlaganfallforschung im Allgemeinen reflektiert. Das Kapitel schließt mit rehabilitationspädagogischen Handlungsempfehlungen und der Erarbeitung von Forschungsdesideraten.

8.1 Reflexion des methodischen Designs

Die vorliegende Dissertation bietet mit knapp 700 Seiten Interviewmaterial und über 100 Seiten Ergebnisdarstellung eine umfangreiche Darstellung wahrgenommener Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess durch Rehabilitanden und Partner. Dem Forschungsziel, also der Erarbeitung einer Übersicht zu wahrgenommenen Förderfaktoren und Barrieren sowie der Erarbeitung von Hinweisen auf Konfliktbereiche in Partnerschaften nach Schlaganfall, wird sie demnach gerecht.
Weiterhin konnte in Bezug auf das methodische Design, insbesondere in der Wahl und der Durchführung der Erhebungsmethode, ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn erzielt werden, der in diesem Kapitel aufgegriffen und begründet wird.

DAS ERHEBUNGSINSTRUMENT

Die Erhebung von Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess wurde auf die Wirkungsräume Familie, Bekannte, Rehabilitation, Beruf und Alternativer Wirkungsraum konzentriert. Dieses Vorgehen entspricht in Ansätzen der Erhebung von ICF-orientierten Kontextfaktoren, die für Rehabilitations- und Teilhabeplanungen verwendet werden. Eine handhabbare und praktikable Erhebung von ICF-Kategorien wird in der rehabilitativen Praxis als bislang unbewältigte Herausforderung beschrieben (Wendel & Schenk zu Schweinsberg 2012, p.71f). Auch in der vorliegenden Dissertation erschien die Untersuchung der Versorgungssituation von Rehabilitanden und

Angehörigen zunächst nur durch die Nutzung eines sehr umfassenden Leitfadens möglich zu sein (s. dazu die Beschreibung der Pre-Test Phase im Kapitel 5.4). Für eine Kürzung des Leitfadens, musste eine Unterscheidung von bedeutsamen und weniger bedeutsamen Fragen getroffen werden. Diese Herausforderung wurde durch die Möglichkeit einer individuellen Schwerpunktsetzung der befragten Rehabilitanden und Angehörigen und der damit einhergehenden Begrenzung der Befragungsbereiche gelöst. Durch dieses Vorgehen werden die Rehabilitanden und Angehörige darüber hinaus als Forschungspartner und Experte für die eigenen Lebenssituation auf Augenhöhe in den Entscheidungsprozess der Datenerhebung einbezogen. Dies erhöht das Verständnis für die Bedeutung der gewonnenen Daten und ermöglicht einen Zugang zu dem eigenen Erkenntnisprozess. Dieses methodische Vorgehen kann somit als Erkenntnisgewinn zur Umsetzung der ICF-orientierten Erhebung von Kontextfaktoren verstanden werden.

In der Verwendung der Terminologien wurden bisweilen Schwierigkeiten deutlich. Insbesondere der Begriff „Alternativer Wirkungsraum“ war den Befragten, ohne zusätzliche Erläuterungen, nicht bekannt. Der Begriff „Rehabilitation“ hingegen wurde oftmals auf den stationären Rehabilitationsaufenthalt begrenzt. Um auch Hinweise zu der ambulanten Versorgungssituation zu bekommen, ist entweder eine zusätzliche Erläuterung oder eine Umbenennung des Wirkungsraumes notwendig. Aus den bisherigen Erfahrungen sind Umbenennungen dieser beiden Wirkungsräume, von WIRKUNGSRAUM REHABILITATION zu WIRKUNGSRAUM VERSORGUNGSPROZESS und von ALTERNATIVER WIRKUNGSRAUM zu HOBBY/FREIZEIT zu überlegen.

Das Vorgehen der Befragung hat darüber hinaus gezeigt, dass die Befragten ungerne eine Zuordnung (Förderfaktor oder Barriere) von Personen vornehmen, die den Wirkungsräumen angehören. Hier gilt es durch eine umsichtige und wertschätzende Forscherhaltung etwaige Bedenken, dass negative Äußerungen falsch ausgelegt werden, auszuräumen.

DAS ERHEBUNGSVERFAHREN

Wie beschrieben, wird der Interviewpartner als Experte in eigener Sache auf Augenhöhe in den Forschungsprozess einbezogen. Darüber hinaus wird eine Förderung der Handlungskompetenz der Befragten, auf den eigenen Rehabilitationsprozess bezogen, ersichtlich. Wie im Kapitel 5 beschrieben, wurde das Interview durch eine grafische Darstellung unter Verwendung ei-

ner Magnettafel ergänzt. Durch diese grafische Aufbereitung der Daten haben die Befragungspersonen einen Zugang zu den gewonnenen Daten. Sie können diese einsehen, ergänzen und verändern. Der Daten- und Erkenntnisgewinn wird für die befragten Rehabilitanden und Partner verstehbar, handhabbar und sinnhaft. Dies kann wiederum zu einer positiven Selbstwahrnehmung hinsichtlich des eigenen Einflusses auf rehabilitative Maßnahmen führen. Es wird demnach das KOHÄRENZGEFÜHL der Personen gestärkt (Antonovsky 1997, p.34).

Die Erhebung der vorliegenden Dissertation hat sich insgesamt über einen Zeitraum von etwa einem Jahr erstreckt. In diesem zeitlichen Verlauf zeigen sich Unachtsamkeiten, die durch eine konsequente Vor- und Nachbereitung der Interviews vermeidbar sind. Eine regelmäßige „Interviewschulung“ hätte die unbeabsichtigte Umformulierung von Fragen verdeutlicht. Weiterhin führte ein überschrittenes Datenvolumen des Aufnahmegerätes wiederholt zu einer vorzeitigen Beendigung der Interviewaufnahme, die durch eine regelmäßige Überprüfung des Datenformats zu verhindern gewesen wäre.

ERHEBUNGSMESSPUNKTE

Die Begründung von zwei Erhebungszeitpunkten (s. Kapitel 5) liegt der Annahme zugrunde, dass sich die Rehabilitanden erst im Anschluss an den stationären Aufenthalt intensiv mit der veränderten familiären, häuslichen und beruflichen Situation auseinandersetzen können (Baumgartner 2011, p.582). Oftmals werden erst in dieser post-akuten Phase Themen wie Krankheitsverarbeitung, Entwicklung neuer Lebensperspektiven und Identitätsarbeit bei Patienten und Angehörigen bedeutungsvoll (Baumgartner 2011, p.584). Die gewonnenen Daten der zugrundeliegenden Dissertation bestätigen diese Annahme. Bei einigen der Rehabilitanden bestehen auch sieben Monate nach der stationären Entlassung (Erhebungszeitpunkt t2) Unsicherheiten bezüglich der weiteren beruflichen Situation. Eine Perspektivplanung ist für diesen Rehabilitanden demzufolge nur bedingt möglich. Eine dritte Erhebung, die ein bis zwei Jahre nach der Erhebung t2 erfolgt, eine so genannte Follow-Up- Erhebung kann die zum Erhebungszeitpunkt t2 bestehenden Informationslücken schließen.

Zuletzt muss auch das *Distales outcome* diskutiert werden, demgemäß nicht nur die Qualität und Intensität von Behandlungsmaßnahmen als einflussnehmende Faktoren auf den Rehabilitationserfolg Berücksichtigung finden, sondern auch Faktoren wie das Rehabilitationspotential und externe Einflüsse.

Vor diesem Hintergrund ist es einem stationären Rehabilitationsteam nur bedingt möglich, Aussagen zu dem Aktivitätslevel und dem Partizipationslevel eines Rehabilitanden zu treffen (Fertl 2011, p.634). Da sich Einschränkungen des Aktivitäts- und Partizipationslevels erst außerhalb des Krankenhauses zeigen, ergibt sich ein zusätzlicher Bedarf an ambulanten Strukturen, Beratungen und Diagnostiken, um eine geeignete Teilhabeplanung unter Einbezug der Rehabilitanden und Angehörigen zu ermöglichen. Dieser Annahme entsprechend, sind auch die Aussagen zum empfundenen Aktivitäts- und Partizipationslevel der Zielgruppe aussagekräftiger, je länger diese sich wieder im ambulanten Kontext befinden.

Gütekriterien

Die Durchführung der Interviews zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten mit einem nahezu gleichen Leitfaden stellt eine Form des Gütekriteriums *Reliabilität* dar. Wie im Kapitel 5.8 beschrieben, sollen wiederholte Messungen zu gleichen Ergebnissen führen, sofern sie unter gleichen Bedingungen stattfinden (Hug & Poscheschnik 2010, p.94; Pfeiffer & Püttmann 2011, p.52). Diesem Kriterium werden die Daten der vorliegenden Dissertation gerecht, da sich zwischen den Kategorien der Erhebungen t1 und t2 eine hohe Übereinstimmung zeigt. Die sich dennoch ergebenden Unterschiede lassen sich aufgrund des zeitlichen Verlaufes begründen. Auch innerhalb einer Erhebungsrunde zeigen sich zwischen den Interviews hohe Übereinstimmungen, die auf die einheitliche Leitfadenverwendung sowie die standardisierte Interviewdokumentation und Transkriptionserstellung zurückzuführen sind (Flick 2000, p.240ff).

Auswahl der Zielgruppe

Eine Frage, die sich im Hinblick auf die Auswahl der Untersuchungsgruppe stellt, ist der Umgang mit dem Befragungspaar Nummer 7. Bei diesem Paar handelt es sich nicht um ein Ehe-, sondern um ein Geschwisterpaar. Eine vorbehaltliche Aufnahme dieses Geschwisterpaares erschien vor dem Hintergrund des Kapitels 2 begründet. In diesem wird der Zusammenhang zwischen der sich verändernden gesellschaftlichen Struktur und der geringeren Anzahl an Eheschließungen sowie der Zunahme an kinderlosen Menschen beschrieben. Das Untersuchungspaar 7 umfasst beide Aspekte, da es sich dabei um sowohl unverheiratete als auch um kinderlose Personen handelt.

Vor dem Hintergrund der Frage wie Versorgungsstrukturen in einer veränderten Gesellschaft aussehen können, ließen die Ergebnisse dieses Untersuchungspaares demnach einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn erwarten. Im Auswertungsprozess zeigt sich überdies, dass sich die Rollenverteilung, auf die Übernahme von Aufgaben und Verantwortungen sowie auf das einander empfundene Pflichtgefühl bezogen, mit denen der anderen Untersuchungspaare vergleichen lässt. Zudem findet der Bereich der Sexualität, der als grundlegendes Abgrenzungsmerkmal zwischen Ehe- und Geschwisterpaaren angenommen werden kann, weder im Leitfaden noch in einem der narrativen Gesprächsteile der anderen durchgeführten Interviews Berücksichtigung.

Umgang mit Post-Messungen

Die Interviewteilnehmer wurden um eine Einschätzung ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit *vor* dem Schlaganfall mit einer Skalierung von eins bis zehn gebeten (Anhang 5-8, Frage 7). Hierbei handelt es sich um eine so genannte Postmessung, da die Einschätzung nachträglich, also nicht auf die aktuelle Situation bezogen, erhoben wird. In der vorliegenden Dissertation wird daher berücksichtigt, dass Teilnehmer, die *seit* dem Schlaganfall eine hohe Belastung und Unzufriedenheit empfinden, u.U. die vorherige Einschätzung zur Lebenszufriedenheit tendenziell höher skalieren, um die negative Veränderung zufriedenstellender abzubilden. Dennoch lässt sich durch eine Vorher-Nachher-Skalierung eine tendenzielle Aussage darüber treffen, ob sich die Lebenszufriedenheit positiv oder negativ verändert hat oder unverändert bleibt.

Umgang mit der Datenlage

Einer weiteren Reflektion bedarf es des Umstandes, dass nicht alle erhobenen Daten und entstandenen Kategorien in der Ergebnisdarstellung und Diskussion Berücksichtigung finden. Einige Kategorien lassen aufgrund ihrer Benennung einen unmittelbaren Zusammenhang zum Forschungsschwerpunkt *Partnerschaft nach Schlaganfall* erahnen (vgl. Kategoriensysteme der Anhänge 46-49), bleiben jedoch in der Auswertung und Diskussion der Ergebnisse unbeachtet. Diese Entscheidung liegt im Kapitel 4 begründet, also dem Herleiten der Forschungsfrage und den zugrundliegenden Leitfragen. Diese verfolgen die Beantwortung des formulierten Forschungsziels dieser

Dissertation, also der Erhebung von Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess nach Schlaganfall und ihre Auswirkungen auf Partnerschaften. Die Einteilung der Leitfragen verweist auf den gewählten Zugang, der auf Grundlage der PUA-basierten Wirkungsräume erfolgt. Hierdurch wird deutlich, dass es nicht um eine Eruierung von Wahrnehmungen geht, die sich direkt auf die Partnerschaft beziehen. Es geht vielmehr um einen Vergleich von Wahrnehmungen bezogen auf verschiedene Lebensbereiche und der Untersuchung ob sich Konflikte durch unterschiedliche Wahrnehmungen erklären und somit auch vermeiden lassen. Der gewählte Zugang ist somit ein anderer, da nicht die Partnerschaft an sich, sondern die Partnerschaft *nach Schlaganfall* untersucht wird. Eine direkte Befragung zur Partnerschaft ließe keine Unterscheidung zu ob die beschriebenen Konflikte unabhängig von dem Schlaganfall bestanden haben (Möglichkeit 1) oder als Folge des Schlaganfalls (Möglichkeit 2) entstanden sind. Die Möglichkeit 1, also dass die wahrgenommenen Konflikte unabhängig von dem Rehabilitationsprozess nach Schlaganfall bestehen, stellt kein Erkenntnisinteresse für Rehabilitationseinrichtungen und die darin tätigen Personen dar. Die Möglichkeit 2 wiederum beinhaltet den Erkenntnisgewinn, ob Konflikte in Partnerschaften als Folge der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen entstehen und durch eine professionelle Begleitung, Unterstützung und Beratung aufgezeigt und gelöst werden können.

GELTUNGSBEREICH

Zuletzt wird der in Flick beschriebene Geltungsbereich reflektiert. Flick macht auf die Problematik der selektiven Plausibilisierung qualitativer Forschung aufmerksam. Da qualitative Forschung erst durch Hinzunahme „illustrativer" Zitate für den Leser transparent und nachvollziehbar werde, müsse eine Auswahl an Zitaten vorgenommen werden. Diese Auswahl der Zitate geschehe auf Grundlage einer selektiven Plausibilisierung, da sie vorwiegend hinsichtlich ihrer „Passung" zu den zuvor formulierten Annahmen der Studie erfolge. Passende Zitate würden somit mehr Berücksichtigung finden als solche, die von den Annahmen abweichend sind (Flick 2000, p.239). Diese Kritik an der qualitativen Forschung als solches kann auch in der vorliegenden Dissertation nicht vollständig ausgeräumt werden. Im Kapitel 5 wurde jedoch die Wahl des methodischen Zugangs unter forschungsrelevanten Aspekten, wie dem Erkenntnisinteresse und der Besonderheit der untersuchten Zielgruppe, hinreichend begründet. Darüber hinaus wurde, unter Berücksichtigung von

ethischen Kriterien und Gütekriterien qualitativer Forschung, eine größtmögliche Nachvollziehbarkeit durch eine detaillierte Beschreibung des Forschungsprozesses angestrebt.

ROLLE DES FORSCHERS

Wie im Kapitel 5.5 bereits aufgegriffen wurde, trägt der Forscher, insbesondere in qualitativen Forschungsprozessen, maßgeblich zum Erfolg einer Studie bei. Die Fähigkeiten des Forschers bezüglich einer gelingenden Gesprächsführung sowie seine Fähigkeit, Vertrauen und Sympathie im Umgang mit dem Interviewteilnehmer aufzubauen, trägt maßgeblich zum Erfolg oder Misserfolg der Untersuchung bei (Flick 2000, p.70f). Das umfangreiche Datenmaterial dieser Dissertation begründet den Eindruck, dass es gelungen ist eine vertrauensvolle Gesprächssituation herzustellen. Alle Rehabilitanden und Partner haben sich auf das Erhebungsverfahren eingelassen und die von ihnen wahrgenommenen Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess geschildert. Die folgenden zwei Interviewpassagen,

> „[…] Ja also da kommt es ja auch immer darauf an, stimmt die Chemie. Und muss ich ganz ehrlich sagen, bei Ihnen (..) okay. Ich kann mit Ihnen sprechen. Ich gehe einmal davon aus, dass Sie auch so das Gefühl hatten. […]." (Anhang 99; R3, Z. 979-981)

> „Ja. Mich interessiert das ja, wie Sie sich da einsetzen und das respektiere ich auch mit Frohsinn, dass Ihnen das nicht alles schnurzepiepe ist und dass Sie auch versuchen, durch lästige Fragereien sich nicht … und dumme Antworten sich nicht irgendwie einschüchtern zu lassen, sondern dass Sie einfach am Ball bleiben und sagen, das ist eine Aufgabe und da muss die Allgemeinheit was dran tun." (Anhang 23; P2, Z. 703-707),

bestätigen darüber hinaus den Eindruck einer gelungenen Gesprächssituation.

8.2 Reflektion des Forschungsprozesses in Hinblick auf Effekte für die untersuchte Zielgruppe

In diesem Teilkapitel wird der Effekt des Forschungsprozesses auf die untersuchte Zielgruppe diskutiert.

Viele der befragten Interviewteilnehmer begründeten ihre Teilnahme an der Studie mit der Aussage, sich eine Verbesserung der Rehabilitationsprozesse für *nachfolgende* Rehabilitanden und Angehörige zu erhoffen. Eigene Bedürfnisse oder erhoffte Effekte wurden *vor* der Teilnahme nicht benannt. In

dem folgenden Interviewausschnitt beschreibt der Rehabilitand R3 seine Entscheidung für die Teilnahme wie folgt:

> „[..] Und die ganze Aufgabe, da ist meine große Hoffnung, dass was wir hier besprechen, dass das anderen auch hilft. (..) Sonst hätte ich das auch gar nicht gemacht, weil ich mir gesagt habe: "Kann ja sein, dass ich anderen damit helfe, dass jetzt irgendwie ein Vorsorgeplan oder wie auch immer entsteht". Es hängt ja im Krankenhaus, wie Sie ja eben schon sagten, der Ablaufplan, aber da fehlt jetzt unten darunter noch ein Punkt "Reha". […]. Dann wäre die ganze Geschichte perfekt. (..) Das fehlt da ganz einfach. Sollte ich eigentlich noch einmal hinfahren und einen dicken Zettel darunter schreiben: "Reha". (Anhang 99; R3, Z. 985-990)

Der Rehabilitand R3 nahm auf seinen eigenen Rehabilitationsprozess eine Beratungslücke im Hinblick auf die Möglichkeit einer weiterführenden stationären und/oder ambulanten Rehabilitation wahr. Durch die Teilnahme an der Studie sah er die Möglichkeit gegeben, die empfundenen Versorgungslücken aufzuzeigen und damit einen Beitrag zur Vermeidung künftiger Versorgungsbrüche zu leisten.

Der vollzogene Prozess der Befragung zeigt wiederum auch eigene Bedürfnisäußerungen auf. Der Partner P1 beschreibt in den folgenden beiden Interviewpassagen, dass er sich durch die Untersuchung eine Lösung für das Schlafproblem seiner Frau erhoffe:

> „[…] Ja, wir wären ja froh, wenn die Medizin da irgendwie was, weiß ich nicht, Baldrian reicht nicht aus. Leider nicht. Aber das könnte man … ich weiß nicht, wie weit das für Ihre Untersuchung was ist. Das ist aber schon eher etwas medizinisches, was wir jetzt hier reden, nicht? Ob das da mit rein dürfte oder rein sollte oder ob sie das da mit reinbringen können. Dass man mal irgendwie vielleicht an die medizinische Forschung, dass man da vielleicht mal sagt „Mensch, wie weit habt Ihr eigentlich dieses Schlafproblem untersucht?“ Denn ich denke, meine Frau wird nicht die einzige sein.“ (Anhang 15; P1, Z. 729-736)

> „Also, wenn Sie da mal was machen könnten für meine Frau, dass sich mal irgendein Professor mal da der Sache annehmen würde, der sagt: „Mensch, wir müssen uns viel mehr …“ (Anhang 15; P1, Z. 785-787)

Der Partner P7 schildert wiederum, dass er eine so umfassende Betrachtungsweise seiner Lebenssituation als selten empfinde und deswegen Interesse gehabt habe, an der 2.Erhebung der Studie teilzunehmen. Hier wird der Aspekt der Wertschätzung für seine Lebenssituation angesprochen. Diese Schilderung findet sich als Transkriptergänzung des Anhanges 127 [Anmerkung: diese Angabe bezieht sich auf die Abgabefassung der Dissertation].

Auch der zeitliche Verlauf der Studie, der sich in Form einer Wiederholung der Befragung und eines Vergleichs der beiden Befragungssituationen zeigt, hat einen Effekt auf die Interviewteilnehmer. Die Rehabilitandin R1 nimmt in dem Vergleich der beiden Übersichts-Grafiken eine Veränderung hinsichtlich

ihrer als negativ empfundenen eigenen Eigenschaften wahr. Auf die Nachfrage, wie sie sich diese Veränderungen erkläre, schilderte sie, man habe durch das Gespräch und das Bewusstwerden der verschiedenen Aspekte die Möglichkeit, sich selbst zu reflektieren:

> „Ja, weil man auch daran arbeiten kann. Vielleicht wenn man das auch schon einmal ausgesprochen hat. Dann kommt man erst darauf." (Anhang 87; R1, Z. 993-994)

Die Befragung bietet somit einen Anstoß für Erkenntnis-und Veränderungsprozesse.

In dieser Rückmeldung der Rehabilitandin R1 fällt ihre empfundene Handlungsfähigkeit auf. Sie erhielt weder vorgefertigte Zusammenfassungen hinsichtlich der Veränderungen der beiden Befragungszeitpunkte, noch wurden ihr Interpretationen zu den Gründen dieser Veränderungen aufgezeigt. Sie erhielt lediglich die aufbereiteten Daten in Form ihrer Person-Umfeld-Analyse mit den Schlagwörtern zu empfundenen Förderfaktoren und Barrieren der ersten Befragung (Anhang 10). Auf Grundlage dieses Schaubildes konnte sie eigene Ideen zu den Veränderungen und zu den Gründen dieser Veränderungen entwickeln. Das methodische Vorgehen der Befragung kann daher auch als Reflexion des rehabilitativen Prozesses verstanden werden und beinhaltet eine Überprüfung dessen, ob die bisherigen therapeutischen Maßnahmen der eigenen Zielverfolgung erfolgreich gedient haben oder nicht. Darüber hinaus impliziert das Vorgehen der Befragung auch eine Art „therapeutische Intervention", da die Interviewteilnehmer ihre eigene Rolle in dem Rehabilitationsprozess reflektieren und, wie im geschilderten Beispiel von R1, Veränderungen bewirken.

Abschließend zu diesem Teilkapitel soll ein weiterer Erkenntnisbereich aufgegriffen werden. Fast alle der befragten Rehabilitanden äußerten vor ihrer Teilnahme die Sorge, nicht repräsentativ für die Befragung zu sein, da sich ihre Symptome nicht als „typische" Symptome eines Schlaganfalls zeigten. Folgende Aussagen aus Sicht der Rehabilitanden verdeutlichen, was die Rehabilitanden als „typisch" für Schlaganfallpatienten erachteten.

> „[…] Insofern bin ich wahrscheinlich auch für die Studie nicht so *ganz* die richtige Person, weil (..) ja ich brauch keine Unterstützung eigentlich. […]" (Anhang 131; R8, Z. 496-498)

> „[…] Also ich könnte mir so eine Frage eher vorstellen, wenn einer gelähmt geblieben ist und der dann Hilfe braucht oder auch Hilfsmittel braucht. Dann wäre die Frage so konkreter zu beantworten gewesen. Das ist bei mir nicht gewesen." (Anhang 131; R8, Z. 924-927)

> „Also ich hatte ja kaum Einschränkungen. Ich hatte ein bisschen Feinmotorik. […] Aber ich hatte keine Sprachschwierigkeiten und keine Denkschwierigkeiten […]“ (Anhang 95; R2, Z. 146-150)

Es wird eine Personengruppe beschrieben, die auf Unterstützungen und Hilfsmittel angewiesen ist sowie Lähmungserscheinungen, Einschränkungen in der Motorik, in der Sprachproduktion und im kognitiven Bereich hat. Trotz des anfänglichen Eindrucks, dass man dieser Gruppe nicht angehöre und sich daher als möglicherweise nicht geeignet für die Teilnahme erweise, ermöglichten alle Interviewteilnehmer einen Erkenntnisgewinn im Hinblick auf die formulierte Forschungsfrage. Darüber hinaus schildert jeder Teilnehmer, trotz der vermeintlich fehlenden Funktionsbeeinträchtigungen, Barrieren aufgrund des Schlaganfalls in der gegenwärtigen Lebenssituation wahrzunehmen. Eine detaillierte Betrachtung des Zusammenhangs zwischen der eigenen Einschätzung der Schwere des Schlaganfalls, den wahrgenommenen Beeinträchtigungen, des wahrgenommenen Rehabilitationserfolges und der geschilderten Barrieren wäre vor diesem Hintergrund erkenntnisreich, lässt sich aufgrund einer abweichenden Zielsetzung innerhalb dieser Dissertation jedoch nicht realisieren.

Durch die folgenden Interviewpassagen wird verdeutlicht, welche Symptome und sich daraus ergebene Herausforderungen die Gruppe der Rehabilitanden auf sich selbst bezogen beschreibt:

> „[…] Aber das ist ja so ein Einschnitt so eine Krankheit. Ist ja keine Grippe oder einmal ein Beinbruch, sondern schon eine mächtige Beeinträchtigung physisch und psychisch. Und ich denke, da müssen viel mehr Hilfen sein, gerade im psychosozialen Bereich, ganz klar. Es wird ja auch immer von den Neurologen diese medizinische Seite gesehen, aber die andere Seite ist ebenso wichtig.“ (Anhang 139; R9, Z.1001-1006)

> „Ach so, das ist richtig gemischt. Ja das liegt aber wahrscheinlich auch daran, könnte ich mir vorstellen, dass ja, ich sag einmal, jedes Krankheitsbild *danach* ein ganz anderes ist und jeder Mensch ist anders. Der Betroffene oder die Betroffene ist anders, der Partner ist anders. Da gibt es doch 100.000 Möglichkeiten.“ (Anhang 131; R8, Z. 1199-1202)

> „Nein, das ist es ja auch immer, wenn ich gefragt werde: "Wie geht es dir?". Dann sag ich immer: "Äußerlich gut". Auch viele reagieren da gar nicht drauf, wenn ich sage: "Äußerlich gut". "Ach ja, das ist ja schön". Eigentlich hätte jetzt die Frage kommen müssen: "Und wie ist es innerlich?" (lacht)“ (Anhang 99; R3, Z. 1261-1264)

> „Ja gut, okay. Denke ich schon eher, obwohl ich das etwas runterfahren musste. Ich war nicht mehr so wie vorher. Man ist sowieso nicht mehr der gleiche Mensch wie vorher. Das ist eine Tatsache, ich war langsamer und so. […]“ (Anhang 87; R1, Z. 432-434)

Während die zuvor als „typisch“ angenommenen Symptome vornehmlich als sichtbare Beeinträchtigungen beschrieben werden (z.B. in Form von Lähmungen und motorischen Defiziten), werden die eigenen wahrgenommenen

Symptome als „unsichtbare“ Beeinträchtigungen beschrieben (z.B. in Form von psychischen Veränderungen, verändertem Verhalten und eingeschränkter Belastbarkeit). Es findet also eine Reflexion bezüglich der durch einen Schlaganfall bedingten Belastungsfaktoren statt und ein Erkenntnisgewinn bezüglich der sich daraus ergebenden Herausforderung, denen es nach einem Schlaganfall zu begegnen gilt.

8.3 Reflexion des Forschungsprozesses in Hinblick auf die Forschung zum Thema Schlaganfall

Wie im Teilkapitel 8.1 beschrieben, zeigt sich die in dieser Dissertation beschriebene und durchgeführte Erhebungsform als Möglichkeit, ICF-basierte Kontextfaktoren in einer einfachen, komprimierten und zielführenden Weise zu erheben. Eine Weiterentwicklung des Leitfadens mit einem fokussierten Blick auf die personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren kann eine Partizipationsplanung unter Einbezug der Rehabilitanden und Angehörigen somit vereinfachen.

Dieser Einbezug von Rehabilitanden und Angehörigen findet auch in der medizinischen Forschung im Hinblick auf gemeinsame Entscheidungsfindungen von Ärzten und Patienten zunehmend Berücksichtigung. Floer et al. beschreiben in ihrem Artikel „Shared decision making- Gemeinsame Entscheidungsfindung aus der ärztlichen Perspektive“ Ergebnisse, die im Rahmen des Projektes „Gesundheitsmonitor“ entstanden sind. Hierbei handelt es sich um einen seit 2001 regelmäßig durchgeführten Gesundheitssurvey der Bertelsmann Stiftung. Der Untersuchungsschwerpunkt liegt auf der Überprüfung von Übereinstimmungen in Patienten- und Ärzteeinschätzung hinsichtlich der folgenden Befragungsbereiche: Erklären von Vor- und Nachteilen unterschiedlicher Behandlungsmethoden, Vorschlagen von Behandlungsalternativen, Mitgaben von Informationsmaterialien, Aufforderung Fragen zu stellen, Einbezug der Vorstellungen des Patienten sowie Ermunterung zur Nutzung weiterer Informationsquellen. Die Ärzte gaben zu allen befragten Bereichen höhere Werte an und nehmen ihr Kommunikationsverhalten demnach positiver wahr als ihre Patienten. Diese Ergebnisse verdeutlichen zwei Handlungsbedarfe: zum einen die Schulung von Kommunikationsstrukturen der Ärzte, zum anderen die Förderung und Stärkung der Patienten (Floer et al. 2004, p.435ff.). Wie in dem Artikel „Shared decision making- How to involve patients in their own neurological care“ diskutiert wird, blieb eine Anpassung

der Kenntnisse über Patienten mit neurologischen Erkrankungen bislang aus (Kreimer 2013, p.20). In den Ausführungen von Fertl und Baumgartner wird ferner deutlich, dass nur durch den Einbezug der betroffenen Rehabilitanden und Angehörigen eine individuelle Partizipationsperspektive und die daraus zu entwickelnden Ziele erarbeitet werden können. Es zeigt sich jedoch auch, dass ihnen eine realistische Einschätzung hinsichtlich der Auswirkungen ihrer Funktionsbeeinträchtigungen auf Aktivitäts- und Partizipationsebene fehlt. Insbesondere in den frühen Rehabilitationsphasen sind sie hinsichtlich der Formulierung von Partizipationszielen daher auf Unterstützung angewiesen. Die dieser Dissertation zugrundeliegende Erhebungsform mit ergänzender grafischer Darstellung ermöglicht eine Gesamtübersicht zur eigenen Lebenssituation und kann sich für die Ermittlung aktueller Herausforderungen und Formulierung von Zielen unterstützend erweisen. Die sich daraus ergebenden Handlungsschritte und Therapiemaßnahmen werden aus motivationspsychologischer Sicht wirksamer verfolgt (Mazur 2006, p.553), da der Zusammenhang von Therapie und Rehabilitationsziel verständlicher wird. Hierbei gilt es zu beachten, dass Zielformulierungen für den Bereich der Aktivitäten leichter fallen werden als Zielformulierungen für den Bereich der Partizipation, da sich ihre Auswirkungen unmittelbarer zeigen. In Bezug auf den Rehabilitanden R3 lässt sich dieser Zusammenhang darstellen:

> „[…] Aber dann merkte ich Montag schon: Es waren ganze Passagen weg, was ich eigentlich hätte wissen müssen, es war weg. Ja und denn habe ich mich so langsam wieder eingearbeitet, alles was ich so wissen musste und hatte mich denn entschieden am Donnerstag nach X [Nennung einer Stadt] zu fahren (...) zu alten bekannten Kunden. Und die sagten denn: "Mensch, man hat dich ja gar nicht gesehen! Wo bist du denn die ganze Zeit gewesen?". Ja habe ich ganz kurz erzählt, Schlaganfall gehabt, aus dem Verkehr gezogen, bin jetzt wieder angefangen. "Ach Mensch, wie kommt denn so etwas?". Ja wie das denn so ist, dieses schnacken. Ja, aber da merkte ich schon, der stellte nämlich auch eine bestimmte Frage, was ich hätte eigentlich wissen müssen. Aber es fiel mir nicht ein. Habe ich gesagt: "Weißt du was, ich schreib das auf. Ich klär das in der Firma ab. Ich rufe dich nachher an". Ja damit war die Sache eigentlich erledigt, weil wenn man so lange unterwegs gewesen ist im Außendienst, hat man so eine gewisse Schublade, wo man dann reingreift und sagt: "Ja so kann ich den auch zufrieden stellen". Aber man muss dann auch wirklich anrufen, auch wenn es nichts geworden ist. So und dann stehe ich da und musste zum nächsten Kunden hin. Ich wusste es nicht. Ich wusste nicht, wie ich dahin komme. Es war nur 1 km weg, aber ich wusste nicht wie ich dahin komme. Ja habe ich mein Navi eingeschaltet und wie ich dann da ein Stück hingefahren war „klar“. Es kam nicht hier oben, es kam nicht zum Vorschein: […].“ (Anhang 99; R3, Z 684-703)

Dieser Rehabilitand hatte durch den Schlaganfall keine sichtbaren Funktionsbeeinträchtigungen oder Beeinträchtigungen der Aktivität (wie dem Laufen, Sprechen oder Autofahren). Vor diesem Hintergrund nahm er an, dass

einer Rückkehr in den Beruf nichts entgegenstehe. In der Ausübung kombinierter und berufsspezifischer Aktivitäten, wie der Kommunikation mit Kunden oder der Fahrt zu Kunden, wurden jedoch Einschränkungen sichtbar, die zu einer Beeinträchtigung der Partizipationsebene „Beruf“ führten. Durch eine frühzeitige Partizipationsplanung hätten berufsspezifische Handlungsabläufe besprochen und auf die Möglichkeit ihrer uneingeschränkten Ausübung überprüft werden können. Eine neuropsychologische Diagnostik und Therapie hätten den hier geschilderten Beeinträchtigungsbereich feststellen und überwinden können.

Zuletzt soll die beschriebene Diskrepanz der von den Rehabilitanden beschriebenen Versorgungslücken und des Kenntnisstandes bezüglich rechtlicher und konzeptioneller Rahmenbedingungen reflektiert werden. Diese Diskrepanz lässt sich auf Grundlage der in dieser Dissertation verwendeten Begrifflichkeit *Wahrnehmung* einordnen. Das Untersuchungsziel lag nicht darin *faktische* Barrieren des Rehabilitationsprozesses zu erheben, sondern die durch die Rehabilitanden und Angehörigen *wahrgenommenen* Barrieren. Das rehabilitationswissenschaftliche Erkenntnisinteresse soll demnach nicht einzig darin liegen, Versorgungsleistungen zu erhöhen, sondern bestehende Versorgungsleistungen zu optimieren. Für die Reflexion der Rehabilitationsprozesse gilt es insbesondere, zu überprüfen, warum nicht alle Unterstützungsleistungen als solche erkannt werden. Ein fortlaufender Austausch zwischen dem Rehabilitationsteam und den Rehabilitanden/Angehörigen ermöglicht eine regelmäßige, gemeinsame Bedürfnisüberprüfung mit dem Ziel der Erarbeitung von Partizipationszielen und der Bewertung von Therapieleistungen.

8.4 Rehabilitationspädagogische Handlungsempfehlungen

In diesem Teilkapitel werden einige Erkenntnisse aus der vorliegenden Dissertation im Hinblick auf das Tätigkeitsfeld der Rehabilitationspädagogik reflektiert. Dabei geht es insbesondere um die Bewertung der Fragestellung, inwiefern die Rehabilitationspädagogik einen Beitrag zur Überwindung der folgenden Problematiken leisten kann:

- Umgang mit dem Alternativen Wirkungsraum,
- Eigene Rolle im Rehabilitationsprozess und die Bedeutung von Health Literacy,

- Die Bedeutung von Aufklärung und Information bzw. Psychoedukation,
- Die Bedeutung der psychosozialen Begleitung,
- Angehörigenarbeit.

8.4.1 Förderung von Aktivitäten des Alternativen Wirkungsraumes

In der Darstellung und Diskussion der Ergebnisse wurde deutlich, dass die Rehabilitanden und Partner einen unterschiedlichen Umgang mit dem Alternativen Wirkungsraum zeigen. Die Rehabilitanden verbinden mit ihm vorwiegend Aktivitäten, die die Motivation zur Therapiedurchführung erhöhen und positiv besetzt sind. Auch ist nahezu allen befragten Rehabilitanden die Ausübung ihrer alten Aktivitäten möglich. Jene, bei denen sich aufgrund anhaltender Beeinträchtigungen Barrieren zeigten, haben die zugrundeliegenden Aktivitäten ihren Fähigkeiten entsprechend angepasst. Lediglich den noch berufstätigen Rehabilitanden scheint die Gestaltung des Alternativen Wirkungsraumes neben den zu bewältigenden beruflichen Anforderungen schwerzufallen. Auch bei den befragten Partnern zeigt sich eine grundlegendere Problematik. Sie versagen sich die Ausübung ihrer Alternativen Wirkungsräume oftmals aus vermeintlichen Gründen zugunsten der Rehabilitanden.
Durch eine rehabilitationspädagogische Beratung und Begleitung kann aufgezeigt werden, inwiefern der Alternative Wirkungsraum sich im Hinblick auf Auszeit, Entspannung und Regeneration unterstützend auswirken kann. Hierfür gilt es zu berücksichtigen, dass die zugrundeliegenden Aktivitäten möglichst frei von Leistungsaspekten sind. Bei beiden befragten Gruppen sind Tendenzen dahingehend sichtbar, dass andere Lebensbereiche (Therapiekontexte bei den Rehabilitanden und Berufe bei den Partnern) als Ersatz für den Alternativen Wirkungsraum dienen. Mittelfristig kann hierin eine Gefahr liegen, da diese Aktivitäten unter Berücksichtigung von Leistungsaspekten bewertet werden und damit zu Misserfolgen führen können. Darüber hinaus sollte der Alternative Wirkungsraum hinsichtlich seiner Bedeutung für die Paarbeziehung beleuchtet werden. In einem gemeinsamen Gespräch beider Partner kann erinnert werden welche Bedeutung der Alternative Wirkungsraum für sie *vor* dem Schlaganfall hatte. Hierbei geht es auch um die

generelle Einschätzung, ob Aktivitäten des Alternativen Wirkungsraumes gemeinsam oder getrennt verfolgt wurden und ob sie der Stärkung von Gemeinsamkeiten oder der Unabhängigkeit voneinander dienten. Beide Orientierungen sind als Bestrebungen einer Qualitätssteigerung der Partnerschaft zu werten. Je nachdem wie sich die Rückmeldungen beider Partner zeigen, muss ihr Bestand auf die Lebenssituation *seit* dem Schlaganfall überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Für einige Partner kann die Erkenntnis darin liegen, sich durch den Rehabilitationsprozess zeitlich und emotional „verloren" zu haben und durch gemeinsame Aktivitäten gegensteuern zu wollen. Andere wiederum werden fehlende Freiräume feststellen und sich zukünftig mehr alleinige Aktivitäten zugestehen. Einigen Paare werden, aufgrund anhaltender Beeinträchtigungen des Rehabilitanden, bei der Umgestaltung gemeinsamer Alternativer Wirkungsräume auf Unterstützung angewiesen sein. Rehabilitationspädagogen, die über Kenntnisse zu langfristigen Beeinträchtigungsformen und möglichen Partizipationsbeeinträchtigungen verfügen, können diesen Prozess begleiten und die von den Paaren entworfenen Ideen unter Berücksichtigung möglicher Vor- und Nachteile oder Barrieren ergänzen. Kenntnisse zu regionalen Gegebenheiten und Angeboten, wie sie z.B. in Form von Besuchs- oder Begleitdiensten durch Kirchen organisiert werden, können eine zusätzliche Unterstützung bei der Überwindung festgestellter Barrieren bieten.

8.4.2 Die Bedeutung von Psychoedukation und Health Literacy für die Stärkung der Patientenrolle im Rehabilitationsprozess

In der Diskussion der Ergebnisse (Kapitel 7.1) wurde auf der Grundlage der PaReSiS-Studie von Lorenz et al. (Lorenz et al. 2013) und der Studie zum Thema Shared decision making von Floer et al. (Floer et al. 2004, p.435ff) die Vermutung geäußert, dass sich individuelle Kompetenzen der Rehabilitanden positiv auf die Bewilligung von Therapien auswirken, die Patienten in ihrer Rolle als gleichberechtigte Gesprächspartner jedoch weiterer Förderung bedürfen. Auch die Ergebnisse der vorliegenden Dissertation stützen die Annahme, dass Rehabilitanden und Partner mehr Beratungs- und Aufklärungsleistungen zur verbesserten Wahrnehmung und Stärkung ihrer eigenen Rolle im Rehabilitationsprozess benötigen (s. dazu auch Kapitel 6).

Die Rehabilitationspädagogik umfasst nach Baudisch et al. „die Prozesse von Erziehung, Bildung, Förderung und Begleitung, mit deren Hilfe die Entwicklung und Befähigung von Menschen mit Behinderung stimuliert und beeinflusst wird.“ (Baudisch 2004, p.10) Rehabilitationspädagogen, die über ihre Grundausbildung hinaus mit der komplexen Lebenssituation von Menschen mit erworbener Hirnschädigung vertraut sind, verfügen somit über die notwendigen Kompetenzen, um den Rehabilitanden individuell in seinem Wissens- und Erkenntniserwerb zu fördern, ihn im Hinblick auf versorgungsrechtliche Hintergründe weiterzubilden und ihn in seiner Partizipationsplanung zu begleiten. Die Einzelmaßnahmen führen bei erfolgreicher Durchführung zur Stärkung einer gleichberechtigten Expertenrolle, also dem Bewusstwerden dessen, dass man als Experte in eigener Sache über Wissen verfügt, welches den Erkenntnisgewinn für eine Partizipationsplanung erweitert. Durch rehabilitationspädagogische Angebote lässt sich auf diese Weise der Weg zu einem selbstbestimmten Leben unterstützen, indem das Selbstvertrauen der Rehabilitanden darin, sich gleichberechtigt einzubringen und den eigenen Lernprozess aktiv zu gestalten, gestärkt wird (Leitsatz 2 der Rehabilitationspädagogik) (Baudisch 2004, p.30).

Um diese Rolle des Experten in eigener Sache annehmen zu können, bedarf es jedoch eines Zwischenschrittes. Die Ergebnisse der Dissertation verdeutlichen, dass vielen der befragten Rehabilitanden und Partnern Informationen in Bezug auf ihre veränderte Lebenssituation, möglichen Symptomerscheinungen und das Risikos eines erneuten Schlaganfalls fehlen. Wie die Ausführungen zur Krankheitsverarbeitung (Kapitel 3.3.4) zeigen, ist eine in der stationären Rehabilitation erfolgte Aufklärung und Information nicht ausreichend, da die Auswirkungen des Schlaganfalls auf die familiale, häusliche und berufliche Situation erst im Anschluss an die stationäre Rehabilitation sichtbar werden (Baumgartner 2011, p.582). Darüber hinaus zeigt sich das emotionale Befinden der betroffenen Personen oftmals stresspotenziert, sodass wichtige gesundheitsrelevante Informationen nicht vollständig verarbeitet und verstanden werden (Anhang 75; P9, Z. 322-325) [Anmerkung: diese Angabe bezieht sich auf die Abgabefassung der Dissertation]. Hinsichtlich dieser Problematik lassen sich zwei primäre rehabilitationspädagogische Maßnahmen ableiten: die Aufklärung über das Erkrankungsbild sowie die möglichen Symptomerscheinungen (Psychoedukation) und die verständliche Weitergabe gesundheitsrelevanter Informationen (Health Literacy).

Eine Psychoedukation sollte kontextbezogen, d.h. vor dem Hintergrund eigener Erscheinungsformen und Symptombeobachtungen erfolgen und somit vornehmlich als Einzelmaßnahme denn als Gruppenmaßnahme ausgeführt werden. Insbesondere im Bereich der nicht sichtbaren Beeinträchtigungen gilt es, Rehabilitanden und Angehörige bezüglich möglicher Zusammenhänge aufzuklären. Veränderte Verhaltensweisen des Rehabilitanden, wie ein aggressives oder gleichgültiges Verhalten, können als unmittelbare oder reaktive Symptome des Schlaganfalls (z.B. als Folge der Schädigung bestimmter Hirnareale an sich oder als Reaktion auf veränderte körperliche Funktionen) erklärt und eingeordnet werden. Informationen dieser Art unterstützen den Prozess des gegenseitigen Verständnisses sowie den Abbau eventueller Missverständnisse oder Vorwürfe.

Die Aushändigung verständlicher Patienteninformationen spielt in diesem Zusammenhang eine übergeordnete Rolle. Informationen zu dem Krankheitsbild, zu den möglichen Symptomen und Ursachen sowie möglichen Behandlungskonzepten müssen in verständlicher Form aufbereitet sein. Auf diese Weise werden gesundheitsrelevante Informationen verstehbar, handhabbar und sinnhaft und können vor dem Hintergrund einer salutogenen Annahme das Kohärenzgefühl von Patienten stärken (Schmitz 2011, p.44f). Angesprochen wird damit das so genannte Konzept der Health Literacy, also der Gesundheitskompetenz von Patienten (World Health Organization. Regional Office for Europe 2013, p.4). Eine rehabilitationspädagogische Maßnahme liegt in der Zusammenstellung krankheitsspezifischer Informationsmaterialien sowie der „Übersetzung“ der Fachterminologie in eine auch für Laien verständliche, einfache und klar formulierte Sprache. Dabei gilt es, zielgruppenspezifische Beeinträchtigungen zu berücksichtigen und im Hinblick auf Auswahlprozesse zur Schriftgröße, Schriftfarbe, Hinzunahme von Abbildungen und Grafiken u.v.m. zu bedenken. Die Aushändigung einer solchen Patienten- und Angehörigeninformation bettet sich dabei sinnvollerweise in ein grundlegenderes Konzept ein, welches Aufklärungsgespräche und Möglichkeiten für Nachfragen beinhaltet. Diese Bedeutung der psychosozialen Begleitung von Rehabilitanden und Angehörigen, auch post-stationär, wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

8.4.3 Die Bedeutung von psychosozialer Begleitung und Angehörigenarbeit

Die psychosoziale Beratung und Begleitung von Rehabilitanden und Partnern findet den befragten Rehabilitanden zufolge zu wenig Berücksichtigung. Psychosoziale Beratung kann als Prävention oder „Hilfe zur Selbsthilfe“, mit dem Ziel, eine Psychotherapie nach Möglichkeit zu vermeiden, verstanden werden (Schnoor 2006, p.14). In dem Behandlungskonzept des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg, das an dieser Stelle zur Veranschaulichung dient, ist eine psychosoziale Beratung nicht vorgesehen (Evangelische Krankenhaus Stiftung Oldenburg 2014). Die unterschiedlichen Bausteine dieses Konzeptes, wie die *Seelsorge*, die *Zusammenarbeit mit Angehörigen* und die *Neuropsychologie,* deuten jedoch auf eine psychische und soziale Begleitung von Rehabilitanden und Angehörigen hin. Am Beispiel der Neuropsychologie (s. dazu die Erläuterungen im Kapitel 7.1) wurde beschrieben, dass sich die Ausrichtung von Berufsbildern als vielfältig erweisen kann und sich in den jeweiligen Handlungsfeldern oftmals Tätigkeitsschwerpunkte herausstellen. Eine handlungsfeldspezifische Schwerpunktsetzung geht automatisch mit Begrenzungen anderer Aufgabengebiete einher. Die Darstellung und die Diskussion der Ergebnisse haben verdeutlicht, dass eine Begrenzung im Sinne der Krankheitsverarbeitung in Bezug auf das Berufsbild der Neuropsychologie empfunden wurde. Vor diesem Hintergrund muss angenommen werden, dass es auch in anderen Aufgabenbereichen, wie der psychosozialen Beratung, zu Effekten dieser Art kommen kann. Analog zu der falsch verstandenen „Team“-Arbeit („Toll ein anderer macht´s“) muss gewährleistet werden, dass das Aufgabengebiet der psychosozialen Begleitung nicht der Annahme verfällt, dass sich eine jeweils andere Berufsgruppe dieser Aufgabe annimmt. Auf diese Weise läuft sie Gefahr, unbemerkt und unbeabsichtigt, unberücksichtigt zu bleiben. Eine Lösung liegt in der Formulierung präziser Stellenbeschreibungen. Um jedoch allen Bedarfen gerecht zu werden, also auch den anderen Tätigkeitsbereichen der jeweiligen Berufsgruppen, liegt eine weitere Lösung in der Hinzunahme einer Berufsgruppe zum bestehenden Rehabilitationsteam, die explizit für die Begleitung und Beratung von Rehabilitanden und Angehörigen zuständig ist. Auch für diesen Bereich erweist sich die Rehabilitationspädagogik als geeignetes Berufsprofil. Gemäß des Autoren Baudisch umfassen rehabilitationspädagogische Maßnahmen eine Gestaltung der Rahmenbedingungen von

Prozessen, mit dem Ziel, diese frei von Faktoren der Isolation und Stigmatisierung zu gewährleisten (Baudisch 2004, p.31). Dabei gilt es insbesondere die Bedeutung einer psychosozialen Beratung und Angehörigenarbeit zu stärken. Vor dem Hintergrund der Abbildung zum Behandlungskonzept des Evangelischen Krankenhauses dürfen diese nicht als wohlwollende Zusatzleistung missverstanden werden, sondern müssen, unter Bezugnahme auf die Ausführungen zur Bedeutung der Familie als soziale Ressource (Kapitel 3.3.5), als *notwendiger* Baustein *erfolgreicher* Rehabilitations- und Partizipationsplanungen uneingeschränkt Berücksichtigung finden.

8.5 Forschungsdesiderate

In der vorliegenden Dissertation wurden jene Ergebnisse ausgewertet, beschrieben und diskutiert, die in einem unmittelbaren Zusammenhang zu der Fragestellung

WELCHE FÖRDERFAKTOREN UND BARRIEREN WERDEN VON MENSCHEN MIT SCHLAGANFALL UND IHREN PARTNERN IM REHABILITATIONSVERLAUF WAHRGENOMMEN? stehen. Wie im Kapitel 8.1 beschrieben wurde, konnten durch die Befragung darüber hinaus Daten und Hinweise gewonnen werden, die in der vorliegenden Dissertation nicht berücksichtigt werden konnten, sich jedoch für andere Forschungsschwerpunkte zum Thema Rehabilitation nach Schlaganfall und Partnerschaft als erkenntnisreich erweisen können. Diese werden im weiteren Verlauf als Forschungsdesiderate beschrieben.

DIE WAHRNEHMUNG VOM SCHLAGANFALL UND DER SELBSTHILFE

Die Datenlage lässt Hinweise darauf zu, dass sich nahezu alle befragten Personen von dem „typischen" Schlaganfallpatienten distanzieren und erörtern, inwiefern sie von dieser Gruppe abzugrenzen seien. Vor diesem Hintergrund erscheint es schwierig, Zusammenschlüsse, z.B. in Form von Selbsthilfegruppen, zu bilden, um gemeinsam die psychosozialen Folgen des Schlaganfalls aufzuarbeiten und sich über relevante Themen auszutauschen. Auch Schlote und Richter greifen die Problematik auf, dass sich insbesondere die Angehörigen von bestehenden Angeboten der psychosozialen Beratung nicht angesprochen fühlen (Schlote & Richter 2007, p.236). Auch die Partnerin P6 distanziert sich entscheidend von der Vorstellung, eine Selbsthilfegruppe zu besuchen, formuliert aber das Interesse ganz informell, z.B. bei einer Tasse Tee, mit anderen betroffenen Ehepaaren ins Gespräch

zu kommen. Es zeigt sich demnach, dass es einer Erarbeitung von Strukturen bedarf, die es für psychosoziale Beratungsleistungen zu berücksichtigen gilt.

Das veränderte Rollenverständnis der Hausärzte

Im Wirkungsraum Rehabilitation wurde vermehrt die veränderte Rolle des Hausarztes angesprochen, die sich insbesondere bei einem altersbedingten Hausarztwechsel zeigt. Das Selbstbild jüngerer Hausärzte entspreche nicht mehr dem Bild eines zentralen Ansprechpartners, der sich auch über das aktuelle Anliegen hinaus für seine Patienten interessiert. Die wahrgenommen Differenzen zeigen sich z.B. in einer fehlenden Empathie für bestehende Beeinträchtigungen, in der mangelnden Aufklärung zu Nebenwirkungen von Medikamenten und in einer fehlenden Übersicht zu der Krankheitsgeschichte der Patienten. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass das Problem der fehlenden Arzt-Patienten-Passung auch von Ärzten, wenngleich aus einer anderen Perspektive, erkannt wird. Ihrer Ansicht nach fordern Patienten weniger Autonomie und Selbstbestimmung im Hinblick auf Versorgungsentscheidungen ein, als ihnen von Seiten der Ärzte zugetraut würde (Floer et al. 2004, p.438). Vor diesem Hintergrund gilt es zu untersuchen wer eine passgenaue Beratung und Begleitung von Personen nach einem Schlaganfall leisten kann und wie diese Versorgungsleistungen organisiert sein müssen, um sich mit den Patientenbedarfen zu decken.

Erkenntnisreiche Einzelfälle

Die Interviews der Partner geben mitunter Hinweise darauf, dass sich ein alleiniges Wohnen des Rehabilitanden als gefährlich herausstelle. Die Partnerin P10 schildert, dass ihr Mann ohne eine stete Erinnerung seine Arzttermine, Tabletteneinnahmen und Flüssigkeitszunahmen vergesse. Hier bedarf es einer genaueren Abklärung der Frage, ob ein alleiniges Wohnen sich tatsächlich als ausgeschlossen herausstellen würde oder ob einige der Rehabilitanden mitunter gar nicht ihre vollen Möglichkeiten ausschöpfen, weil sie wissen, dass sie sich auf ihren Partner im Hintergrund verlassen können.
Sehr interessant sind auch die Schilderungen des Rehabilitanden R4. In beiden Interviews wird deutlich, dass er es bedauert, an seinem alten Wirkungsraum, dem Schützenverein, nicht mehr partizipieren zu können. Er begründete diese Barriere mit der fehlenden Möglichkeit, selbstständig mit dem

Auto dorthin fahren zu können und es als lästig zu empfinden, andere darum zu bitten, ihn mitzunehmen. Im zweiten Interview berichtete der Rehabilitand, dass es im Bereich der Aktivitäten einen Zugewinn insofern gebe, als dass er sich einen Automatikwagen gekauft habe, den er problemlos fahren könne. Dadurch seien, neben dem Autofahren, auch weitere Aktivitäten wie z.B. das Einkaufen wieder barrierefrei möglich. Interessanterweise benannte er den Alternativen Wirkungsraum jedoch weiterhin als verhindert. Um Spekulationen zu vermeiden, ließe sich auch hier eine Follow-up Erhebung begründen, mit dem Ziel, herauszustellen, ob es sich um eine Form der erlernten Hilflosigkeit handelt, er sich also soweit an fehlende Handlungsmöglichkeiten gewöhnt hat, dass er diese trotz der eigentlichen Möglichkeit nicht für sich erkennen kann oder aber ob sich sein Interesse einfach verlagert hat und er anderen Aktivitäten lieber nachkommt und die Gründe somit unabhängig vom Schlaganfall zu sehen sind.

Ebenfalls interessant stellt sich die Situation des Rehabilitanden R3 dar. Dieser wurde nach sieben Tagen mit sehr guter Prognose aus dem Krankenhaus entlassen. Er erhielt keine weiterführende Rehabilitation und keine ambulanten Therapien. Seine Schilderungen weisen jedoch auf unterschiedliche Bereiche hin, in denen Handlungsbedarf bestand. Zum einen zeigen sich Beeinträchtigungen im neuropsychologischen Bereich, die eine Ausübung seiner beruflichen Tätigkeiten behindern. Zum anderen beschreibt er starke Nebenwirkungen eines Medikamentes sowie, in Ansätzen, ein nicht ausreichend verarbeitetes traumatisches Erlebnis. Auch diese beiden Schilderungen zeigen Auswirkungen z.B. in Form dessen, dass er den Ort, an dem er in seinem Auto einen Schlaganfall erlitt, nicht wieder befahren möchte. Darüber hinaus wurden im zeitlichen Verlauf verschiedene kleine Symptome festgestellt, deren Ausmaß in ihrer Gesamtheit nicht eingeschätzt werden konnte und die eine Verunsicherung hinsichtlich des Risikos eines erneuten Schlaganfalls zur Folge hat. Dem Rehabilitand fehlte, zumindest bis zum zweiten Erhebungszeitpunkt, ein zentraler Ansprechpartner, der ausreichende Informationen zu seinem Krankheitsbild, den komplexen Krankheitsfolgen und der Wahrscheinlichkeit eines erneuten Schlaganfalles hatte. Ähnliche Schilderungen wurden in dem Interview des Rehabilitanden R8 ersichtlich. Es verdichtet sich eine Annahme dahingehend, dass auch Personen mit vermeintlich „leichten“ Schlaganfällen weitreichende Folgen des Schlaganfalls feststellen und ihr Beratungs- und Behandlungsbedarf, auf der Grund-

lage, dass sie „nur“ eine Woche/wenige Wochen im stationären Kontext behandelt wurden, nicht unterschätzt werden darf. Unabhängig voneinander sprachen beide befragten Personen den Wunsch einer Nachuntersuchung durch die im Krankenhaus tätigen Ärzte aus. Vor dem Hintergrund dieser beiden geschilderten Falleindrücke erscheint eine Untersuchung des Zusammenhangs von Schwere des Schlaganfalls, Krankenhausdauer, Prognose und Zufriedenheit mit dem Rehabilitationsverlauf erkenntnisreich.

Im zeitlichen Verlauf der Ergebnisse und im Vergleich der Interviews von Rehabilitanden und Partnern zeigen sich Hinweise darauf, dass die Partner mehr Zukunftssorgen äußern, die sich auf den Bereich der Partizipation beziehen. Diese Hinweise sind jedoch nur am Rande der Auswertung aufgefallen, konnten in der vorliegenden Arbeit aus den bereits bekannten Gründen nicht vertieft untersucht werden. Eine vertiefende Erarbeitung dieser behutsam formulierten Annahmen könnte Erkenntnisse im Hinblick auf die Nachsorgeplanung nach einem stationären Aufenthalt bringen. Wie Baumgartner (2011) dargestellt hat, können Rehabilitanden selbst während des stationären Aufenthalts noch keine Aussagen zu Partizipationszielen definieren, weil ihnen der Bezug zum häuslichen, beruflichen und sozialen Kontext noch fehlt. Die Partner währenddessen haben i.d.R. schon über mehrere Wochen, wenn nicht Monate, Erfahrungen dahingehend sammeln können, wie sich die Erkrankung des Partners auf das eigene häusliche, familiäre, berufliche und soziale Leben auswirkt (Baumgartner 2011, p.582ff). Für eine stationäre Partizipationsplanung liegt demnach ein großer Zugewinn in der Berücksichtigung der Perspektive des Partners.

9 FAZIT UND AUSBLICK

Die vorliegende Dissertation mit dem Titel „Partnerschaften nach Schlaganfall - Untersuchung zu Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess“ hatte zum Ziel, Förderfaktoren und Barrieren, die aus Sicht von Rehabilitanden und Partner nach einem Schlaganfall festgestellt werden, zu erheben. Dabei sollten insbesondere etwaige unterschiedliche Wahrnehmungen auf den Rehabilitationsprozess Berücksichtigung finden. Aus diesem Grund, wurden die Wirkungsräume PERSON, FAMILIE, BEKANNTENKREIS, REHABILITATION, BERUF und ALTERNATIVER WIRKUNGSRAUM als zu untersuchende Bereiche festgelegt und aus den Perspektiven der Rehabilitanden und ihrer Partner erhoben.

Die Bearbeitungsschritte, die zu der Beantwortung dieses Forschungsziels gewählt wurden, werden als ZUSAMMENFASSUNG DES ARBEITSPROZESSES aufgegriffen. Dieser Bearbeitungsprozess beinhaltet unter anderem die Formulierung und Beantwortung der Forschungsfrage. Die Forschungsfrage und die Ergebnisse, die erarbeitet wurden, werden im FAZIT Berücksichtigung finden. Erkenntnisse, die als weitere Hinweise durch die Bearbeitung gewonnen wurden, jedoch nicht mehr Bearbeitungsziel dieser Dissertation sind, werden als AUSBLICK aufgegriffen.

ZUSAMMENFASSUNG DES ARBEITSPROZESSES

Im *Kapitel 2* wurde der Zusammenhang der Pädagogik und der Medizin aufgezeigt sowie der Frage nachgegangen, inwiefern das medizinische Untersuchungsfeld Schlaganfall auch ein rehabilitationspädagogisches Erkenntnisinteresse beinhaltet. Zunächst wurde herausgestellt, dass unterschiedliche Auffassungen und Definitionen zur GESUNDHEIT bestehen. Dieser Dissertation liegt das Gesundheitsverständnis der WHO zugrunde, welches Gesundheit als Zustand eines vollkommenen physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein als Abwesenheit von Krankheit versteht (World Health Organization 1986). Insbesondere der Zusammenhang zwischen dem individuellen Gesundheitsempfinden und der Betonung sozialer Aspekte wird in dieser Arbeit fortlaufend als Verständnis angenommen. Im weiteren Diskurs wurde die Bedeutung von LAIENKONZEPTEN zu Gesundheit herausgestellt. Sie bilden ab, inwieweit sich das Individuum für den Erhalt bzw. die Wiederherstellung von Gesundheit selbst verantwortlich sieht und zeigen sich somit als wichtige Voraussetzung für Rehabilitationsprozesse.

Auch wissenschaftliche GESUNDHEITSKONZEPTE, insbesondere die sozial-kognitive Theorie nach Bandura und das Salutogenese-Modell nach Antonovsky, fanden im Hinblick auf Erklärungsprozesse für Gesundheitsverhalten Berücksichtigung. Der sozial-kognitiven Theorie zufolge nimmt die Selbstwirksamkeitserwartung einer Person Einfluss auf ihr gezeigtes Verhalten. Im Salutogenese-Modell wird das Kohärenzgefühl als Bedeutung für das Gesundheitsverhalten herausgestellt. Die Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit versetzen, dieser Annahme nach, ein Individuum in die Lage, Gesundheitshandlungen umzusetzen. In einem inhaltlichen Diskurs zum Thema Gesundheit, steht die Auseinandersetzung mit dem Thema „Behinderung". Die BRK wurde als menschenrechtliche Verankerung in Deutschland und zugleich als rechtliche Rahmenbedingung für die Implementierung der ICF herausgestellt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2010, p.10). Als weitere Rahmung des Gesundheitsdiskurses wurde die Bedeutung des DEMOGRAFISCHEN WANDELS erarbeitet. Da es sich beim Schlaganfall um eine Erkrankung handelt, die vorwiegend im höheren Lebensalter auftritt, wurden relevante Inhalte und Bedeutungen des demografischen Wandels berücksichtigt. Die erhöhte Lebenserwartung zeigt auf, dass sich Deutschland nicht nur auf die Finanzierung komplexer Gesundheitssysteme vorbereiten muss, sondern auch Behandlungsstrukturen etablieren muss, die der vielfältigen und komplexen Beeinträchtigungsformen alter und hochaltriger Menschen gerecht werden. Im Kontext der Altersforschung konnte ein positiver Zusammenhang von Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand attestiert werden. Dies hat auf der einen Seite zur Konsequenz, dass Alter und Krankheit nicht gleichgesetzt werden dürfen; auf der anderen Seite lassen sich aus diesen Erkenntnissen gesundheitsfördernde Maßnahmen ableiten. Neben einer veränderten Altersstruktur gilt es darüber hinaus veränderte Beziehungsstrukturen und eine erhöhte Scheidungsrate für Versorgungsprozesse der zukünftigen Gesellschaft zu berücksichtigen. Die REHABILITATIONSPÄDAGOGIK wurde als Kooperationsfeld der Medizin herausgestellt. Insbesondere die Einführung der ICF, die die Herausstellung von Kontextfaktoren als einflussnehmende Komponente auf Gesundheit berücksichtigt, lässt neben den medizinischen und therapeutischen, weitere Zugänge notwendig werden. Eine Erhebung von personenbezogenen Faktoren und der Umweltfaktoren, die für die Einschätzung des Gesundheitszustandes und der rehabilitativen Planungen verstärkt berücksichtigt werden, kann

u.a. über den Zugang der Rehabilitationspädagogik erfolgen. Diese kann definitionsgemäß durch Bildung, Förderung, Unterstützung, Therapie und Begleitung die Entwicklung und Befähigung von Menschen mit Behinderungen stimulieren und beeinflussen (Schulze 2012, p.55).

Die FELDTHEORIE wurde als weitere Hintergrundtheorie berücksichtigt. Sie versucht, menschliches Verhalten erklärbar und zugänglich zu machen. Das Verhalten einer Person wird durch Bedürfnisse beeinflusst, wobei im rehabilitativen Kontext insbesondere die sogenannten Quasi-Bedürfnisse einer Person Berücksichtigung bedürfen. Quasi-Bedürfnisse beruhen auf Intention und Absichten und zeigen sich z.B. in dem Wunsch nach Anerkennung (Schulze 2008, p.177). Die Erklärung menschlichen Verhaltens verläuft über die Erkundung des Lebensraumes einer Person und über die Feststellung in welchen Regionen die individuellen Quasi-Bedürfnisse befriedigt werden. Hieraus lässt sich ableiten, mit welcher Motivation eine Person unterschiedliche Ziele verfolgen wird. Für rehabilitative Kontexte lässt sich demnach herausstellen, wie Quasi-Bedürfnisse und therapeutische Interventionen angepasst werden können, damit die intrinsische Zielverfolgung einer Person erhöht wird. Die anschließend beschriebene VERSORGUNGSFORSCHUNG, als noch junge Fachdisziplin, greift die im Zuge des demografischen Wandels beschriebene Herausforderung auf, den zukünftigen komplexen Krankheitsverläufen angemessen zu begegnen. Die Versorgungsforschung berücksichtigt in ihrem Forschungsdesign insbesondere den Effectiveness Gap. Dieser beschreibt den Effektunterschied einer erbrachten Versorgungsleistung zwischen klinischen Bedingungen und Alltagsbedingungen. Der Effectiveness Gap stellt demnach das abweichende Ausmaß der Wirksamkeit therapeutischer Interventionen zwischen klinischen Bedingungen und Alltagsbedingungen dar (Pfaff & Schrappe 2011, p.3). Dieser Annahme gemäß wurde die Befragung der zugrundeliegenden Dissertation erst im Anschluss an den stationären Aufenthalt der Rehabilitanden durchgeführt. Auf diese Weise wurde eine Einschätzung ermöglicht, ob die, im stationären Kontext erworbenen, Fähigkeiten der befragten Rehabilitanden auch unter Alltagsbedingungen Bestand haben. Im Vergleich zu klassischen Versorgungsmodellen berücksichtigt die Versorgungsforschung nicht nur das Input, Output und Outcome als einflussnehmende Größen auf die Wirksamkeit rehabilitativer Prozesse, sondern auch das Throughput. Hierunter fallen z.B. die Fähigkeiten, das Wissen und die Einstellungen von Ärzten und Therapeuten, die das Output rehabilitativer Maßnahmen mitbestimmen.

Im Kapitel 3 wird die Rehabilitation nach einem Schlaganfall beschrieben. Mit der Erläuterung der ICF wird zunächst der medizinische Kontext dargelegt. Die Einführung der ICF wurde 2011 von damals 190 Mitgliedsstaaten, darunter Deutschland, beschlossen. Ihre Implementierung ist als Prozess zu verstehen. Im Vergleich zu den Vorgängermodellen, wie der ICIDH, klassifiziert die ICF auch Komponenten, die die Auswirkungen auf die Funktionale Gesundheit einer Person beschreiben. Die Funktionale Gesundheit beinhaltet eine Wechselwirkung von Individuum und Umwelt. Durch einen ICF-orientierten Zugang wird der Gesundheitszustand durch mehr Faktoren als den Grad der Störung von Körperfunktionen- und Körperstrukturen beschrieben und umfasst auch die Betrachtung von Aktivitäts- und Partizipationsbereichen. Seit der Einführung der ICF beinhaltet der medizinische Auftrag daher eine Berücksichtigung des gesamten Lebenshintergrundes einer Person, um Handlungsplanungen zu gestalten (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information & World Health Organization 2005). Während diese Erweiterung eine bis dahin weitestgehend unbekannte Komponente medizinischer Versorgungsplanungen darstellt, ist die ganzheitliche Betrachtung von Individuum und Kontext gängige Praxis im Handlungsfeld der Pädagogik.

Der SCHLAGANFALL stellt in Industrieländern die dritthäufigste Todesursache und die häufigste Ursache für eine im Lebenslauf erworbene Beeinträchtigung dar. In Deutschland leiden mehr als 800.000 Menschen an den Folgen eines Schlaganfalls (Diener & Forsting 2002, p.2). Da der Schlaganfall vorwiegend eine Erkrankung des älteren Lebensalters darstellt, wird sich die Zahl der Schlaganfälle unter Berücksichtigung des demografischen Wandels weiter erhöhen (Foerch et al. 2008, p.467). 2/3 der Personen, die einen Schlaganfall erleiden, weisen eine Pflegebedürftigkeit auf. Die Symptome und Auswirkungen eines Schlaganfalls erweisen sich als vielfältig und werden durch die Ätiologie des Schlaganfalls bestimmt. Häufige körperliche Folgen sind Hemiparesen, Sprach- und Sprechstörungen, Neglect, Inkontinenz sowie Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen (Diener & Forsting 2002, p.16ff; Eschenfelder et al. 2006, p.301). Doch auch die nicht-sichtbaren Folgen wie eine erhöhte Reizbarkeit, aggressives Verhalten und Depressionen werden insbesondere von Angehörigen als belastend beschrieben. Während die körperlichen Beeinträchtigungen oftmals als unmittelbare eines Schlaganfalls eingeordnet werden können, bedarf es hinsichtlich der Aufklärung der

nicht-sichtbaren Beeinträchtigungen einer übergeordneten Aufklärung und Beratung. Um die Behandlung eines Schlaganfalls strukturell zu verorten, wurden im weiteren Verlauf der Dissertation SOZIALRECHTLICHE ASPEKTE erörtert. Das SGB IX beinhaltet rechtliche Ansprüche für Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohter Menschen und berücksichtigt insbesondere die Teilhabe als zugrundeliegendes Leistungsprinzip. In Deutschland erfolgen Rehabilitationsleistungen durch unterschiedliche Leistungsträger, insbesondere durch gesetzliche Krankenkassen, die gesetzliche Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der Bundesagentur für Arbeit. Diese Unterteilung und die damit verbundene Überprüfung der Verantwortungsbereiche stellt in der Rehabilitationspraxis eine große Herausforderung dar. Die Gründung der BAR kann als „Antwort“ auf diese Herausforderung verstanden werden. Sie stellt einen freiwilligen Zusammenschluss von Leistungsträgern der Rehabilitation dar, mit dem Ziel einer Sicherstellung und Gestaltung von Rehabilitation und Teilhabe im Gesamtsystem der sozialen Sicherung (Rollnik 2013, p.13ff). Der Rehabilitationsprozess nach einem Schlaganfall beginnt mit der AKUTVERSORGUNG. Der prägnante Leitsatz „Time is brain“ ist Bestandteil vieler Aufklärungskampagnen. Dennoch wird auch in neueren Studien eine hohe Diskrepanz zwischen dem theoretischen Wissen über den Schlaganfall und dem tatsächlichen Handeln in der Akutsituation ersichtlich. Um eine umfassende Behandlung unter dem genannten Gesichtspunkt der zeitlichen Komponente weitestgehend realisieren zu können, wird in Deutschland das Ziel einer flächendeckenden Versorgung durch STROKE UNITS angestrebt. Es handelt sich hierbei um Stationen eines Krankenhauses, die sich auf die Akutbehandlung nach Schlaganfall sowie die gesamte Versorgungskette nach einem Schlaganfall konzentrieren. Unter dem Eindruck des akuten Schlaganfalls erfolgt möglichst die Aufklärung bezüglich der Risikofaktoren des Schlaganfalls, um eine hohe Compliance und Mitarbeit zu bewirken (Kreimeier & Hacke 2008, p.157). Um der Komplexität des Erkrankungsbildes umfassend gerecht zu werden, bedarf es auch im weiteren Rehabilitationsprozess einer Behandlung durch ein multiprofessionelles Team. Unterschiedliche Berufsgruppen mit unterschiedlichen Sichtweisen und unterschiedlichen Zugängen ermöglichen eine umfassende Dokumentation von Defiziten und Ressourcen einer Person mit dem Ziel einer partizipationsorientierten Rehabilitation und einer individuell angepassten Behandlung. Die multidisziplinäre Arbeit zeigt sich demgemäß nicht nur in der Formulierung eines Rehabilitationsziels, sondern auch als

fortlaufender Prozess in der täglichen Praxis. Die als core members bezeichneten, beteiligten Berufsgruppen werden als Ärzte, Pfleger, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Neuropsychologen und Sozialarbeitern angegeben. Weitere Berufsgruppen wie Kunsttherapeuten und Musiktherapeuten ergänzen dieses Team oftmals. Der Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen steht im Mittelpunkt jeglicher Rehabilitationsbemühungen (Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2012, p.5). Bezüglich der Herausforderung die Behandlungsziele und Behandlungsbedürfnisse sukzessiv zu steigern und den Rehabilitationsverlauf qualitativ hochwertig und reibungslos zu gestalten, wurde durch die BAR eine PHASENEINTEILUNG für die neurologische Rehabilitation empfohlen. Allen Phasen wird das stete Ziel des Erhalts bzw. der Wiederherstellung von Partizipation übergeordnet (Zieger 2014, p.5). In der rehabilitativen Praxis zeigen sich dennoch Herausforderungen bezüglich der Zuteilung in das Phasenmodell und der damit einhergehenden wechselnden Zuständigkeitsbereiche der Leistungsträger. Als praktikable Lösung zur Einteilung in die Phasen wurden standardisierte Selbsthilfeassessments implementiert. Zu diesen zählen der Barthel-Index sowie der Frühreha-Barthel-Index, die den Grad der Unabhängigkeit des Patienten im Hinblick auf die Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens umschreiben (Seitz-Robles 2013, p.271f).

Dennoch führt die Phaseneinteilung auch zu einer segmentierten Versorgung, die insbesondere die Bearbeitung übergeordneter Themen, wie Partizipation, Nachsorge und Umgang im familiären Kontext, erschwert (Weber et al. 2012, p. 17ff). Nicht zuletzt ergibt sich hieraus die Notwendigkeit, die Rehaphase-E, also den Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor, stärker auszubauen. Hierfür bedarf es regionaler Anlaufstellen und neurokompetenter Mitarbeiter, die das Ziel einer langfristigen Partizipationsplanung ermöglichen. Auch partizipationsorientierte Beratungen, Schulungen und Anleitungen für Angehörige sollen angeboten werden und präventiv gegen Überforderungen bei Angehörigen wirken (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation 2013, p.4). Im weiteren Verlauf des Kapitels wurde die Bedeutung der KRANKHEITSVERARBEITUNG begründet. Insbesondere der Umgang mit Verlusten und unsicheren Prognosen muss begleitet und unterstützt werden, um Sekundärfolgen, wie die erlernte Hilflosigkeit, zu vermeiden. Die Resilienz der Rehabilitanden, also die individuelle Widerstandsfähigkeit, muss gestärkt werden, um dieser Belastungssituation zu begegnen. Studien innerhalb des Themenfeldes Rehabilitation nach Schlaganfall konnten darlegen,

dass eine Aufklärung zum Verstehen, zur Handhabe und zur Sinnhaftigkeit der Krankheitsgeschehnisse und der Rehabilitationsplanung einen positiven Einfluss auf den Erfolg weiterer Behandlungsschritte nehmen kann (Schmitz 2011, p.3). Auch die BEDEUTUNG DES PARTNERS, DER FAMILIE UND DER ANGEHÖRIGEN wurde als soziale Ressource im Rehabilitationsprozess erläutert. Diese stellen in täglichen Versorgungsprozessen eine gesamtgesellschaftliche Bedeutung dar, da durch ihre Leistungen erhebliche Versorgungskosten eingespart werden. Die Situation der Familienangehörigen erweist sich jedoch als hoch belastet und verdeutlicht einen dringenden Handlungsbedarf, um Überforderungen, Missbefinden und eigene Erkrankungen zu vermeiden. Unvermeidliche Themen wie die Neu-Organisation des Alltags, Rollenverschiebungen, Angst und Hilflosigkeit sowie die Perspektivfindung bedürfen einer umfassenden Unterstützung. Auch die oftmals veränderten Beziehungsstrukturen in Partnerschaften, wie die veränderten Rollen und eine veränderte Intimität, müssen beraten und begleitet werden. Die Studienlage weist auf, dass über 40% der befragten Angehörigen negative Veränderungen ihrer Partnerschaft nach einem Schlaganfall feststellen (McKevitt et al. 2011, p. 1398ff).

Im *Kapitel 4* wurde das HERLEITEN DER FORSCHUNGSFRAGE beschrieben. Erfahrungen, die in einem anderen Forschungsprojekt mit der Zielgruppe Menschen nach einem Schlaganfall gesammelt werden konnten, erweckten den Eindruck, dass Ehepartner nach einem Schlaganfall andere Wahrnehmungen auf gleiche Lebenssituationen haben und diese zu unterschiedlichen Belastungsempfindungen führen. Insbesondere die nicht betroffenen Partner schienen sich durch den Schlaganfall stärker belastet zu fühlen. Diesem Eindruck wurde durch eine umfangreiche Literaturrecherche nachgegangen und er zeigte sich in der Darstellung verschiedener Studien als erwiesen. Rehabilitanden und Angehörige nehmen insbesondere in gemeinsamen Lebensbereichen Unterschiede hinsichtlich ihrer sozialen Teilhabe wahr. Diese wird von den betroffenen Partnern höher angegeben als von den nicht betroffenen Partnern. Die ursprüngliche Beziehungsdefinition der Partner verändert sich im zeitlichen Verlauf nach einem Schlaganfall teilweise oder sogar vollständig. Eine Neudefinition der Paarbeziehung und die Entwicklung gemeinsamer Lebensperspektiven nimmt somit eine bedeutsame Rolle im Rehabilitationsverlauf ein (Jungbauer et al. 2003, p. 1110ff). Aus Gründen der oftmals einseitigen und defizitorientierten Befragung bislang durchgeführter Forschungsstudien, wurde für die vorliegende Dissertation ein erweiterndes

Erkenntnisinteresse formuliert. Die STUDIENLAGE verdichtete die Annahme, dass es Faktoren gibt, die einen Einfluss auf das Ergebnis von Rehabilitationsprozessen nehmen und dass es einer individuellen und dennoch systematischen und ressourcenorientierten Erhebung dieser Faktoren bedarf. Hierfür sollen beide Perspektiven, die des Rehabilitanden und die des Partners, Berücksichtigung finden und Faktoren abgeleitet werden, die sich förderlich oder hinderlich auf Rehabilitationsprozesse auswirken. Diese Faktoren sollen in der Folge sowohl den befragten Personen als auch den professionell Tätigen eine Unterstützung zur Optimierung bestehender Rehabilitationsangebote bieten.

Die leitende Fragestellung der zugrundeliegenden Dissertation wurde wie folgt formuliert:

WELCHE FÖRDERFAKTOREN UND BARRIEREN WERDEN VON MENSCHEN MIT SCHLAGANFALL UND IHREN PARTNERN IM REHABILITATIONSVERLAUF WAHRGENOMMEN?

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, wurden vier Leitfragen formuliert.

Das methodische Design wurde im *Kapitel 5* beschrieben und begründet. Die PUA, als zugrundeliegendes Modell, ermöglicht über eine Analyse der Situation von Person und Umfeld eine Erklärung menschlichen Verhaltens. Den Zugang bietet der Lebensraum einer Person, der sich in unterschiedlichen Bereichen, den so genannten Wirkungsräumen, einteilen lässt. Zur Untersuchung der Zielgruppe wurden die Wirkungsräume als FAMILIE, ALTERNATIVER WIRKUNGSRAUM, BEKANNTENKREIS, REHABILITATION und BERUF benannt. Der Feldtheorie entsprechend kann diese Betrachtung eine Einschätzung hinsichtlich der von der Person angestrebten und abgestoßenen Regionen bieten und damit Ansätze zur Verbesserung von Rehabilitationsprozessen.

Die Datengewinnung für die PUA erfolgte mittels QUALITATIVER INTERVIEWS, die einen Zugang zu der Innensicht von Untersuchungsteilnehmern ermöglichen. Das Problemzentrierte Interview, als eine Form qualitativer Interviews, ermöglicht darüber hinaus die Fokussierung eines vorab recherchierten Schwerpunktthemas, nämlich der Lebenssituation nach einem Schlaganfall, und wurde aus diesem Grund als Interviewform gewählt. Durch die Wahl qualitativer Interviews konnte ein größtmögliche individuelle Schwerpunktsetzung und dennoch eine Vergleichbarkeit zwischen den Interviews erzielt werden. In der Beschreibung der LEITFADENENTWICKLUNG wurde darauf hingewiesen, dass insbesondere die ressourcenorientierte Verfahrensweise

und die Möglichkeit einer individuellen Schwerpunktsetzung als zentrale Merkmale überarbeitet wurden. Die PRE-TEST-ANALYSE führte darüber hinaus zu der Idee, die mündliche Erhebung um eine grafische Zuordnung der Förderfaktoren und Barrieren zu ergänzen. Hierfür wurden eine Magnettafel sowie die Verwendung grüner und roter Magnete gewählt. Dieses Verfahren kam im ersten Interview der Vollerhebung erstmals zum Einsatz. Da nach diesem Interview keine weiteren Veränderungen vorgenommen wurden, wurde auch dieses Interview in der Datenerhebung berücksichtigt. Der ZUGANG ZU DEN INTERVIEWTEILNEHMERN wurde über ein regionales Krankenhaus ermöglicht. Insgesamt wurden in zwei Erhebungsrunden 36 Interviews geführt, die eine Interviewdauer von 27 Minuten bis 100 Minuten aufweisen. Alle Interviews wurden im häuslichen Kontext der Interviewteilnehmer geführt. Die Interviews wurden nach einheitlichen Regeln transkribiert und liegen als schriftliche Datenlage im Anhang der Abgabefassung der Dissertation vor. Die Auswertung mittels QUALITATIVER INHALTSANALYSE wurde durch die Datenanalysesoftware Maxqda ermöglicht. Das rund 700 Seiten umfassende Interviewdatenmaterial konnte auf diese Weise als praktikables Kategoriensystem zusammengefasst werden. Die DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE umfasst zunächst die Beschreibung der Untersuchungspaare sowie die Skizzierung der veränderten Lebenssituation. Anschließend wurden die vier Leitfragen chronologisch bearbeitet und beantwortet. Zunächst wurden die Daten der Partner aus der Erhebungsrunde 1 tabellarisch und daran anschließend beschreibend dargestellt. Das gleiche Verfahren wurde für die Partner und für die zweite Erhebungsrunde angewandt. Es entstanden vier Tabellen, die die erhobenen Förderfaktoren und Barrieren, die Rehabilitanden und Partner im Rehabilitationsverlauf bezogen auf unterschiedliche Wirkungsräume wahrgenommen haben, darstellen. Es schloss sich eine Zusammenstellung der prägnanten Kategorien an, die in einem direkten Vergleich zwischen Rehabilitanden und Partner Hinweise auf Missverständnisse oder Konflikte gaben. Die gewonnenen Ergebnisse werden im FAZIT aufgegriffen.

Das Kapitel 8 beinhaltet die Reflexion des Forschungsprozesses. Dabei wurde hinsichtlich des methodischen Designs herausgestellt, dass ein hoher Einbezug der Zielgruppe ermöglicht werden konnte, was einen positiven Effekt auf die Selbstwirksamkeit einer Person haben kann. Weiterhin wurde der Bedarf einer Follow-up Erhebung aufgezeigt. Auch wurde beschrieben,

dass einige der ausgewerteten Kategorien in dieser Dissertation unberücksichtigt bleiben mussten und u.U. in anderen Forschungsprojekten Berücksichtigung finden können. Auf die Zielgruppe bezogen konnte herausgestellt werden, dass durch die Erhebung das eigene Bild des „typischen“ Schlaganfall-Patienten überdacht und die eigene Rolle im Hinblick auf den Rehabilitationserfolg reflektiert wurde. Für die Forschung zum Thema Schlaganfall wurde eine Weiterentwicklung der Patientenorientierung und des Patienteneinbezugs ermöglicht. Weiterhin wurden Hinweise für eine ICF-orientierte Erhebung von Kontextfaktoren gegeben. Im Hinblick auf rehabilitationspädagogische Empfehlungen wurden Bedarfe im Umgang mit dem Alternativen Wirkungsraum und der Patienten-/Angehörigenrolle aufgezeigt sowie die Bedeutung der Health Literacy, Aufklärung und Information bzw. Psychoedukation und einer psychosozialen Begleitung und Angehörigenarbeit herausgestellt und begründet.

Fazit

Dieser Dissertation mit dem Titel „Partnerschaften nach Schlaganfall - Untersuchung zu Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess“ lag das Erkenntnisinteresse zugrunde, Auswirkungen von Rehabilitationsprozessen nach einem Schlaganfall auf Partnerschaften zu untersuchen und dabei insbesondere die unterschiedlichen Wahrnehmungen der beiden Partner zu berücksichtigen. Aus diesem Grund wurde das Ziel beschrieben, Förderfaktoren und Barrieren von Menschen mit Schlaganfall und ihren Partner aus ihren individuellen Sichtweisen zu erheben und unterschiedliche Wahrnehmungen auf den Rehabilitationsprozess im Hinblick auf ihr mögliche Konfliktpotentiale auf die Partnerschaft herauszustellen. Hierfür wurden die Wirkungsräume Person, Familie, Bekanntenkreis, Rehabilitation, Beruf und Alternativer Wirkungsraum als zu untersuchende Bereiche festgelegt und aus den Perspektiven der Rehabilitanden und ihrer Partner erarbeitet.

Die aus dem Forschungsstand zum Thema Schlaganfall und Partnerschaft hergeleitete und formulierte Forschungsfrage lautete „Welche Förderfaktoren und Barrieren werden von Menschen mit Schlaganfall und ihren Partnern im Rehabilitationsverlauf wahrgenommen?“

Im Kapitel 6 erfolgte die Darstellung der Ergebnisse. Es wurde herausgestellt, dass sich insbesondere im Umgang mit „Normalität“ ein Unterschied zwischen Rehabilitanden und Partnern zeigt. Die Rehabilitanden äußern

Normalität als Wunsch und Ziel ihres Rehabilitationsprozesses. Auch die Partner wünschen sich weitestgehend Normalität, nehmen diese aber stärker als die Rehabilitanden als nicht erreicht wahr. Vor diesem Hintergrund werden Reaktionen von Familienmitgliedern und Bekannten, die die *unveränderte* Situation oder die Einkehr von *Normalität* unterstreichen, von einigen der befragten Partner als Barriere beschrieben. Die wahrgenommene einkehrende Normalität widerspricht, zumindest überwiegend, dem Empfinden der befragten Partner. Sie nehmen vielmehr die Veränderungen und Belastungsfaktoren, als Folge des Schlaganfalls, wahr und sehen die veränderte Lebensrealität durch die Reaktionen Anderer als nicht hinreichend beachtet.

Weiterhin wurden die unterschiedliche zeitliche Frequentierung und die Bedeutung des Alternativen Wirkungsraumes beschrieben. Die Rehabilitanden üben die Aktivitäten des Alternativen Wirkungsraumes seit dem Schlaganfall u.a. zu Trainingszwecken verstärkt aus und ihnen stehen hierfür z.B. aus Gründen der vorübergehenden Krankschreibung, mehr Zeitressourcen zur Verfügung. Für die Partner hingegen zeigen sich insbesondere im Alternativen Wirkungsraum die negativen Auswirkungen des Schlaganfalls. Aus Rücksichtnahme auf die Rehabilitanden und durch zusätzlich zu leistende Unterstützungs- und Pflegeleistungen, nehmen die Partner zeitliche Limitierungen für die Ausübung von Aktivitäten des Alternativen Wirkungsraumes hin.

Zuletzt wurde der Wirkungsraum Beruf im Hinblick auf Missverständnisse und Konfliktpotentiale untersucht. Dieser zeigt sich für die Rehabilitanden als stresspotent. Sie nehmen die Dringlichkeit eines schnellen Wiedereinstiegs nach dem Schlaganfall sowie erhöhte Belastungen in der Zeit des Wiedereinstiegs wahr. Von den Partnern hingegen wird dieser Wirkungsraum als Auszeit, Erholung und Ablenkung beschrieben.

In der Diskussion der Ergebnisse wurden die Stärkung der Patientenrolle, die psychosoziale Beratung für Rehabilitanden und Angehörige, der Auf- und Ausbau eines Alternativen Wirkungsraumes, die Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung sowie der Umgang mit Normalität nach einem Schlaganfall aufgegriffen und in Bezug auf den Forschungsstand erörtert.

Als rehabilitationspädagogische Handlungsempfehlungen wurden die Förderung und Aktivierung des Alternativen Wirkungsraumes, die Begleitung, Beratung und Unterstützung des Patienten zur Stärkung einer gleichberech-

tigten Expertenrolle sowie die Aufklärung und Beratung zum Thema Schlaganfall und seiner Symptome und Folgen herausgestellt. Darüber hinaus wird die psychosoziale Begleitung von Rehabilitanden sowie die Angehörigenbegleitung und Angehörigenberatung als rehabilitationspädagogische Tätigkeit in der neurologischen Rehabilitation begründet.

AUSBLICK

Das methodische Design, insbesondere die grafische Veranschaulichung der PUA-basierten Wirkungsräume, hat sich als wirksames Erhebungsinstrument herausgestellt. Bis zum aktuellen Ergebnisstand bleibt jedoch unbearbeitet, ob sich das methodische Design auch als Interventionsinstrument einsetzen lässt und ob sich die Darstellung von positiven und negativen Faktoren auch für die Modifikation des Gesundheitsverhaltens nutzen lässt. Weiterhin stellt sich die Frage, ob sich durch die Veranschaulichung von Förderfaktoren und Barrieren, Partizipationsziele aus Sicht des Rehabilitanden realisieren lassen. Es bedarf daher einer Anwendung der PUA-basierten Erhebung von Förderfaktoren und Barrieren im Rehabilitationsprozess in dem Tätigkeitsfeld der neurorehabilitativen Praxis, um Erkenntnisse hinsichtlich dieser Fragestellung sowie zur Optimierung von Rehabilitationsprozessen zu erzielen.

Weiterhin wurden die psychosoziale Beratung und die Angehörigenbegleitung als rehabilitationspädagogische Bedarfe beschrieben. Im Hinblick hierauf bleibt jedoch unklar, wie sich die konkrete Ausgestaltung dieser Beratungsleistungen realisieren lässt. Die psychosoziale Beratung soll nicht nur den Bedarf an Beratung decken, sondern auch den zugrundeliegenden Bedürfnissen der Rehabilitanden und Partner umfassend gerecht werden. Schlote und Richter verweisen auf die Problematik, dass sowohl im stationären als auch im ambulanten Kontext Unterstützungsleistungen ungenutzt bleiben (Schlote & Richter 2007, p.236). Die in dieser Dissertation befragte Partnerin P6 (s. dazu Kapitel 8.5) gibt Hinweise auf ungenutzte Unterstützungsleistungen am Beispiel der Selbsthilfe. In ihren Äußerungen wurde deutlich, dass ein generelles Interesse am Austausch mit anderen betroffenen Paaren besteht. Es stellt sich demnach die Frage wie der Rahmen für Gruppenangebote gestaltet sein muss, um den beschriebenen Bedürfnissen gerecht zu werden.

Im Kapitel 3.3.3 wurde die REKREATION als Teilelement des Behandlungskonzeptes der neurologischen Frührehabilitation im Evangelischen Krankenhaus Oldenburg vorgestellt. Bei der Rekreation handelt es sich um ein kreatives Angebot, dass regelmäßig für Rehabilitanden und Angehörige zur Verfügung steht und dessen Teilnahme freiwillig ist. Eine Besonderheit dieses Angebotes liegt darin, dass die Planung und Durchführung der Sitzungen nicht beim neurologischen Fachpersonal, sondern bei Studierenden der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, liegt. Diese studieren den Fachmaster Erziehungs- und Bildungswissenschaften mit dem Schwerpunkt Rehabilitationspädagogik und verfügen über Grundkenntnisse zu Krankheitsformen und Symptomen der Zielgruppe. Sie stehen nicht in einem täglichen Kontakt mit den Teilnehmern des Angebotes und verfügen über nur wenige Informationen zu den Krankheitshintergründen und Fähigkeiten der Patienten. Dennoch wählen sie die Angebote aus, planen die notwendigen Vorbereitungen und leiten die Durchführung der Rekreationsstunden. In diesem Prozess werden sie von einer Neurorehabilitationspädagogin begleitet, beraten und unterstützt. Zwei Therapeuten des Stationsteams, stehen darüber hinaus für Fragen und Hilfestellungen zur Verfügung. Die Neurorehabilitationspädagogin, als Mitarbeiterin beider Institutionen, also der Universität und des Krankenhauses, bildet die Schnittstelle dieses außergewöhnlichen und langjährigen Kooperationsprojektes (Zieger 1999, p.101f). Durch den Umstand, dass die Auswahl, Vorbereitung und Durchführung in der Verantwortlichkeit der Studierenden liegt, ist eine Passung des (vermeintlichen) Anspruchs der Sitzung sowie der Ressourcen und Fähigkeiten der Teilnehmer nicht automatisch gegeben. Alle Beteiligten, also die Patienten, die Angehörigen, die Studierenden, die Neurorehapädagogin sowie das therapeutische Fachpersonal, stehen demnach immer wieder vor der Herausforderung für entstehende Problematiken und Herausforderungen, individuelle Lösungen zu entwickeln. Diese können in Form von Hilfestellungen und Umgestaltungen der Arbeitsschritte erfolgen, aber auch in der Akzeptanz, dass einige Handlungsschritte (noch) nicht möglich sind. Den Rehabilitanden und Angehörigen wird demnach ein Raum geboten, in denen sie gemeinsam Aktivitäten verfolgen, Erfolge erleben, Grenzen austesten und Lösungen entwickeln. Insbesondere das Beisein der Studierenden konstruiert in diesem Prozess Normalität, der sich die Rehabilitanden und Angehörige auch außerhalb des Krankenhauses werden stellen müssen (Fresenborg 1999, p.106ff).

Bezüglich der beschriebenen Ausgangslage, dass psychosoziale Beratungsangebote im stationären Kontext nicht angenommen werden, wäre ein Forschungszugang über das Rekreationsangebot erkenntnisreich. Interessant wäre eine Bearbeitung der Fragestellung welche Faktoren sich positiv auf das psychosoziale Wohlbefinden auswirken. Darüber hinaus ließe sich erheben ob sich durch die Teilnahme an stationären Gruppenangeboten Vorurteile gegenüber Gruppenaktivitäten im Allgemeinen abbauen lassen und ob sich über die Teilnahme an Gruppenangeboten Vertrauen, insbesondere auch zu der verantwortlichen Gruppenleitung, aufbaut. Wenn ein Vertrauensaufbau nachgewiesen werden kann, ließe sich dieser als Voraussetzung und Einstieg für nachfolgende Beratungen nutzen.

LITERATURVERZEICHNIS

Alber, J. (2012): Die Bedeutung der feldtheoretisch basierten Person-Umfeld- Analyse zur Gestaltung von Rehabilitationsprozessen für Patienten mit Schlaganfall und ihren Partnern. In: Schulze, G.C./Zieger, A. (Hrsg.): *Erworbene Hirnschädigungen. Neue Anforderungen an eine interdisziplinäre Reha-bilitationspädagogik*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 92-102

Antonovsky, A. (1980): *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers

Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Tübingen: dgvt

Baker, D. M. (2008): *Stroke prevention in clinical practice.* URL: http://www.gbv.de/dms/bowker/toc/9781852339647.pdf [2014-08-13]

Bandura, A. (2001): Social cognitive theory: An agentic perspective. In: *Annual review of psychology,* 52(1), 1-26

Bartha, L. (2006): Sprachstörungen. In: Lehrner, J./Pusswald, G./ Fertl,E./Strubreither, W./Kryspin-Exner, I. (Hrsg.): *Klinische Neuropsychologie. Grundlagen - Diagnostik - Rehabilitation.* Wien: Springer, 385-396

Baudisch, W. (2004): Zur Entwicklung der Behindertenhilfe und von Konzepten der Rehabilitation. In: Baudisch, W./ Schulze, M./ Wüllenweber, E. (Hrsg.): *Einführung in die Rehabilitations-pädagogik*. Stuttgart: W. Kohlhammer, 9-43

Bauer, C./Fischer, S./Seiler, S./Fries, W. (2007): Erkrankungsfolgen wahrnehmen und akzeptieren. Wege zur Krankheits- bewältigung. In: Fries, W./Lössl, H./Wagenhäuser, S. (Hrsg.): *Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation- für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf*. Stuttgart: Georg Thieme, 29-44

Baumann, M./Schmitz, C./Zieger, A. (2010): Zur Notwendigkeit eines neuen, rehawissenschaftlichen Paradigmas in Theorie und Praxis. In: Baumann, M/Schmitz, C. & Zieger, A. (Hrsg.): *RehaPädagogik, RehaMedizin, Mensch: Einführung in den interdisziplinären Dialog humanwissenschaftlicher Theorie- und Praxisfelder*. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren, 9-27

Baumgartner, E. (2011): Ambulante und teilstationäre Neuroreha-bilitation. In: Lehrner, J./Pusswald, G./Fertl, E./Strubreither, W./Kryspin-Exner, I. (Hrsg.): *Klinische Neuropsychologie*. Wien [u.a.]: Springer, 677-689

Becker, G./Kruse, A./Tronnier, J./Roepke-Brandt, B./Natus, A./Theissen, H./Wetzel, A. (2006): Rehabilitationsverlauf und Nachhaltigkeit - Erste Ergebnisse einer Studie zur Rehabilitation älterer Schlaganfallpatienten. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(5), 365-370

Behrisch, B. (2013a): *Behinderung als partnerschaftliche Lebenslage. Zur Betroffenheit von Paaren bei einer Körperbehinderung*. Sozialrecht+Praxis, 23(3), 174-182

Behrisch, B. (2013b). *Leiberfahrung–Körperbetrachtung–Wirklichkeit. (Ehe)Partnerschaftliche Konstruktion von „Behinderung“*. URL: http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/behrisch-birgit-2012-11-20/PDF/behrisch.pdf [2014-09-14]

Benson, S./Albs-Fichtenberg, B./Weimar, I./Krampen, G. (2006): Lebenszufriedenheit von Menschen nach schwersten Hirnschädigungen. *Zeitschrift für Neuropsychologie,* 17(1), 15-23

Berliner Schlaganfall Allianz: *Leben und Lieben nach Schlaganfall*. URL: http://www.schlaganfallallianz.de/?id=149 [2014-09-26]

Bibliographisches Institut GmbH (2013a): Duden online: *Angehöriger.* URL: www.duden.de/rechtschreibung/Angehoeriger [2014-09-26]

Bibliographisches Institut GmbH (2013b): Duden online: *Familie.* URL: www.duden.de/rechtschreibung/Familie [2014-09-26]

Bibliographisches Institut GmbH. (2013c): Duden online: *Partner.* URL: www.duden.de/rechtschreibung/Partner [2014-09-26]

Bonanno, G. A. (2005): Resilience in the face of potential trauma. *Current directions in psychological science,* 14(3), 135-138

Bortz, J./Döring, N. (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler.* Heidelberg: Springer Medizin

Brenner-Walter, B./Bruckmüller, E./Jank, R./Kaudela-Steinschaden, B./ Klien, M./Lexa-Müller, A. (2006): Aufgaben der Klinischen Neuropsychologie in den Phasen C und D. *Klinische Neuropsychologie.* Wien: Springer, 565-575

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: *Aktuelles zur Weiterentwicklung der ICF: Entwurf von Personbezogenen Faktoren.* URL: http://www.bar-frankfurt.de/index.php?id=2629 [2014-09-27]

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1995): *Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C.* URL: http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenempfehlung_neurologische_Reha_Phasen_B_und_C.pdf [2014-07-18]

Bundesärztekammer (2004): *Definition der Versorgungsforschung.* URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Definition.pdf [2014-03-22]

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2010): *Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Bonn: Grafischer Bereich des BMAS

Bundesministerium für Gesundheit (2010): *Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index.* URL: http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/systematik/hamburger-manual-nov2004.pdf [2014-07-12]

Bundesministerium für Gesundheit (2014): Patientenrechtegesetz. Die Patientenrechte stärken. URL: http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/p-q/patientenrechtegesetz.html [2014-03-11]

Burr, H./Kersten, N./Kroll, L./Hasselhorn, H. M. (2013): Selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand nach Beruf und Alter in der

Erwerbsbevölkerung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz,* 56(3), 349-358

Bussche, H. v. d./Berger, K./Kemper, C./Barzel, A./Glaeske, G./Koller, D. (2010): Inzidenz, Rezidiv, Pflegebedürftigkeit und Mortalität von Schlaganfall. Eine Sekundärdatenanalyse von Krankenkassendaten = Incidence, relapse, nursing care dependency and mortality of stroke in Germany. *Aktuelle Neurologie,* 37(3), 131-135

Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII Mit Durchführungsverordnungen, Wohngeldgesetz (WoGG) und Sozialgerichtsgesetz (SGG) (2012): (14. Aufl., Rechtsstand: 1. August 2012). Regensburg: Walhalla und Praetoria

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2012): Multiprofessionelle neurologische Rehabilitation. URL: http://www.dgn.org/leitlinien-online-2012/inhalte-nach-kapitel/2429-ll-87-multiprofessionelle-neurologische-rehabilitation.html [2014-07-12]

Deutsche Rentenversicherung (o. Datum): Medizinische Voraussetzungen der AHB URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208282/publicationFile/2266/ahb_indikationskatalog.pdf [2014-07-14]

Deutsche Rentenversicherung (2010): Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. URL: www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208308/publicationFile/19061/leitlinie_sozialmed_beurteilung_neurologie.pdf [2014-07-18]

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2013): Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion – Stellungnahme der DVfR zur Neuorientierung der postakuten Rehabilitation und Nachsorge bei Erwachsenen mit erworbenen Hirnschädigungen. URL: http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/Stellungnahme_Kurzfass-Neuropapier_25-4-13.pdf [2014-09-12]

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (2014): Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion. Positionen von Experten aus der DVfR zur Postakuten Rehabilitation und Nachsorge für Erwachsene mit erworbenen Hirnschädigungen. URL: http://www.dvfr.de/fileadmin/download/Stellungnahmen/Positionspapier_Neuroreha_Phase_E_-_Ef_lang.pdf [2014-07-14]

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information & World Health Organization (2005): *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Neu-Isenburg: MMI

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2013): ICD-10-GM Version 2013 Kapitel IX Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99). URL: http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/chapter-ix.htm [2014-09-23]

Deutsches Institut für Menschenrechte (2014): Behindertenrechtskonvention (CRPD). URL: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-

Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_b_de.pdf [2014-07-14]

Diekmann, A. (2011): Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch

Diener, H.-C./Forsting, M. (2002): Schlaganfall: Taschenatlas spezial. Stuttgart [u.a.]: Georg Thieme

Dörner, K. (2001): "Ich darf nicht denken". In: Ebbinghaus, A./Dörner, K. (Hrsg.): *Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozeß und seine Folgen*. Berlin: Aufbau-Verlag GmbH, 331-404

Draper, P./Brocklehurst, H. (2007): The impact of stroke on the well-being of the patient's spouse: an exploratory study. *Journal of clinical Nursing,* 16(2), 264-271

Dresing, T./Pehl, T. (2010): Transkription. In: Mey, G./Mruck, K. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* Wiesbaden: Springer, 723-733

Dresing, T./Pehl, T. (2011): *Praxisbuch Transkription Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen* URL: www.audiotranskription.de/Praxisbuch-Transkription.pdf [2014-07-14]

Egger, M./Razum, O. (2012): *Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt*. Berlin [u.a.]: Walter de Gruyter GmbH Co.KG

Ernstmann, N. (2011): Zur Bedeutung der Versorgungsforschung. *Der Urologe*, 673-677.

Eschenfelder, C. C./Zeller, J. A./Stingele, R. (2006): Schlaganfall. Ursachen und Klassifikation. *Hämostaseologie,* 26, 298-308

Evangelische Krankenhaus Stiftung Oldenburg. (2014): Klinik für Neurorehabilitation (vormals SSH)- Interdisziplinäres Team unter fachärztlicher Leitung. URL: http://www.evangelischeskrankenhaus.de/Neurorehabilitation-SSH.html [2014-07-12]

Ewert, T./Cieza, A./Stucki, G. (2002): Die ICF in der Rehabilitation. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin,* 12(3), 157-162

Ewert, T./Geyh, S./Grill, E./Cieza, A./Zaisserer, S./Stucki, G. (2005): Die Anwendung der ICF in der Neurorehabilitation anhand des ICF-Modellblattes und der ICF Core-Sets. *Neurologie und Rehabilitation,* 11(4), 179

Ewert, T./Stucki, G. (2007): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Einsatzmöglichkeiten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(7), 953-961

Faltermaier, T. (2005): *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer

Felder, S. (2012): Gesundheitsausgaben und demografischer Wandel. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz,* 55(5), 614-623

Feldwisch-Drentrup, H. (2013): Klinische Studien: Ärzte verschärfen Regeln für die Forschung am Menschen. URL:

www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/ klinische-studien-weltaerztebund-ueberarbeitet-deklaration-von-helsinki-a-929185.html [2014-03-11]

Fertl, E. (2006): Grundlagen der Neurologischen Rehabilitation. In: Lehrner,J./Pusswald, G./Fertl, E./Strubreither, W./Kryspin-Exner, I. (Hrsg.): *Klinische Neuropsychologie: Grundlagen-Diagnostik-Rehabilitation*. Wien: Springer, 529-541.

Fertl, E. (2011). Grundlagen der Neurologischen Rehabilitation. In: Lehrner,J./Pusswald, G./Fertl, E./Strubreither, W./Kryspin-Exner, I. (Hrsg.): *Klinische Neuropsychologie: Grundlagen-Diagnostik-Rehabilitation*. Wien: Springer, 627-639

Flick, U. (2000): *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch

Flick, U. (2012): *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch

Floer, B./Schnee, M./Böcken, J./Streich, W./Kunstmann, W./Isfort, J./ Butzlaff, M. (2004): Shared decision making. *Medizinische Klinik,* 99(8), 435-440

Foerch, C./Misselwitz, B./Sitzer, M./Steinmetz, H./Neumann-Haefelin, T. (2008): Die Schlaganfallzahlen bis zum Jahr 2050. *Deutsches Ärzteblatt,* 105(26), 467-473

Forsberg-Warleby, G./Moller, A./Blomstrand, C. (2004): Life satisfaction in spouses of patients with stroke during the first year after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine,* 36(1), 4-11

Franke, A. (2006): *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber

Fresenborg (1999): Erfahrungen mit Rekreationstherapie. In: Westphal, E.A.F. (Hrsg.): *Pädagogische Rehabilitation als Gestalt im Werden : Bericht über ein hochschul-didaktisches Praktikum der Carl von Ossietzky Universität in Zusammenarbeit mit der Station für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte (Frührehabilitation) des Evangelischen Krankenhauses*. Oldenburg: Didaktisches Zentrum der Carl von Ossietzky-Universität, 106-109

Frieboes, R.-M./Zaudig, M./Nosper, M. (2005): *Rehabilitation bei psychischen Störungen*. München: Urban& Fischer

Fries, W. (2007a): Das soziale Netz: Angehörige informieren und unterstützen. In: Fries, W./ Lössl, H./Wagenhäuser, S. (Hrsg.): *Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation- für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf.* Stuttgart: Georg Thieme, 135-143

Fries, W. (2007b): Reha-Philosophie: Konzepte und Strukturen für eine Teilhabe-orientierte ambulante wohnortnahe Rehabilitation In: Fries, W./ Lössl, H./Wagenhäuser, S. (Hrsg.): *Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation- für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf.* Stuttgart: Georg Thieme,7-16

Fries, W. (2013): Behinderung der Teilhabe nach erworbener Hirnschädigung– subjektive und externe Faktoren. *Menschen mit erworbenen Hirnschäden– (keine) Randgruppe in der*

Behindertenhilfe?! Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 16.3.2012 in Kassel, 28, 43-48

Fries, W./Fischer, S. (2008): Beeinträchtigungen der Teilhabe nach erworbenen Hirnschädigungen: Zum Verhältnis von Funktionsstörungen, personbezogenen und umweltbezogenen Kontextfaktoren – eine Pilotstudie. *Rehabilitation,* 47, 265-274

Froschauer, U./Lueger, M. (2003): *Das qualitative Interview: Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer System*. Wien: UTB

Fuchs, M. (2010): *Forschungsethik. Eine Einführung*. Stuttgart [u.a.]: Metzler

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gGmbH. (2014): Abteilung für Frührehabilitation. URL: http://www.gemeinschaftskrankenhaus.de/de/fachabteilungen/fruehrehabilitation/ [2014-07-12]

Gläser, J./Laudel, G. (2009): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Gottlieb, A. (2013): The Secrets of Successful Stroke Survival. URL: http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/LifeAfterStroke/RegainingIndependence/The-Secrets-of-Successful-StrokeSurvival_UCM_310122_Article.jsp [2014-07-21]

Graumann, C. F. (1982): Kurt-Lewin-Werkausgabe In: Graumann, C. F. (Hrsg.): *Band 4: Feldtheorie*. Bern: Hans Huber

Graumann, S. (2004): Ethik der klinischen Forschung. URL: http://www.imew.de/index.php?id=232 [2014-03-11]

Grotkamp, S. (2013): Kontextfaktoren- Bedeutung für die Begutachtung- Ein Vorschlag zur Ausgestaltung der Komponente "Personbezogene Faktoren" der ICF für den deutschen Sprachraum. *Der medizinische Sachverständige*, 03, 98- 102

Grotkamp, S./Cibis, W./Bahemann, A./Baldus, A./Behrens, J./Nyffeler, I./Rink, M. (2014): Bedeutung der personbezogenen Faktoren der ICF für die Nutzung in der praktischen Sozialmedizin und Rehabilitation. *Das Gesundheitswesen,* 76(03), 172-180

Hacke, W. (2004): Intravenöse Thrombolyse beim akuten Schlaganfall. *Klinische Neuroradiologie,* 14(1), 3-12

Hager, K./Ziegler, K. (1998). Stadien der Krankheitsverarbeitung nach einem Schlaganfall. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie,* 31(1), 9-15

Hämmerling, E./Ludwig, C./Wendel, C. (2008): Lebenszufriedenheit von PartnerInnen chronisch hirngeschädigter Menschen unter besonderer Berücksichtigung von Persönlichkeitsveränderung. *Zeitschrift für Neuropsychologie,* 19(4), 223-233

Hämmerling, E./Wendel, C. (2008): Lebenszufriedenheit von PartnerInnen chronisch hirngeschädigter Menschen. URL: http://www.hs-magdeburg.de/fileadmin/user_ upload/Fachbereiche/AHW/files/haemmerling-lebens zufriedenheit-partnerinnen.pdf [2014-09-30]

Heel, S. (2008): Versorgungsforschung in der Neuro-Rehabilitation - Theoretische Grundlagen. URL: https://www.hs-

magdeburg.de/fileadmin/user_upload/Fachbereiche/AHW/files/heel-einfuehrungsvortrag-versorgungsforschung.pdf [2014-09-30]

Heel, S./Fischer, S./Fischer, S./Grässer, T./Hämmerling, E./Wendel, C. (2008): Versorgungsforschung in der Klinischen Neuropsychologie– eine Standortbestimmung. *Zeitschrift für Neuropsychologie,* 19(4), 253-269

HELIOS Kliniken GmbH (2014): Neurologische Frührehabilitation. URL: http://www.helios-kliniken.de/klinik/schleswig/fachabteilungen/neurologie/neurologische-fruehrehabilitation.html [2014-07-12]

Hennes, H.-J./Steiner, T./Heid, F./Hacke, W./Dick, W. (1999): Der Schlaganfall als medizinischer Notfall. *Notfall & Rettungsmedizin,* 2(7), 408-418

Heuschmann, P. U./Busse, O./Wagner, M./Endres, M./Villinger, A./Röther, J./Berger, K. (2010): Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. *Aktuelle Neurologie,* 37, 333-340

Hoffmann, E./ Menning, S./Schelhase, T. (2008): Demografische Perspektiven zum Altern und zum Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In: Böhm, K./Tesch-Römer, G./Ziese, T. (Hrsg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin: Robert Koch-Institut, 21-30

Hug, T./Poscheschnik, G. (2010): *Empirisch forschen: Die Planung und Umsetzung von Projekten im Studium*. Konstanz: Huter & Roth KG

Hurrelmann, K. (2006): *Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim [u.a.]: Juventa

Jungbauer, J./Döll, K./Wilz, G. (2008): Geschlechts-und altersspezifische Aspekte des Hilfebedarfs bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten-Ergebnisse einer qualitativen Längsschnittstudie. *Die Rehabilitation,* 47(03), 145-149

Jungbauer, J./von Cramon, D. Y./Wilz, G. (2003): Langfristige Lebensveränderungen und Belastungsfolgen bei Ehepartnern von Schlaganfallpatienten. *Der Nervenarzt,* 74(12), 1110-1117

Kiechl, S./Lalouschek, W./Lang, W. (2006): *Nach einem Schlaganfall. Informationen für Patienten und Angehörige*. Wien: Holzhausen

Kieffer-Kristensen, R./Teasdale, T. W. (2011): Parental stress and marital relationships among patients with brain injury and their spouses. *NeuroRehabilitation,* 28(4), 321-330

Köster, G./Hoheneder, T. (2011): *Ein Schnupfen hätte auch gereicht: meine zweite Chance*. Frankfurt a.M.: S. Fischer

Kraft, P./Nieswandt, B./Stoll, G./Kleinschnitz, C. (2012): Akuter ischämischer Schlaganfall. Neue Ansätze in der Antithrombosetherapie. *Der Nervenarzt,* 83(4), 435-449

Kreimeier, U./Hacke, W. (2008): Der Schlaganfall. *Notfall+ Rettungsmedizin,* 11(3), 157-158

Kreimer, S. (2013): Shared Decision-Making: How to Involve Patients in Their Own Neurological Care. *Neurology Today,* 13(14), 20-23

Kuckartz, U. (2010): *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Kuhlmey, A. (2011): Versorgungsforschung zur angemessenen Gesundheitsversorgung im Alter. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz*, 915-921

Langkafel, P./Lüdke, C. (2008): *Breaking Bad News: Das Überbringen schlechter Nachrichten in der Medizin*: medhochzwei

Lazarus, R. S./Folkman, S. (1987): Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality,* 1(3), 141-169

Lefebvre, H./Levert, M./Le Dorze, G./Croteau, C./Gélinas, I./Therriault, P./ Samuelson, J. (2013): Personalized citizen accompaniment for community integration of people with traumatic brain injury: a step towards resilience? *Recherche en soins infirmiers* (115), 107-123

Liesch, M. (2012): Der ischämische Schlaganfall und die TIA. *Praxis*, 43-50

Lippke, S./Renneberg, B. (2006): Konzepte von Gesundheit und Krankheit *Gesundheitspsychologie.* Wiesbaden: Springer

Lorenz, S./Saal, S./Becker, C./Kuß, O./Schubert, M./Stang, A./Behrens, J. (2013): Zur Wirksamkeit des partizipativen Rehabilitationsprozessmanagements in der Nachsorge von Patienten mit Schlaganfall-Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie. In: DRV Schriftenband 101. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2013): URL: www.forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_22_reha_kolloqu.pdf#page=393 [2014-09-15], 393-395

Lucius-Hoene, G./Nerb, N. (2011): Hinrverletzung ist eine Familienangelegenheit. *Fachzeitschrift Not,* 5, 54-57

Lutteroth, J. (2014): US-Regierungsexperiment. Sechs Monate in der Hungerhölle. URL: http://einestages. spiegel.de/s/tb/30012/minnesota-hungerexperiment-1944-nahrungsmangel-fuer-die-forschung.html [2014-03-11]

Marquardt, L. (2013): Epidemiologie und Bedeutung der Stroke Unit. *Pflegewissen Stroke Unit: Für die Fortbildung und die Praxis*, 3-12

Marrow, A. J. (2002): *Kurt Lewin: Leben und Werk*. Weinheim [u.a.]: Beltz

Mayring, P. (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Weinheim [u.a.]: Beltz

Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* Weinheim [u.a.]: Beltz

Mazur, J. E. (2006): *Lernen und Verhalten*. München: Pearson

McGurk, R./Kneebone, I. I./Pit ten Cate, I. M. (2011): "Sometimes we get it wrong but we keep on trying": A cross-sectional study of coping with communication problems by informal carers of stroke survivors with aphasia. *Aphasiology,* 25(12), 1507-1522

McKevitt, C./Fudge, N./Redfern, J./Sheldenkar, A./Crichton, S./Rudd, A. R./ Silver, L. E. (2011): Self-reported long-term needs after stroke. *Stroke,* 42(5), 1398-1403

Meuser, M./Nagel, U. (2009): Das Experteninterview- Konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel,S. /Pickel, G./ Lauth, H.-J./Jahn, D. (Hrsg.): *Methoden der vergleichenden Politik-und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen.* Wiesbaden: Springer, 465-479

Michael, C. (2003): *Schlaganfall: Wege zu Kraft und neuem Lebensmut*. Stuttgart: TRIAS

Miller, N. E. (1944): Experimental studies of conflict. In: Hunt, J.M. (Hrsg.): *Personality and the behavior disorders.* New York, 431-456

Mohr, H.-M. (1987): Subjektives Wohlbefinden. Wohlfahrtssurvey vs. Sozioökonomisches Panel. In: Friedrichs, J. (Hrsg.): *23. Deutscher Soziologentag 1986.* Springer, 288-291

Moore, A. D./Stambrook, M. (1995): Cognitive moderators of outcome following traumatic brain injury: A conceptual model and implications for rehabilitation. *Brain Injury,* 9(2), 109-130

Muthny, F. A. (1994): Forschung zur Krankheitsverarbeitung und psychosomatische Anwendungsmöglichkeiten. *Deutsches Ärzteblatt,* 91(45)

Naidoo, J./Wills, J. (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung

National Audit Office (2010): Progress in improving stroke care. URL: http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2010/02/0910291.pdf [2014-09-15]

Nelles, G./Diener, H. C. (2004): Wenn der Schlag trifft- Nachsorge und Rehabilitation. *Medizinische Klinik,* 99(1), 25-34

Niedersächsischer Forschungsverbund Gestaltung altersgerechter Lebenswelten (2008-2013). URL: http://www.altersgerechte-lebenswelten.de/erreichtes_de.html [2014-07-14]

Nöthen, M./Böhm, K. (2008): Krankheitskosten in Deutschland: Welchen Preis hat die Gesundheit im Alter? In: Böhm, K./Tesch-Römer, C./ Ziese, T. (Hrsg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut, 228-246

Nowotny, M./Dachenhausen, A./Stastny, P./Zidek, T./Brainin, M. (2004): Empowerment, Lebensqualität und Partizipation in der neurologischen Rehabilitation. Eine empirische Studie an Schlaganfallpatienten und Angehörgen. *Wiener Medizinische Wochenschrift,* 154(23-24), 577-583

op Reimer, W. S./De Haan, R./Rijnders, P./Limburg, M./Van Den Bos, G. (1998): The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. *Stroke,* 29(8), 1605-1611

Oster, P./Micol, W. (2012): Schlaganfall. In: Wahl, H.-W./Tesch-Römer, C./Ziegelmann, J.P. (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, 395-400

Ostholt-Corsten, M. (2013): Kontextfaktoren- Bedeutung für die Begutachtung- Klassifikation personbezogener Faktoren- kritsche Aspekte. *Der medizinische Sachverständige,* 03, 104- 107

Ownsworth, T. L. /McFarland, K./Mc Young, R. (2000): Self-awareness and psychosocial functioning following acquired brain injury: An evaluation of a group support programme. *Neuropsychological Rehabilitation,* 10(5), 465-484

Parsons, T. (1984): Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: Mitscherlich, A. (Hrsg.): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Syndikat, 57-87

Pfaff, H./Neugebauer, E./Glaeske, G./Schrappe, M. (2011): *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik - Methodik - Anwendung*. Stuttgart: Schattauer

Pfaff, H./Schrappe, M. (2011): Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff, H./Neugebauer, E.A.M./Glaeske, G./Schrappe, M. (Hrsg.): *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik- Methodik- Anwendung*. Stuttgart: Schattauer, 1-7

Pfeiffer, D. K./Püttmann, C. (2011): *Methoden empirischer Forschung in der Erziehungswissenschaft: Ein einführendes Lehrbuch*. Baltmannsweiler: Schneider

Platz, T./Witte, O. W./Liepert, J./Siebler, M./Audebert, H./Koenig, E. (2011): Neurorehabilitation nach Schlaganfall – Ein Positionspapier aus dem Kompetenznetzwerk Schlaganfall. *Aktuelle Neurologie*, 38, 150-156

Rentsch, H. P./Bucher, P. O. (2006): *ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag*. Idstein: Schulz-Kirchner

Resnik, L./Plow, M. A. (2009): Measuring participation as defined by the International Classification of Functioning, Disability and Health: An evaluation of existing measures. *Archives of physical medicine and rehabilitation,* 90(5), 856-866

Reuther, P./Hendrich, A./Kringler, W./Vespo, E. (2012): Die neurologische Rehabilitations-Phase E: Nachgehende Leistungen zur sozialen (Re-) Integration und Teilhabe–ein Kontinuum? *Rehabilitation,* 51, 424-430

Rollnik, J. D. (2013): Grundlagen der Rehabilitation und Sozialmedizin. In: Rollnik, J. D. (Hrsg.): *Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation*. Berlin [u.a.]: Springer, 11-17

Rosenbrock, R./Hartung, S. (2012): *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern: Hans Huber

Sarre, S./Redlich, C./Tinker, A./Sadler, E./Bhalla, A./McKevitt, C. (2013): A systematic review of qualitative studies on adjusting after stroke: lessons for the study of resilience. *Disability & Rehabilitation*(preprint), 1-11

Saß, A.-C./Wurm, S./Ziese, T. (2008). Alter= Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. In: Böhm, K./ Tesch-Römer, C./Ziese, T. (Hrsg.): *Gesundheit und Krankheit im*

Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. Berlin: Robert Koch-Institut, 31-61

Schiffer, E. (2001): *Wie Gesundheit entsteht*. Weinheim [u.a.]: Beltz

Schliehe, F. (2006): Das Klassifikationssystem der ICF. Eine problemorientierte Bestandsaufnahme im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. *Die Rehabilitation,* 45(05), 258-271

Schlote, A./Richter, M. (2007): Angehörige von Schlaganfallpatienten. *Aktuelle Neurologie, 34*, 230-239

Schmitt, E. (2001): Zur Bedeutung von Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit im mittleren und höheren Erwachsenenalter für das subjektive Alterserleben und die Wahrnehmung von Potentialen und Barrieren eines mitverantwortlichen Lebens. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie,* 34(3), 218-231

Schmitz, C. (2011): *Der Sense of Coherence in der Re-Habilitation. Eine Untersuchung von Patienten mit Schädel-Hirnschädigung im Rahmen einer Rehabilitationspädagogik*. Uelvesbüll: Der Andere Verlag

Schnell, M. W./Heinritz, C. (2006): *Forschungsethik: Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch mit Beispielen aus der Gesundheits- und Pflegewissenschaft*. Bern: Hans Huber

Schnoor, H. (2006): Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik. In: Schnoor, H. (Hrsg.): *Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehbailitationspädagogik*. Stuttgart: W. Kohlhammer, 14-22

Schönle, P. W. (1996): Frühe Phasen der Neurologischen Rehabilitation: Differentielle Schweregradbeurteilung bei Patienten in der Phase B (Frührehabilitation) und in der Phase C (Frühmobilisation/Postprimäre Rehabilitation) mit Hilfe des Frühreha-Barthel-Index (FRB). *Neurologische Rehabilitation,* 1, 21-25

Schrappe, M./Glaeske, G./ Gottwik, M./Kilian, R./Papadimitriou, K./Scheidt-Nave, C./Pfaff, H. (2005): Memorandum II zur Versorgungsforschung in Deutschland. *Konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen der Versorgungsforschung.* URL: http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/2.%20Memorandum%202005.pdf [2014-07-14]

Schreier, M. (2013a): Qualitative Analyseverfahren. In: Hussy, W./Schreier, M./Echterhoff, G. (Hrsg.): *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. Berlin [u.a.]: Springer, 245-275

Schreier, M. (2013b): Qualitative Erhebungsmethoden. In: Hussy, W./Schreier, M./Echterhoff, G. (Hrsg.): *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. Berlin [u.a.]: Springer, 222-244

Schreier, M. (2013c): Qualitative Forschungsmethoden. In: Hussy, W./Schreier, M./Echterhoff, G. (Hrsg.): *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. Berlin [u.a.]: Springer, 189-221

Schubert, F./Lalouschek, W. (2006): Schlaganfall. In: Lehrner, J./Pusswald, G./Fertl, E./Strubreither, W./Kryspin-Exner, I. (Hrsg.): *Klinische Neuropsychologie. Grundlagen-Diagnostik-Rehabilitation*. Wien [u.a.]: Springer, 303-314

Schulze, G. C. (2002): Die Feldtheorie von Kurt Lewin- Ein Ansatz zur Klärung von Verhaltensmustern im Bereich einer Pädagogik bei Verhaltensstörungen. *Sonderpädagogik,* 32, 107-119

Schulze, G. C. (2003): Die feldtheoretische Lebensraumanalyse. Ein Konzept für eine prozessgeleitete Diagnostik zur Entwicklung von Fördermaßnahmen im Rahmen einer "cross-categorialen" Sonderpädagogik. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 204-212

Schulze, G. C. (2004): Die Feldtheorie in einer Pädagogik bei sonderpädagogischem Förderbedarf. In: Wittrock, M./Lütgenau, B. (Hrsg.): *Wege zur Partizipation: Förderung an der Schnittstelle von Lernen und Verhalten*. Oldenburg: Didaktisches Zentrum, 185-198

Schulze, G. C. (2008): Der Feldtheoretische Ansatz nach Kurt Lewin. In: Vernooij, M.A./Wittrock, M. (Hrsg.): *Verhaltensgestört!?* Paderborn: Ferdinand Schöningh, 173-198

Schulze, G. C. (2010): Die Person-Umfeld-Analyse und ihr Einsatz in der Rehabilitation. In: Baumann, M./Schmitz, C./Zieger, A. (Hrsg.): *RehaPädagogik-RehaMedizin-Mensch. Einführung in den interdisziplinären Dialog humanwissenschaftlicher Theorie- und Praxisfelder*. Baltmannsweiler: Schneider, 132-147

Schulze, G. C. (2012): Die Bedeutung der Rehabilitationspädagogik in der Versorgungsforschung am Beispiel der Partizipations- und Teilhabeförderung für Erwachsene mit einer erworbenen Hirnschädigung. In: Schulze, G. C./Zieger, A. (Hrsg.): *Erworbene Hirnschädigungen. Neue Anforderungen an eine interdisziplinäre Rehabilitationspädagogik*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 52-64

Schuntermann, M. F. (1999): Behinderung und Rehabilitation: Die Konzepte der WHO und des deutschen Sozialrechts. *Die neue Sonderschule,* 44(1999), 342-363

Schuntermann, M. F. (2003): Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Deutsche Rentenversicherung*, 1, 2

Schuntermann, M. F. (2009): *Einführung in die ICF: Grundkurs-Übungen-offene Fragen*. München [u.a.]: Hüthig Jehle Rehm

Schwarzer, R. (2004): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen [u.a.]: Hogrefe

Seidel, M. (2005): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. *Der Nervenarzt,* 76(1), 79-92

Seitz-Robles, I. (2013): Entlassungsmanagement. In: Fiedler, C./Köhrmann, M./Kollmar, R. (Hrsg.): *Pflegewissen Stroke Unit*. Berlin [u.a.]: Springer, 269-277

Spangenberg, L./Glaesmer, H./Brähler, E./Kersting, A./Strauß, B. (2012): Nachdenken über das Wohnen im Alter. Einflussfaktoren auf wohnbezogene Zukunftspläne und Wohnpräferenzen in einer

repräsentativen Stichprobe ab 45-Jähriger. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1-9

Stähler, T./Giraud, B. (2005): Leistungen zu Rehabilitation und Teilhabe. In Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): *Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation.* Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 50-61

Statistisches Bundesamt (2014): Todesursachen- Sterbefälle insgesamt 2012 nach den 10 häufigsten Todesursachen der ICD-10. URL: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/SterbefaelleInsgesamt.html [2014-07-12]

Steiner, J. (2002): *Von Aphasie mitbetroffen: zum Erleben von Angehörigen aphasiebetroffener Menschen*. Leverkusen: Schulz-Kirchner

Tesch-Römer, C./Wurm, S. (2009): Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: Böhm, K./Tesch-Römer, C./ Ziese, T. (Hrsg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut, 7-20

Thomas, G. (2012): Individuelle Wohnformen. In: Kleiner, G. (Hrsg.): *Alter(n) bewegt*. Wiesbaden: Springer, 205-227

Töns, N. (2009): *Teilhabe an Freizeit, sozialen Kontakten und Beziehungen bei Patienten nach Schlaganfall oder Schädelhirntrauma: Entwicklung eines Fragebogens für die neurologische Rehabilitation*. URL: http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/6576/pdf/Dissertation_Toens.pdf [2014-03-22]

Ullrich, C. G. (1999): *Deutungsmusteranalyse und diskursives Interview: Leitfadenkonstruktion, Interviewführung und Typenbildung.* Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung (MZES). URL: http://www.mzes.uni-mannheim.de/publications/wp/wp-3.pdf [2014-03-24]

Ungar, M. (2008): Resilience across cultures. *British Journal of Social Work,* 38, 218-235

Unrath, M./Kalic, M./Berger, K. (2013): Wer erhält eine Rehabilitation nach ischämischem Schlaganfall? *Deutsches Ärzteblatt,* 110, 101-107

Vömel, U. (2005): Zusammenarbeit der gesetzlichen Rehabilitationsträger. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): *Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 68-71

von Renteln-Kruse, W./Nogaschewski, K./Meier-Baumgartner, H. P. (2002): Krankheitswissen, Erwartungen und Urteile zur Behandlung älterer Schlaganfallpatienten und ihrer nächsten Angehörigen - Eine prospektive Untersuchung im Verlauf stationärer Behandlung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie,* 35(3), 241-249

Weber, A./Fleischer, S./Weber, U./Schubert, M./Behrens, J./Becker, C./ Zimmermann, M. (2012): Das Therapiegeschehen in der Anschlussrehabilitation nach Schlaganfall: Rehabilitation zwischen Individualisierung, Differenzierung und Bedarfsorientierung. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin,* 22(01), 16-22

Weinert, F. E./Gundlach, H. (1982): Kurt-Lewin-Werkausgabe. In: Graumann, C. F. (Hrsg.): *Band 6 Psychologie der Entwicklung und Erziehung*. Bern: Hans Huber

Weltgesundheitsorganisation (2013): Entwurf 1 – 31. Juli 2013 Aktionsplan der Weltgesundheitsorganisation 2014-2021 „Bessere Gesundheit für Menschen mit Behinderungen“. URL: http://www.who.int/disabilities/policies/actionplan/disability_action_plan_ger.pdf [2014-09-15]

Wendel, C. (2003): Berufliche Reintegration nach Hirnschädigung. URL: http://elib.suub.uni-bremen.de/publications/dissertations/E-Diss531_wendel.pdf [2014-03-21]

Wendel, C./Schenk zu Schweinsberg, E. (2012): ICF-orientierte klinische Dokumentation und Evaluation in der Neuro-Rehabilitation–Teil 1. *Zeitschrift für Neuropsychologie,* 23(2), 65-79

Wilz, G./Kalytta, T./Küssner, C. (2005): Quantitative und qualitative Diagnostik von Belastungen und Belastungsverarbeitung bei pflegenden Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie &-psychiatrie,* 18(4), 259-277

Wilz, G./Meichsner, F. (2012): Einbezug von Familienangehörigen chronisch Kranker in die Arzt-Patient-Kommunikation. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz,* 55(9), 1125-1133

Witzel, A. (2000): The Problem-Centered Interview. Forum Qualitative Social Research. URL: http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2522 [2014-03-22]

World Health Organization (1986): The Ottawa Charter for Health Promotion. URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/ [2014-03-18]

World Health Organization (2002): Towards a common language for Functioning, Disability and Health. URL: www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf?ua=1 [2014-03-21]

World Health Organization. Regional Office for Europe (2013): Health literacy. The solid facts. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf [2014-09.26]

Wurm, S./Lampert, T./Menning, S. (2008): Subjektive Gesundheit. In: Böhm, K./Tesch-Römer, C./Zidek, T. (Hrsg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut, 79-91

Zieger, A. (1999): Frührehabilitation schwerst- hirngeschädigter Menschen im Akutkrankenhaus- ein neues Aufgaben- und Erfahrungsfeld für Pädagogen/ Sonderpädagogen? In: Westphal, E.A.F. (Hrsg.): *Pädagogische Rehabilitation als Gestalt im Werden: Bericht über ein hochschul-didaktisches Praktikum der Carl von Ossietzky Universität in Zusammenarbeit mit der Station für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte (Frührehabilitation) des Evangelischen Krankenhauses*. Oldenburg: Didaktisches Zentrum der Carl von Ossietzky-Universität, 97-105

Zieger, A. (2012): Kooperation von Medizin (Neurowissenschaften) und Rehabilitationspädagogik - Entwicklung neuer Aufgabenfelder im Querschnitt. In: Schulze, G. C./Zieger, A. (Hrsg.): *Erworbene Hirnschädigungen. Neue Anforderungen an eine interdisziplinäre Rehabilitationspädagogik*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt, 40-51

Zieger, A. (2014): Rehabilitation und Teilhabe am Beispiel der Rehabilitation Hirnverletzter (Neurorehabilitation). Interdisziplinäre Teamarbeit Rolle der Angehörigen und Zusammenarbeit. URL: http://www.a-zieger.de/Dateien/Lehrveranstaltungen-Downloads/8-Interdisziplinaere-Teamarbeit-Rolle-der-Angehoerigen-Zusammenarbeit-10062014%29.pdf [2014-07-18]

Hinweis: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, & World Health Organization (2005): *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. der ICF wurde abgedruckt mit freundlicher Erlaubnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Alle Rechte liegen bei der WHO.

ANHANGSVERZEICHNIS

Anhang 1: Erste Informationen zur Erhebung

Anhang 2: Informationsschreiben zur Erhebung

Anhang 3: Einverständniserklärung zur Namensweitergabe

Anhang 4: Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Erhebung

Anhang 5: Leitfaden für Rehabilitanden der Erhebung 1

Anhang 6: Leitfaden für Partner der Erhebung 1

Anhang 7: Leitfaden für Rehabilitanden der Erhebung 2

Anhang 8: Leitfaden für Partner der Erhebung 2

Anhang 9: Transkriptionssystem

Anhang 10: Person-Umfeld-Analyse V1 R1 (Fotografie und Modell)

Anhang 11: Person-Umfeld-Analyse V1 P1 (Fotografie und Modell)

Anhang 12: Person-Umfeld-Analyse V1 R2 (Fotografie und Modell)

Anhang 13: Person-Umfeld-Analyse V1 P2 (Fotografie und Modell)

Anhang 14: Person-Umfeld-Analyse V1 R3 (Fotografie und Modell)

Anhang 15: Person-Umfeld-Analyse V1 P3 (Fotografie und Modell)

Anhang 16: Person-Umfeld-Analyse V1 R4 (Fotografie und Modell)

Anhang 17: Person-Umfeld-Analyse V1 P4 (Fotografie und Modell)

Anhang 18: Person-Umfeld-Analyse V1 R5 (Fotografie und Modell)

Anhang 19: Person-Umfeld-Analyse V1 R6 (Fotografie und Modell)

Anhang 20: Person-Umfeld-Analyse V1 P6 (Fotografie und Modell)

Anhang 21: Person-Umfeld-Analyse V1 R7 (Fotografie und Modell)

Anhang 22: Person-Umfeld-Analyse V1 P7 (Fotografie und Modell)

Anhang 23: Person-Umfeld-Analyse V1 R8 (Fotografie und Modell)

Anhang 24: Person-Umfeld-Analyse V1 P8 (Fotografie und Modell)

Anhang 25: Person-Umfeld-Analyse V1 R9 (Fotografie und Modell)

Anhang 26: Person-Umfeld-Analyse V1 P9 (Fotografie und Modell)

Anhang 27: Person-Umfeld-Analyse V1 R10 (Fotografie und Modell)

Anhang 28: Person-Umfeld-Analyse V1 P10 (Fotografie und Modell)

Anhang 29: Person-Umfeld-Analyse V2 R1 (Fotografie und Modell)

Anhang 30: Person-Umfeld-Analyse V2 P1 (Fotografie und Modell)

Anhang 31: Person-Umfeld-Analyse V2 R2 (Fotografie und Modell)

Anhang 32: Person-Umfeld-Analyse V2 R3 (Fotografie und Modell)

Anhang 33: Person-Umfeld-Analyse V2 R4 (Fotografie und Modell)

Anhang 34: Person-Umfeld Analyse V2 P4 (Fotografie und Modell)

Anhang 35: Person-Umfeld-Analyse V2 R5 (Fotografie und Modell)

Anhang 36: Person-Umfeld-Analyse V2 R6 (Fotografie und Modell)

Anhang 37: Person-Umfeld-Analyse V2 P6 (Fotografie und Modell)

Anhang 38: Person-Umfeld-Analyse V2 R7 (Fotografie und Modell)

Anhang 39: Person-Umfeld-Analyse V2 P7 (Fotografie und Modell)

Anhang 40: Person-Umfeld-Analyse V2 R8 (Fotografie und Modell)

Anhang 41: Person-Umfeld-Analyse V2 P8 (Fotografie und Modell)

Anhang 42: Person-Umfeld-Analyse V2 R9 (Fotografie und Modell)

Anhang 43: Person-Umfeld-Analyse V2 P9 (Fotografie und Modell)

Anhang 44: Person-Umfeld-Analyse V2 R10 (Fotografie und Modell)

Anhang 45: Person-Umfeld-Analyse V2 P10 (Fotografie und Modell)

Anhang 46: Kategoriensystem Vollerhebung 1 Rehabilitanden

Anhang 47: Kategoriensystem Vollerhebung 1 Partner

Anhang 48: Kategoriensystem Vollerhebung 2 Rehabilitanden

Anhang 49: Kategoriensystem Vollerhebung 2 Partner

Anhang 50: Leitlinien guter wissenschaftlicher Praxis an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Anhang 51: Authentizitätserklärung

Anhang 1: Erste Informationen zur Erhebung

CARL VON OSSIETZKY universität OLDENBURG
FAKULTÄT I
BILDUNGS- UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

CARL VON OSSIETZKY UNIVERSITAT OLDENBURG · 26111 OLDENBURG

Liebe Patienten,
liebe Angehörige.

Mein Name ist **Jana Alber** und ich arbeite an der Universität Oldenburg. Im Rahmen einer **wissenschaftlichen Studie** gehe ich der Frage nach wie
der Schlaganfall das tägliche Leben beeinflusst.

- Wie meistert man die veränderte Lebenssituation?
- Welche Angebote sind hilfreich?
- Wo braucht man mehr Unterstützung?

In Zusammenarbeit mit der Abteilung für X am X Krankenhaus X (Leitung Prof.
Dr. X) möchte ich im Rahmen meiner Doktorarbeit Patienten und ihre Angehörigen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung zu diesen Themen gern befragen. Das **Ziel der Befragung** liegt darin, für Menschen in Ihrer Lebenssituation eine verbesserte Nachsorge und Langzeitversorgung zu erreichen. Dazu werden wir in einem gemeinsamen Gespräch die positiven Entwicklungen Ihres Weges nach dem Schlaganfall betrachten.

Das Gespräch würde ich gerne mit **Ihnen** und **Ihrem Partner** ca. **8 Wochen nach** Ihrer **Entlassung** führen. Ich komme Sie hierfür gerne zu Hause
besuchen.

Bei Fragen rufen Sie mich bitte an. Meine Telefonnummer lautet 0441 - 798 - 4348.

Ich freue mich auf Sie! Ihre Jana Alber

INSTITUT FÜR SONDER- UND REHABILITATIONSPÄDAGOGIK

Ansprechpartnerin
Jana Alber
Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Allgemeinen Sonder- und Rehabilitationspädagogik
TELEFONDURCHWAHL
(0441) 7 98 – 4348
Sekretariat – 2010
FAX
(0441) 7 98 – 2012
EMAIL
j.alber@uni-oldenburg.de
OLDENBURG

POSTANSCHRIFT
D-26111 Oldenburg
PAKETANSCHRIFT
Ammerländer Heerstraße 114 - 118
D-26129 Oldenburg

Anhang 2: Informationsschreiben zur Erhebung

CARL VON OSSIETZKY universität OLDENBURG
FAKULTÄT I
BILDUNGS- UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

CARL VON OSSIETZKY UNIVERSITÄT OLDENBURG · 26111 OLDENBURG

Förderfaktoren und Barrieren in Partnerschaften von Menschen mit Schlaganfall im Rehabilitationsprozess

INSTITUT FÜR SONDER- UND REHABILITATIONSPÄDAGOGIK

Ansprechpartnerin
Jana Alber
Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Allgemeinen Sonder- und Rehabilitationspädagogik
TELEFONDURCHWAHL
(0441) 7 98 – 4348
Sekretariat – 2010
FAX
(0441) 7 98 – 2012
EMAIL
j.alber@uni-oldenburg.de
OLDENBURG

POSTANSCHRIFT
D-26111 Oldenburg
PAKETANSCHRIFT
Ammerländer Heerstraße 114 - 118
D-26129 Oldenburg

Liebe Patienten, liebe Angehörige.

Mein Name ist **Jana Alber** und ich arbeite an der Universität Oldenburg. Im Rahmen einer **wissenschaftlichen Studie** für meine Doktorarbeit, gehe ich der Frage nach wie der Schlaganfall das tägliche Leben beeinflusst.

- Wie meistert man die veränderte Lebenssituation?
- Welche Angebote sind hilfreich?
- Wo braucht man mehr Unterstützung?

Durch Ihren behandelnden Arzt habe ich erfahren, dass Sie von einem Schlaganfall betroffen sind. Daher spreche ich Sie an und würde Sie gerne als Experte zu diesen Aspekten befragen.

Das **Ziel der Befragung** in Form von Interviews liegt darin, eine verbesserte Versorgung von Menschen in Ihrer Lebenssituation zu schaffen. In einem gemeinsamen Gespräch betrachten wir die **positiven Entwicklungen Ihres Weges**. Durch eine Betrachtung Ihrer wahrgenommen Unterstützungen und Ihrer wahrgenommenen Schwierigkeiten, können auch andere Personen mit Schlaganfall zukünftig profitieren.

Das Gespräch würde ich gerne mit **Ihnen** und **Ihrem Partner** ca. **8 Wochen nach** Ihrer **Entlassung** führen. Ich komme Sie hierfür gerne zu Hause besuchen. Das Interview wird für Sie und ihren Partner jeweils ca. eine Stunde dauern. Um die positiven Entwicklungen Ihres Weges herauszuarbeiten, würde ich nach einem halben Jahr gern nochmals ein Interview

mit Ihnen führen.

Durch die Befragung entstehen für Sie keine Risiken oder Nebenwirkungen. Die Teilnahme an dieser Forschungsstudie ist freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angaben von Gründen ihr Einverständnis zur Teilnahme zurücknehmen, ohne dass Ihnen hieraus irgendwelche Nachteile entstehen und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten über Sie erhoben. Alle Informationen, die ich im Rahmen dieser Studie sammele, werden vertraulich behandelt. Die Weitergabe, Speicherung und Auswertung dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen ohne Namensnennung (d.h. Sie bekommen eine Nummer, die die Anonymität gewährleistet). Sollten Sie sich nach der Befragung gegen eine Teilnahme und damit für eine Löschung der erhobenen Daten entscheiden, ist dieses aus organisatorischen Gründen nur bis zum Abschluss der Studie möglich. Mit dem Abschluss der Studie bin ich verpflichtet, auch meine Kodierliste zu löschen, d.h. die Zuordnung der erhobenen Daten zu individuellen Versuchsteilnehmern ist dann nicht mehr möglich. Verantwortlich für die Analyse Ihrer Daten bin ich, Jana Alber. Für die Speicherung Ihrer Daten ist Frau Prof. Gisela C. Schulze, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik, Universität Oldenburg verantwortlich.

Ich würde mich freuen, wenn Sie mich bei Fragen anrufen.
Meine Telefonnummer lautet **0441 - 798 - 4348.**

Ich freue mich auf Sie!
Ihre Jana Alber

Anhang 3: Einverständniserklärung zur Namensweitergabe

Einverständniserklärung zur Namensweitergabe

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass mein Name und meine Telefonnummer von Professor [Name der Kontaktperson] oder seinem Vertreter an Frau Jana Alber weitergegeben werden dürfen.

……..
Name

……..
Telefonnummer (Station und Zuhause)

……..
Unterschrift

……
Datum

……
Voraussichtliches Entlassungsdatum

Anhang 4: Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Erhebung

CARL VON OSSIETZKY UNIVERSITÄT OLDENBURG · 26111 OLDENBURG

INSTITUT FÜR SONDER- UND REHABILITATIONSPÄDAGOGIK

Ansprechpartnerin
Jana Alber
Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Allgemeinen Sonder- und Rehabilitationspädagogik
TELEFONDURCHWAHL
(0441) 7 98 – 4348
Sekretariat – 2010
FAX
(0441) 7 98 – 2012
EMAIL
j.alber@uni-oldenburg.de
OLDENBURG

POSTANSCHRIFT
D-26111 Oldenburg
PAKETANSCHRIFT
Ammerländer Heerstraße 114 - 118
D-26129 Oldenburg

Förderfaktoren und Barrieren in Partnerschaften von Menschen mit Schlaganfall im Rehabilitationsprozess

Einverständniserklärung

Ich bin über Wesen, Bedeutung und Tragweite der geplanten Untersuchung aufgeklärt worden. Dazu wurde mir ein Informationsblatt zur Erhebung ausgehändigt. Zu dem Ablauf und den möglichen Risiken konnte ich Fragen stellen. Die mir erteilten Informationen habe ich inhaltlich verstanden.
Ich willige hiermit die Teilnahme an der Untersuchung ein. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

_____

(Name der befragten Person)

_____

(Datum, Ort und Unterschrift)

_____

(Datum, Ort und Unterschrift der Interviewer)

Ich weiß, dass die bei den Untersuchungen mit mir gewonnenen Daten mit Computern weiterverarbeitet und für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden sollen. Hiermit bin ich einverstanden, wenn die Verarbeitung und Veröffentlichung in einer Form erfolgt, die eine Zuordnung zu meiner Person ausschließt. Auch diese Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

_____

Datum, Ort und Unterschrift der befragten Person

Anhang 5: Leitfaden für Rehabilitanden der Erhebung 1

Interview-Leitfaden der Vollerhebung 1 der Rehabilitanden (V1 R):

Vielen Dank, dass Sie einverstanden sind, mit mir ein Gespräch zu führen. Gerne würde ich unser Gespräch aufnehmen, da es mir die spätere Auswertung erleichtert. Sind sie damit einverstanden?

Ihren Namen werde ich in der Auswertung unkenntlich machen, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Haben Sie dazu Fragen?

Ich möchte erfahren wie Ihre Lebenswirklichkeit nach dem Schlaganfall aussieht und wie künftige Angebote im Rehabilitationsprozess gestaltet werden können um andere Betroffene zu unterstützen.

Wir beginnen mit ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrer Lebenssituation:

1. Wie fühlen Sie sich heute, also an diesem Tag?
2. Ist Ihnen heute aktuell etwas Besonderes passiert?
3. Sie sind männlich/ weiblich?
4. Wie alt sind Sie?
5. Welcher Nationalität gehören Sie an?
6. Wie alt ist Ihr Partner?
7. Können Sie mir sagen wie Sie Ihre allgemeine Zufriedenheit vor dem Schlaganfall auf einer Skala von 1 bis 10 einschätzen würden? (Anmerkung: 1 sehr niedrig und 10 sehr hoch)
8. Hat sich diese seit dem Schlaganfall verändert? Wo liegt sie auf einer Skala von 1 bis 10.
9. Können Sie mir sagen, wann der Schlaganfall war?
10. Seit wann sind Sie wieder zu Hause?
11. Sind Sie aktuell berufstätig? Als was arbeiten Sie/haben Sie gearbeitet?
12. Nehmen Sie derzeit Medikamente? Wenn ja, wofür und wie häufig?
13. Hatten Sie vor dem Schlaganfall irgendwelche Einschränkungen?
14. Worin liegen derzeit für Sie die größten Einschränkungen?
15. Können Sie die Stärke der Einschränkungen auf einer Skala von 1 bis 10 festlegen?
16. Bekommen Sie aktuell Therapien? Können Sie diese benennen?
17. Wissen Sie, worum es bei den Therapien geht?
18. Ist Ihr Partner derzeit berufstätig? Wenn ja, als was arbeitet er/sie?

19. Hat Ihr Partner selbst körperliche Beschwerden/Beeinträchtigungen?
20. Wie lange sind Sie mit Ihrem Partner verheiratet/ Seit wann führen Sie eine feste Partnerschaft?
21. Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele?

Auf dieser Grafik [Modell der Person-Umfeld-Analyse wird gezeigt] sehen Sie eine so genannte Person-Umfeld-Analyse.

Eine Person - in diesem Fall Sie – steht dabei im Mittelpunkt. Ich möchte gerne erfahren welche Lebensbereiche für Sie wichtig sind.

22. Sind diese vier dargestellten Bereiche die, die auch Sie derzeit in Ihrem Leben sehen?
23. Möchten Sie eventuell Bereiche umbenennen?
24. Wenn ja, wie würden diese nun heißen?
25. Wie würden Sie diese Bereiche beschreiben, also welche Personen und welche Aktivitäten verbinden Sie mit diesen Bereichen?
26. Was ist in ihrem Leben derzeit der „Alternative Wirkungsraum“? Welches ist also der Bereich, in dem Sie sich gerne aufhalten? Zum Beispiel ein Hobby, das Sie haben.
27. Können Sie einzelne Aspekte oder Personen dieses Bereiches benennen?
28. Nach dem wir die einzelnen Bereiche nun benannt und beschrieben haben, würde ich gerne zusammen mit Ihnen schauen, wo Sie innerhalb der Bereiche Unterstützung erfahren und was Sie als Belastung empfinden. Dafür möchte ich Sie bitten die einzelnen Teilbereiche mit einem + für Unterstützung und einem - für Belastung zu kennzeichnen.

<u>Stichworte für die Wirkungsräume:</u>

- Tagesstruktur
- Aufklärung und Information durch Ärzte, Therapeuten, Pfleger,…
- Kostenübernahme, Versorgung mit Hilfsmitteln,…
- Rollenverschiebungen
- Missverständnisse
- Kommunikation

29. Nun gibt es noch gesellschaftliche Aspekte. Mich würde interessieren, wie sich diese durch Ihren Schlaganfall für Sie geändert haben (Feierlichkeiten, Veranstaltungen, Ehrenamt, Mitgliedschaften in Vereinen, Kirchen, Öffentliche Gebäude, Fußgängerzone, Verkehrsmittel).

Auch hier würde ich Sie bitten, Unterstützungen mit einem + und Belastungen/Hindernisse mit einem – zu kennzeichnen.

30. Nun möchte ich noch auf Ihre individuellen Ressourcen zu sprechen kommen:
    - In welchen Situationen nehmen Sie besonders positive Eigenschaften an sich wahr?
    - In welchen Situationen nehmen Sie besonders negative Eigenschaften an sich wahr?
    - Was hat hilft Ihnen -aus Ihrer Sicht- besonders, mit dem Schlaganfall und seinen Folgen umzugehen?
31. Zum Schluss möchte ich Sie fragen, was sich aus Ihrer Sicht ändern müsste bzw. was passieren müsste, damit alles positiv wäre?

Gibt es von Ihrer Seite noch Fragen? Haben Sie vielleicht auch noch einen ganz besonderen Wunsch oder eine Anmerkung?

Aus meiner Sicht haben wir einen umfangreichen Eindruck von Ihrer Lebenssituation bekommen, und ich möchte mich herzlich für das Gespräch und die gemeinsame Erarbeitung bedanken.

Sind Sie an den Ergebnissen dieser Studie interessiert? Haben Sie eventuell auch Interesse an unserer neu eröffneten Clearingstelle „Stroke“ zu engagieren oder an öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen teilzunehmen?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihr Engagement!

Anhang 6: Leitfaden für Partner der Erhebung 1

Interview-Leitfaden der Vollerhebung 1 der Partner (V1 P):

Vielen Dank, dass Sie einverstanden sind, mit mir ein Gespräch zu führen. Gerne würde ich unser Gespräch aufnehmen, da es mir die spätere Auswertung erleichtert. Sind sie damit einverstanden?

Ihren Namen werde ich in der Auswertung unkenntlich machen, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Haben Sie dazu Fragen?

Ich möchte erfahren wie Ihre Lebenswirklichkeit nach dem Schlaganfall aussieht und wie künftige Angebote im Rehabilitationsprozess gestaltet werden können um andere Betroffene zu unterstützen.

Wir beginnen mit ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrer Lebenssituation:

1. Wie fühlen Sie sich heute, also an diesem Tag?
2. Ist Ihnen heute aktuell etwas Besonderes passiert?
3. Sie sind männlich/ weiblich?
4. Wie alt sind Sie?
5. Welcher Nationalität gehören Sie an?
6. Wie alt ist Ihr Partner?
7. Können Sie mir sagen wie Sie Ihre allgemeine Zufriedenheit vor dem Schlaganfall Ihres Partners auf einer Skala von 1 bis 10 einschätzen würden? (Anmerkung: 1 sehr niedrig und 10 sehr hoch)
8. Hat sich diese seit dem Schlaganfall verändert? Wo liegt sie auf einer Skala von 1 bis 10.
9. Können Sie mir sagen, wann der Schlaganfall Ihres Partners war?
10. Seit wann ist Ihr Partner wieder zu Hause?
11. War/Ist Ihr Partner berufstätig? Wenn ja, als was arbeitet er/sie?
12. Nimmt Ihr Partner derzeit Medikamente? Wenn ja, wofür und wie häufig?
13. Hatte Ihr Partner vor dem Schlaganfall irgendwelche Einschränkungen?
14. Worin liegen, aus Ihrer Sicht, derzeit die stärksten Einschränkungen Ihres Partners?
15. Können Sie die Stärke der Einschränkungen auf einer Skala von 1 bis 10 festlegen?
16. Bekommt Ihr Partner derzeit Therapien? Können Sie diese benennen?
17. Wissen Sie, worum es bei den Therapien geht?

18. Sind Sie derzeit berufstätig? Wenn ja, als was arbeiten Sie?
19. Haben Sie selber körperliche Beschwerden/Beeinträchtigungen?
20. Wie lange sind Sie mit Ihrem Partner verheiratet/ Seit wann führen Sie eine feste Partnerschaft?
21. Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele?

Auf dieser Grafik [Modell der Person-Umfeld-Analyse wird gezeigt] sehen Sie eine so genannte Person-Umfeld-Analyse.

Eine Person - in diesem Fall Sie – steht dabei im Mittelpunkt. Ich möchte gerne erfahren welche Lebensbereiche für Sie wichtig sind.

22. Sind diese vier dargestellten Bereiche die, die auch Sie derzeit in Ihrem Leben sehen?
23. Möchten Sie eventuell Bereiche umbenennen?
24. Wenn ja, wie würden diese nun heißen?
25. Wie würden Sie diese Bereiche beschreiben, also welche Personen und welche Aktivitäten verbinden Sie mit diesen Bereichen?
26. Was ist in ihrem Leben derzeit der „Alternative Wirkungsraum“? Welches ist also der Bereich, in dem Sie sich gerne aufhalten? Zum Beispiel ein Hobby, das Sie haben.
27. Können Sie einzelne Aspekte oder Personen dieses Bereiches benennen?
28. Nach dem wir die einzelnen Bereiche nun benannt und beschrieben haben, würde ich gerne zusammen mit Ihnen schauen, wo Sie innerhalb der Bereiche Unterstützung erfahren und was Sie als Belastung empfinden. Dafür möchte ich Sie bitten, die einzelnen Teilbereiche mit einem + für Unterstützung und einem - für Belastung zu kennzeichnen.

<u>Stichworte für die Wirkungsräume:</u>

- Tagesstruktur
- Aufklärung und Information durch Ärzte, Therapeuten, Pfleger,…
- Kostenübernahme, Versorgung mit Hilfsmitteln,…
- Rollenverschiebungen
- Missverständnisse
- Kommunikation

29. Nun gibt es noch gesellschaftliche Aspekte. Mich würde interessieren wie sich diese durch den Schlaganfall Ihres Partners für Sie geändert haben. (Feierlichkeiten, Veranstaltungen, Ehrenamt, Mitgliedschaften in Vereinen,

Kirchen, Öffentliche Gebäude, Fußgängerzone, Verkehrsmittel). Auch hier würde ich Sie bitten, Unterstützungen mit einem + und Belastungen/Hindernisse mit einem – zu kennzeichnen

30. Nun möchte ich noch auf Ihre individuellen Ressourcen zu sprechen kommen:
    - In welchen Situationen nehmen Sie besonders positive Eigenschaften an sich wahr?
    - In welchen Situationen nehmen Sie besonders negative Eigenschaften als sich wahr?
    - Was hat hilft Ihnen -aus Ihrer Sicht- besonders, mit dem Schlaganfall und seinen Folgen umzugehen?
31. Zum Schluss möchte ich Sie fragen, was sich aus Ihrer Sicht ändern müsste bzw. was passieren müsste, damit alles positiv wäre?

Gibt es von Ihrer Seite noch Fragen? Haben Sie vielleicht auch noch einen ganz besonderen Wunsch oder eine Anmerkung?

Aus meiner Sicht haben wir einen umfangreichen Eindruck von Ihrer Lebenssituation bekommen, und ich möchte mich herzlich für das Gespräch und die gemeinsame Erarbeitung bedanken.

Sind Sie an den Ergebnisse dieser Studie interessiert? Haben Sie eventuell auch Interesse sich an unserer neu eröffneten Clearingstelle „Stroke“ zu engagieren oder an öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen teilzunehmen?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihr Engagement!

Anhang 7: Leitfaden für Rehabilitanden der Erhebung 2

Interview-Leitfaden der Vollerhebung 2 der Rehabilitanden (V2 R):

Vielen Dank, dass Sie einverstanden sind, ein 2. Gespräch mit mir zu führen. Gerne würde ich auch dieses Gespräch aufnehmen, da es mir die spätere Auswertung erleichtert. Sind sie damit einverstanden?

Ihren Namen werde ich in der Auswertung unkenntlich machen, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Haben Sie dazu Fragen?

Ich möchte erfahren, wie Ihr Leben ein halbes Jahr nach dem Schlaganfall aussieht und wie künftige Angebote im Rehabilitationsprozess gestaltet werden können.

Dadurch können wir Sie und andere Betroffene noch besser zu unterstützen.

Wir beginnen mit ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrer Lebenssituation:

1. Wie fühlen Sie sich heute, also an diesem Tag?
2. Ist Ihnen heute aktuell etwas Besonderes passiert?
3. Sie sind männlich/ weiblich?
4. Wie alt sind Sie?
5. Welcher Nationalität gehören Sie an?
6. Wie alt ist Ihr Partner?
7. Können Sie mir sagen, wie Sie Ihre allgemeine Zufriedenheit vor dem Schlaganfall auf einer Skala von 1 bis 10 einschätzen würden? (Anmerkung: 1 sehr niedrig und 10 sehr hoch)
8. Hat sich diese zu heute verändert? Wo liegt sie heute auf einer Skala von 1 bis 10?
9. Können Sie mir sagen, wann der Schlaganfall war?
10. Seit wann sind Sie wieder zu Hause?
11. Wie lange waren Sie insgesamt in einer stationären Einrichtung (Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung)?
12. Sind Sie aktuell berufstätig? Als was arbeiten Sie/haben Sie gearbeitet?
    - Für den Fall, dass Sie nicht mehr berufstätig sind: War der Schlaganfall Auslöser für den Eintritt in den Ruhestand?
13. Nehmen Sie derzeit Medikamente? Wenn ja, wofür und wie häufig?
14. Hatten Sie vor dem Schlaganfall irgendwelche Einschränkungen?

15. Worin liegen derzeit für Sie die größten Einschränkungen?
16. Können Sie die Stärke der Einschränkungen auf einer Skala von 1 bis 10 festlegen?
17. Bekommen Sie aktuell Therapien? Können Sie diese benennen?
18. Wissen Sie, worum es bei den Therapien geht?
19. Wie würden Sie die Stärke des Schlaganfalls einschätzen? Leicht-mittel-schwer?
20. Ist Ihr Partner derzeit berufstätig? Wenn ja, als was arbeitet er/sie?
21. Hat Ihr Partner selbst körperliche Beschwerden/Beeinträchtigungen?
22. Wie lange sind Sie mit Ihrem Partner verheiratet/ Seit wann führen Sie eine feste Partnerschaft?
23. Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele?

Wie beim letzten Mal würde ich gerne in einem zweiten Schritt eine Beschreibung Ihrer Lebensbereiche vornehmen und habe erneut das Modell der Person-Umfeld-Analyse mitgebracht [Modell der Person-Umfeld-Analyse wird gezeigt].

24. Sind diese vier dargestellten Bereiche die, die auch Sie derzeit in Ihrem Leben sehen?
25. Möchten Sie eventuell Bereiche umbenennen?
26. Wenn ja, wie würden diese nun heißen?
27. Wie würden Sie diese Bereiche beschreiben, also welche Personen und welche Aktivitäten verbinden Sie mit diesen Bereichen?
28. Was ist in ihrem Leben derzeit der „Alternative Wirkungsraum“? Welches ist also der Bereich, in dem Sie sich gerne aufhalten? Zum Beispiel ein Hobby, das Sie haben.
29. Können Sie einzelne Aspekte oder Personen dieses Bereiches benennen?
30. Nach dem wir die einzelnen Bereiche benannt und beschrieben haben, würde ich gerne zusammen mit Ihnen schauen, wo Sie innerhalb der Bereiche Unterstützung erfahren und was Sie als Belastung empfinden. Dafür möchte ich Sie bitten, die einzelnen Teilbereiche mit einem + für Unterstützung und einem - für Belastung zu kennzeichnen.

<u>Stichworte für die Wirkungsräume:</u>

- Tagesstruktur
- Aufklärung und Information durch Ärzte, Therapeuten, Pfleger,…
- Kostenübernahme, Versorgung mit Hilfsmitteln,…
- Rollenverschiebungen
- Missverständnisse
- Kommunikation

31. Nun gibt es noch gesellschaftliche Aspekte. Mich würde interessieren, wie sich diese durch Ihren Schlaganfall für Sie geändert haben (Feierlichkeiten, Veranstaltungen, Ehrenamt, Mitgliedschaften in Vereinen, Kirchen, Öffentliche Gebäude, Fußgängerzone, Verkehrsmittel).
    Auch hier würde ich Sie bitten, Unterstützungen mit einem + und Belastungen/Hindernisse mit einem – zu kennzeichnen.
32. Nun möchte ich noch auf Ihre individuellen Ressourcen zu sprechen kommen:
    - In welchen Situationen nehmen Sie besonders positive Eigenschaften an sich wahr?
    - In welchen Situationen nehmen Sie besonders negative Eigenschaften an sich wahr?
    - Was hat hilft Ihnen -aus Ihrer Sicht- besonders, mit dem Schlaganfall und seinen Folgen umzugehen?
33. Wie schätzen Sie Ihren individuellen Rehabilitationsverlauf ausgehend von den Funktionseinschränkungen, die Sie auf Grund des Schlaganfalls hatten, ein? Bitte beurteilen Sie den Verlauf mit einer Ziffer von 1 bis 10 (1= sehr misslungener Verlauf, 10= sehr gelungener Verlauf).
    - Welche Aspekte führen zu Ihrer Einschätzung?
34. Wie schätzen Sie die Rolle Ihres Partners in Hinblick auf den von Ihnen wahrgenommenen Rehabilitationserfolg ein? Bitte beurteilen Sie diese mit einer Ziffer von 1 bis 10 (1= wenig bedeutsam, 10= sehr bedeutsam).
    - Welche Aspekte machen für Sie Ihren Partner bedeutsam?
    - Wie würden Sie diese Bedeutung mit einem Wort zusammenfassen?

Ich habe die Grafik mitgebracht, die wir vor einem halben Jahr gemeinsam erstellt haben [Zeigen des Modells aus der ersten Erhebung]:

35. Gibt es Unterschiede?
    - Wenn ja, wo sehen sie die Unterschiede?
    - Wie erklären sie sich die Unterschiede?
36. Wenn sie 3 Wünsche frei hätten, was würden sie sich als Unterstützungen wünschen?

Gibt es von Ihrer Seite noch Fragen? Haben Sie vielleicht auch noch einen ganz besonderen Wunsch oder eine Anmerkung?

Aus meiner Sicht haben wir einen umfangreichen Eindruck von Ihrer Lebenssituation bekommen und ich möchte mich herzlich für das Gespräch und die gemeinsame Erarbeitung bedanken.

Sind Sie an den Ergebnissen dieser Studie interessiert? Haben Sie eventuell auch Interesse sich an unserer neu eröffneten Clearingstelle „Stroke“ zu engagieren oder an öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen teilzunehmen?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihr Engagement!

Anhang 8: Leitfaden für Partner der Erhebung 2

Interview-Leitfaden der Vollerhebung 2 der Partner (V2 P):

Vielen Dank, dass Sie einverstanden sind, ein 2. Interview mit mir zu führen. Gerne würde ich auch dieses Gespräch aufnehmen, da es mir die spätere Auswertung erleichtert. Sind sie damit einverstanden?

Ihren Namen werde ich in der Auswertung unkenntlich machen, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Haben Sie dazu Fragen?

Ich möchte erfahren, wie Ihr Leben ein halbes Jahr nach dem Schlaganfall Ihres Partners aussieht und wie künftige Angebote im Rehabilitationsprozess gestaltet werden können.

Dadurch können wir Sie und andere Betroffene noch besser zu unterstützen.

Wir beginnen mit ein paar Fragen zu Ihrer Person und Ihrer Lebenssituation:

1. Wie fühlen Sie sich heute, also an diesem Tag?
2. Ist Ihnen heute aktuell etwas Besonderes passiert?
3. Sie sind männlich/ weiblich?
4. Wie alt sind Sie?
5. Welcher Nationalität gehören Sie an?
6. Wie alt ist Ihr Partner?
7. Können Sie mir sagen wie Sie Ihre allgemeine Zufriedenheit vor dem Schlaganfall Ihres Partners auf einer Skala von 1 bis 10 einschätzen würden? (Anmerkung: 1 sehr niedrig und 10 sehr hoch)
8. Hat sich diese zu heute verändert? Wo liegt sie heute auf einer Skala von 1 bis 10.
9. Können Sie mir sagen, wann der Schlaganfall Ihres Partners war?
10. Seit wann ist Ihr Partner wieder zu Hause?
11. Wie lange war er/sie insgesamt in einer stationären Einrichtung (Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung)?
12. War/Ist Ihr Partner berufstätig? Wenn ja, als was arbeitet er/sie bzw. als was hat er/sie gearbeitet?
    - Für den Fall, dass er/sie nicht mehr berufstätig ist: War der Schlaganfall Auslöser für den Eintritt in den Ruhestand?
13. Nimmt Ihr Partner derzeit Medikamente? Wenn ja, wofür und wie häufig?

14. Hatte Ihr Partner vor dem Schlaganfall irgendwelche Einschränkungen?
15. Worin liegen, aus Ihrer Sicht, derzeit die stärksten Einschränkungen Ihres Partners?
16. Können Sie die Stärke der Einschränkungen auf einer Skala von 1 bis 10 festlegen?
17. Bekommt Ihr Partner derzeit Therapien? Können Sie diese benennen?
18. Wissen Sie, worum es bei den Therapien geht?
19. Wie würden Sie die Stärke des Schlaganfalls einschätzen? Leicht-mittel-schwer?
20. Sind Sie derzeit berufstätig? Wenn ja, als was arbeiten Sie?
21. Haben Sie selber körperliche Beschwerden/Beeinträchtigungen?
22. Wie lange sind Sie mit Ihrem Partner verheiratet/ Seit wann führen Sie eine feste Partnerschaft?
23. Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele?

Wie beim letzten Mal würde ich gerne in einem zweiten Schritt eine Beschreibung Ihrer Lebensbereiche vornehmen und habe erneut das Modell der Person-Umfeld-Analyse mitgebracht [Modell der Person-Umfeld-Analyse wird gezeigt].

24. Sind diese vier dargestellten Bereiche die, die auch Sie derzeit in Ihrem Leben sehen?
25. Möchten Sie eventuell Bereiche umbenennen?
26. Wenn ja, wie würden diese nun heißen?
27. Wie würden Sie diese Bereiche beschreiben, also welche Personen und welche Aktivitäten verbinden Sie mit diesen Bereichen?
28. Was ist in ihrem Leben derzeit der „Alternative Wirkungsraum“. Welches ist also der Bereich, in dem Sie sich gerne aufhalten? Zum Beispiel ein Hobby, das Sie haben.
29. Können Sie einzelne Aspekte oder Personen dieses Bereiches benennen?
30. Nach dem wir die einzelnen Bereiche nun benannt und beschrieben haben, würde ich gerne zusammen mit Ihnen schauen, wo Sie innerhalb der Bereiche Unterstützung erfahren und was Sie als Belastung empfinden. Dafür möchte ich Sie bitten, die einzelnen Teilbereiche mit einem + für Unterstützung und einem - für Belastung zu kennzeichnen.

<u>Stichworte für die Wirkungsräume:</u>

- Tagesstruktur
- Aufklärung und Information durch Ärzte, Therapeuten, Pfleger,…
- Kostenübernahme, Versorgung mit Hilfsmitteln,…
- Rollenverschiebungen

- Missverständnisse
- Kommunikation

31. Nun gibt es noch gesellschaftliche Aspekte. Mich würde interessieren, wie sich diese durch den Schlaganfall Ihres Partners für Sie geändert haben (Feierlichkeiten, Veranstaltungen, Ehrenamt, Mitgliedschaften in Vereinen, Kirchen, Öffentliche Gebäude, Fußgängerzone, Verkehrsmittel).
    Auch hier würde ich Sie bitten, Unterstützung mit einem + und Belastungen/Hindernisse mit einem – zu kennzeichnen
32. Nun möchte ich noch auf Ihre individuellen Ressourcen zu sprechen kommen:
    - In welchen Situationen nehmen Sie besonders positive Eigenschaften an sich wahr?
    - In welchen Situationen nehmen Sie besonders negative Eigenschaften als sich wahr?
    - Was hat hilft Ihnen -aus Ihrer Sicht- besonders, mit dem Schlaganfall und seinen Folgen umzugehen?
33. Wenn schätzen Sie den Rehabilitationsverlauf Ihres Partners ausgehend von den Funktionseinschränkungen, die er/sie auf Grund des Schlaganfalls hatte, ein? Bitte beurteilen Sie den Verlauf mit einer Ziffer von 1 bis 10 fest (1= misslungener Verlauf, 10= sehr gelungener Verlauf).
    - Welche Aspekte führen zu Ihrer Einschätzung?
34. Wie schätzen Sie Ihre Rolle in Hinblick auf den von Ihnen wahrgenommenen Rehabilitationserfolg ein? Bitte beurteilen Sie diese mit einer Ziffer von 1 bis 10 (1= wenig bedeutsam, 10= sehr bedeutsam).
    - Welche Aspekte machen Sie –Ihrer Einschätzung nach- bedeutsam?
    - Wie würden Sie diese Bedeutung mit einem Wort zusammenfassen?

Ich habe die Grafik mitgebracht, die wir vor einem halben Jahr gemeinsam erstellt haben [Zeigen des Modells aus der ersten Erhebung].

35. Gibt es Unterschiede?
    - Wenn ja, wo sehen sie die Unterschiede?
    - Wie erklären sie sich die Unterschiede?
36. Wenn sie 3 Wünsche frei hätten, was würden sie sich als Unterstützungen wünschen?

Gibt es von Ihrer Seite noch Fragen? Haben Sie vielleicht auch noch einen ganz besonderen Wunsch oder eine Anmerkung?

Aus meiner Sicht haben wir einen umfangreichen Eindruck von Ihrer Lebenssituation bekommen, und ich möchte mich herzlich für das Gespräch und die gemeinsame Erarbeitung bedanken.

Sind Sie an den Ergebnisse dieser Studie interessiert? Haben Sie eventuell auch Interesse sich an unserer neu eröffneten Clearingstelle „Stroke“ zu engagieren oder an öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen teilzunehmen?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihr Engagement!

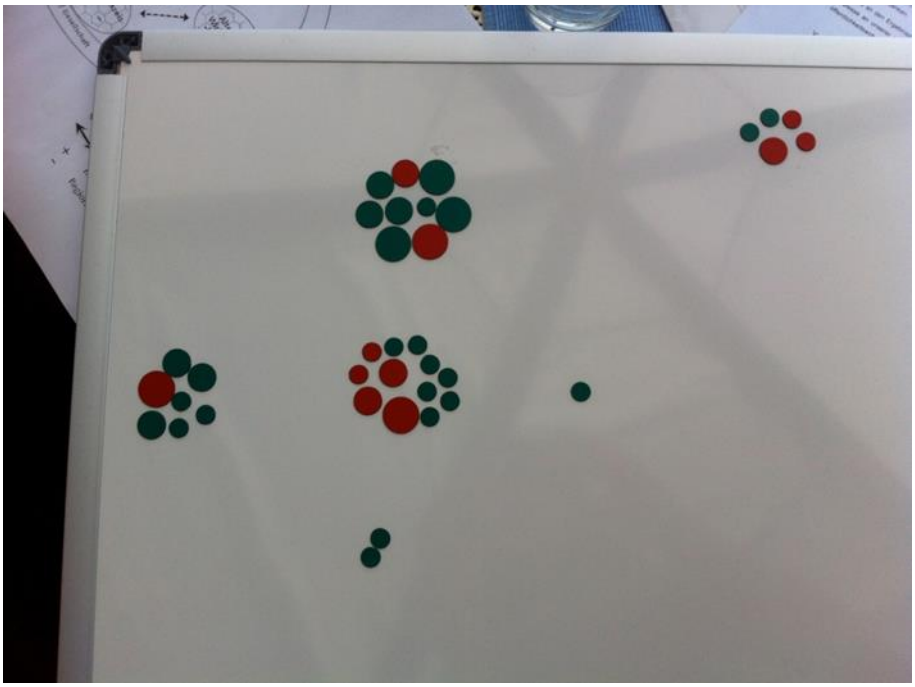
Anhang 9: Transkriptionssystem

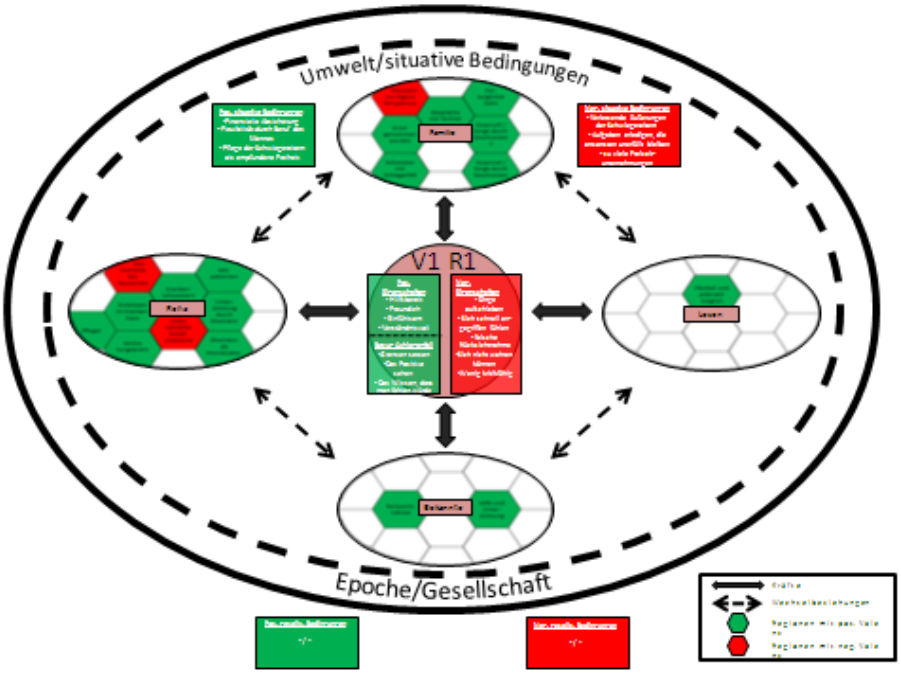
Transkriptionssystem

1. I = Interviewer.
2. V1 R1 = Kürzel für die interviewte Person. Das Kürzel setzt sich zusammen aus der Erhebungsrunde (V1 oder V2), der Gruppenzugehörigkeit (R für Rehabilitand; P für Partner) und einer Ziffer (Nummerierung der durchgeführten Interviews).
3. Absatz nach jedem Sprecherwechsel und Tab zwischen Kürzel und Interviewpassage.
4. Zeitmarke nach jedem Sprecherwechsel.
5. Großschreibung der Höflichkeitsformen „Sie“ und „Ihr“ .
6. Ausschreiben der Zahlen von eins bis zwölf, Zifferwahl bei Zahlen ab 13 (Achtung: eine Ausnahme gilt für Prozentangaben, Daten etc. → dann lautet die Schreibweise z.B. 5%, 02.10.2012 etc.).
7. (.) = Pause von einer Sekunde.
8. (..) = Pause von zwei Sekunden.
9. (…) = Pause von drei und mehr Sekunden.
10. … = Satz wird nicht zu Ende gesprochen.
11. Standardorthographie (z.B. Glättung von „haste“ zu „hast du“).
12. Eine Ausnahme der oben genannten Standardorthographie gilt für direkte Zitate.
13. Direkte Zitate werden durch Anführungsstriche gekennzeichnet.
14. Füllwörter wie „ehm“ werden nicht verschriftlicht.
15. Nonverbale Zustimmungen werden mit „mmh“ gekennzeichnet.
16. Ein auffällig häufiger Gebrauch des gleichen Füllwortes wird berücksichtigt z.B. der Gebrauch von „ne?“ statt „oder?“.
17. Unterbrechungen des Interviews werden markiert und um eine Erläuterung in eckigen Klammern ergänzt z.B. [P8 betritt den Raum].
18. Wörter/kurze Aussagen, bei denen eindeutig ist wie sie gedacht sind, werden berichtigt (bei Unsicherheit eine kurze Anmerkung in runden Klammern notieren z.B. in dem Zusammenhang ist anzunehmen, dass V1 R1 nicht die Zahl drei, sondern die Zahl sieben meint, da sie die Aussage mit den Wort „also die Zufriedenheit war sehr hoch“ ergänzte).
19. Anonymisierung von Namen und Ortsangaben und eine kurze Beschreibung dessen, was das „X“ besagt z.B. „unser Arzt hat seine Praxis in X [Nennung einer Stadt], da müssen wir dann immer mit dem Auto hinfahren.

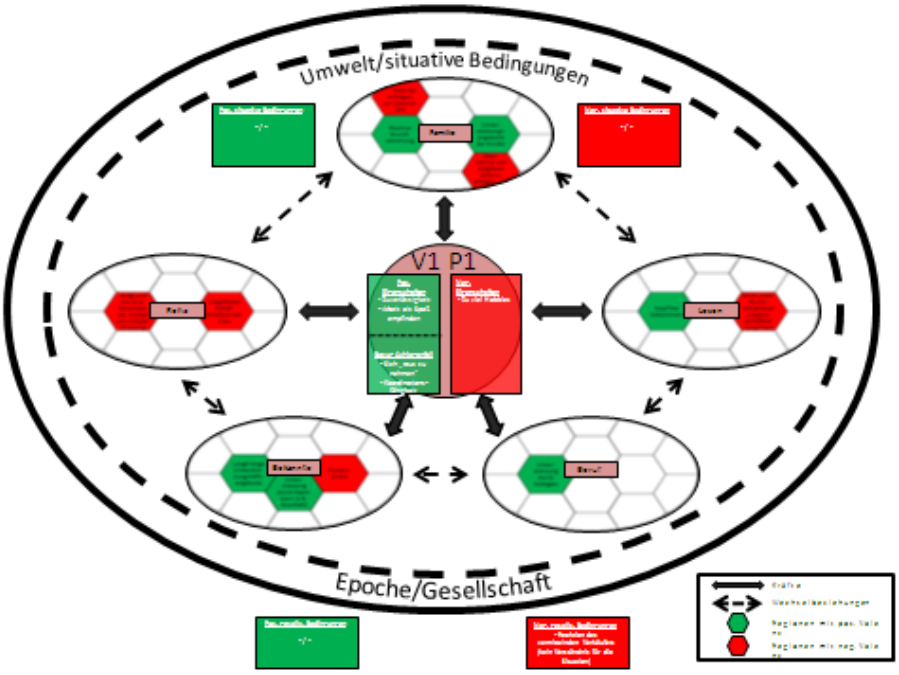
20. Nonverbale Äußerungen wie das Zeigen auf etwas werden als Ergänzung eingefügt z.B. „Hier [R3 zeigt auf den Wirkungsraum Familie] erfahre ich viel Unterstützung“.
21. Nonverbale Äußerungen wie lachen, Husten oder räuspern, werden in runden Klammern markiert z.B. „ja, das habe ich ihm auch gesagt, aber das wollte er mir ja nicht glauben (lacht)“.
22. Ein angedeutetes Lachen wird statt „lachen“ als „lächeln“ bezeichnet z.B. „Ja (lächelt), das sind schöne Erinnerungen!“.
23. Starke Betonungen eines Wortes werden kursiv geschrieben „Ja, da haben wir angerufen, aber er wollte davon nichts hören“.
24. Wenn ein Satz abgebrochen wird und es keinen Sprecherwechsel gibt, werden die Sätze mit drei Punkten miteinander verbunden z.B. „ich habe damals gemerkt ... also das hat mein Sohn ja auch gesagt“.
25. Unverständliche Passagen werden gekennzeichnet, wenn eine Vermutung zu dem Wort vorliegt, wird die folgende Schreibweise gewählt: „Gut [? Unverständlich], das mache ich auch, kein Problem. Also das … aber ansonsten so das … das mache ich dann so, dass man das dann wieder … und dann ist das gut“.

Anhang 10: Person-Umfeld-Analyse V1 R1 (Fotografie und Modell)

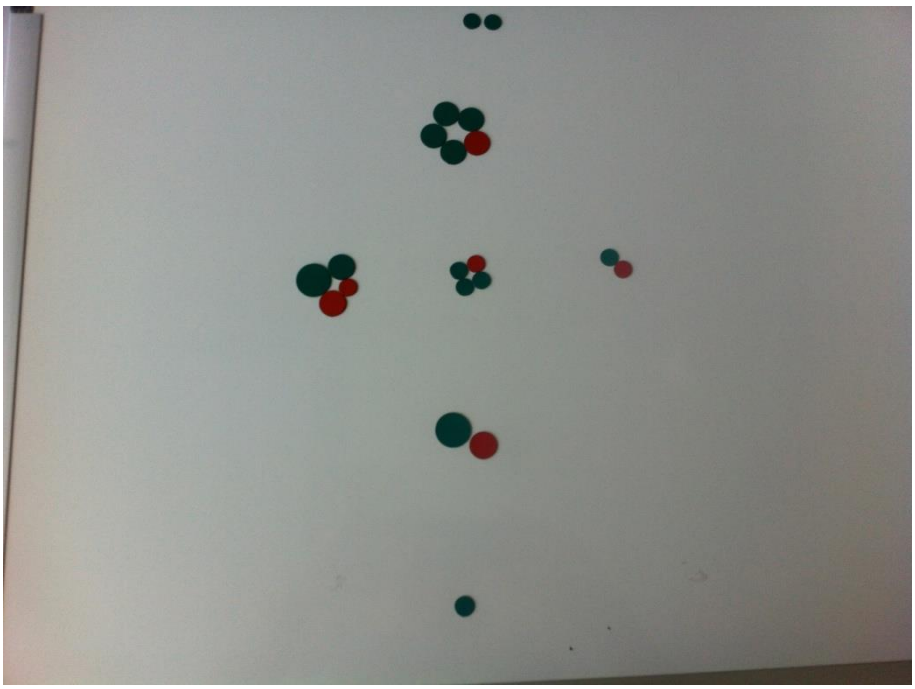


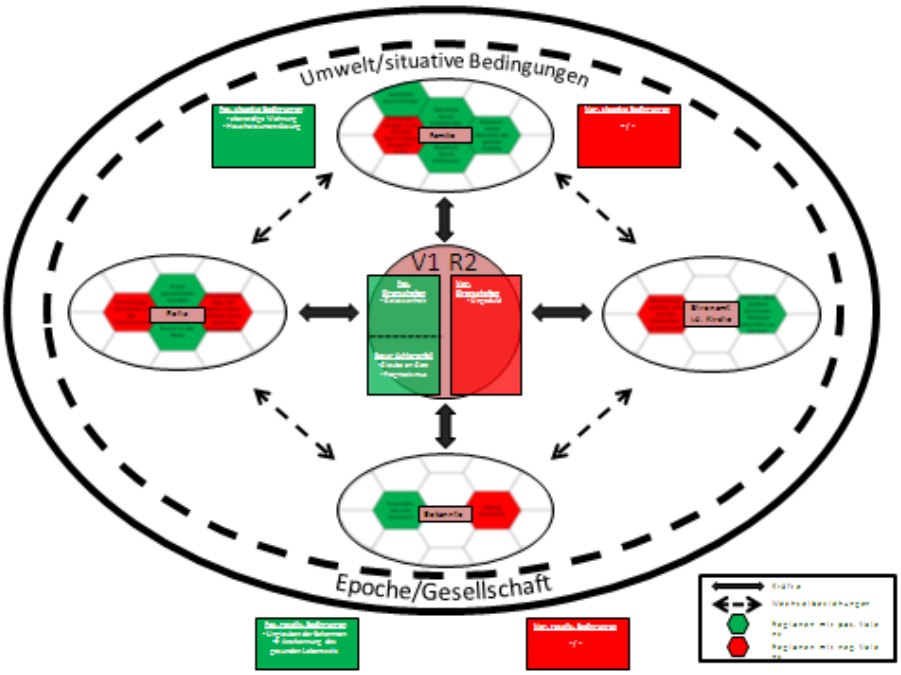


Anhang 11: Person-Umfeld-Analyse V1 P1 (Fotografie und Modell)

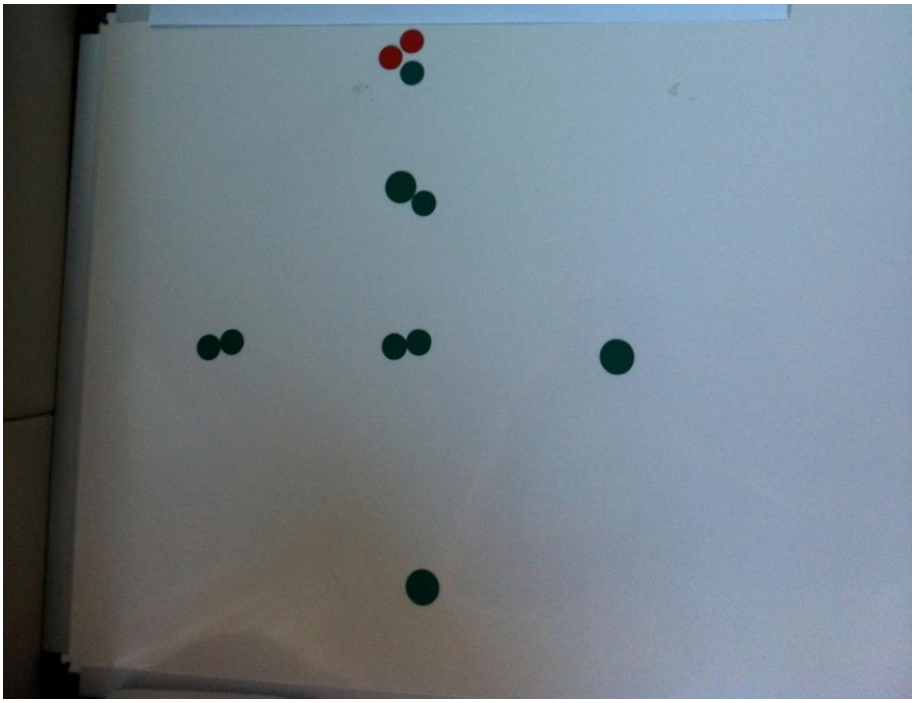


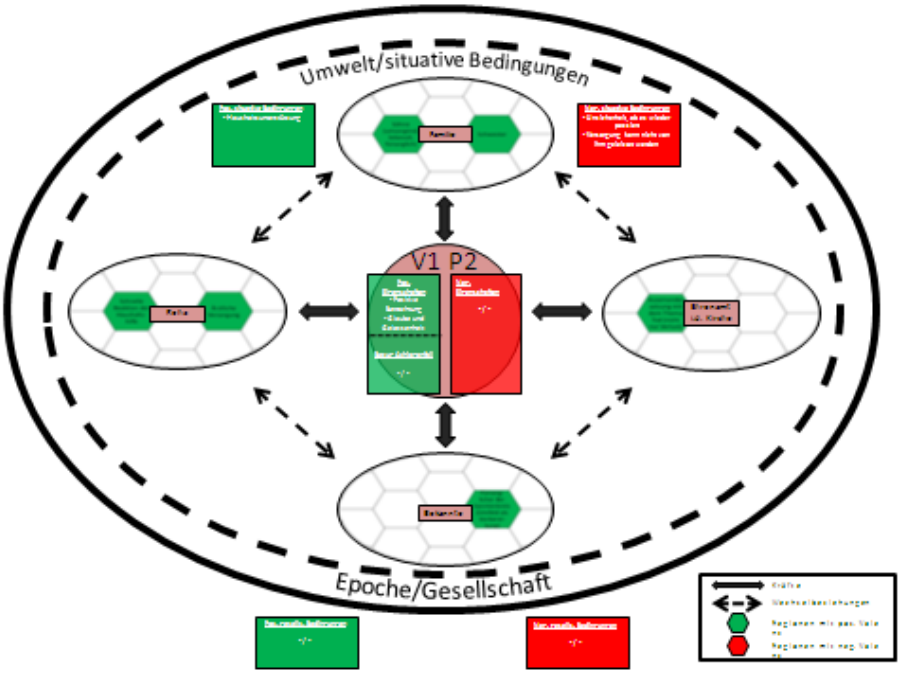
Anhang 12: Person-Umfeld-Analyse V1 R2 (Fotografie und Modell)



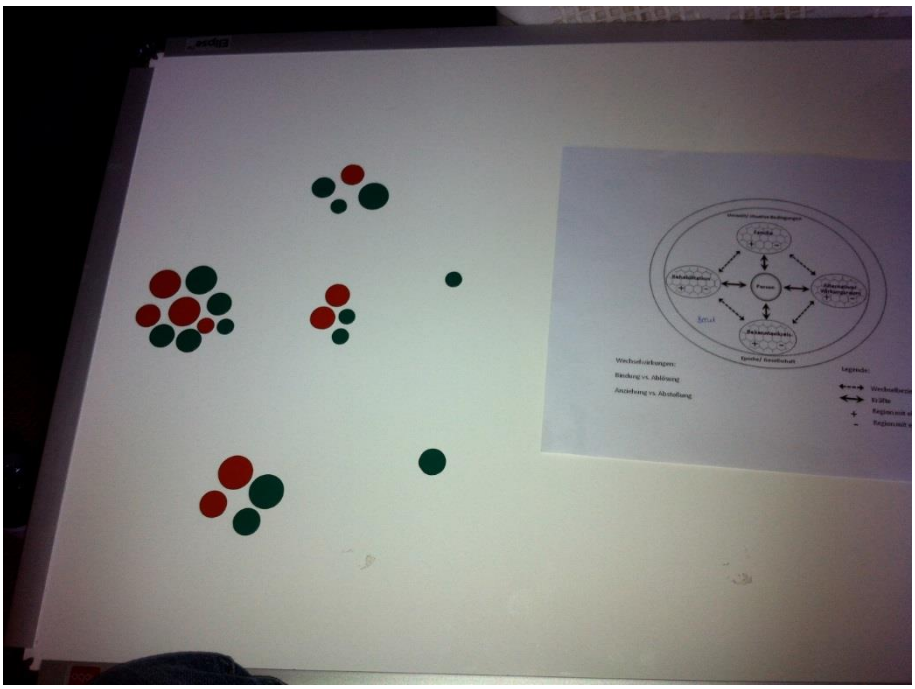


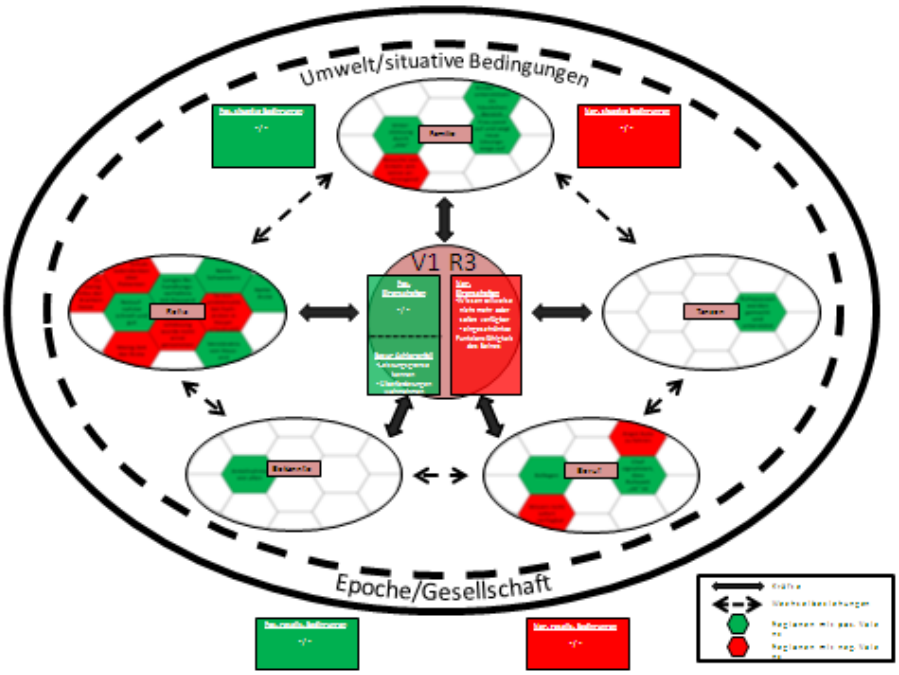
Anhang 13: Person-Umfeld-Analyse V1 P2 (Fotografie und Modell)



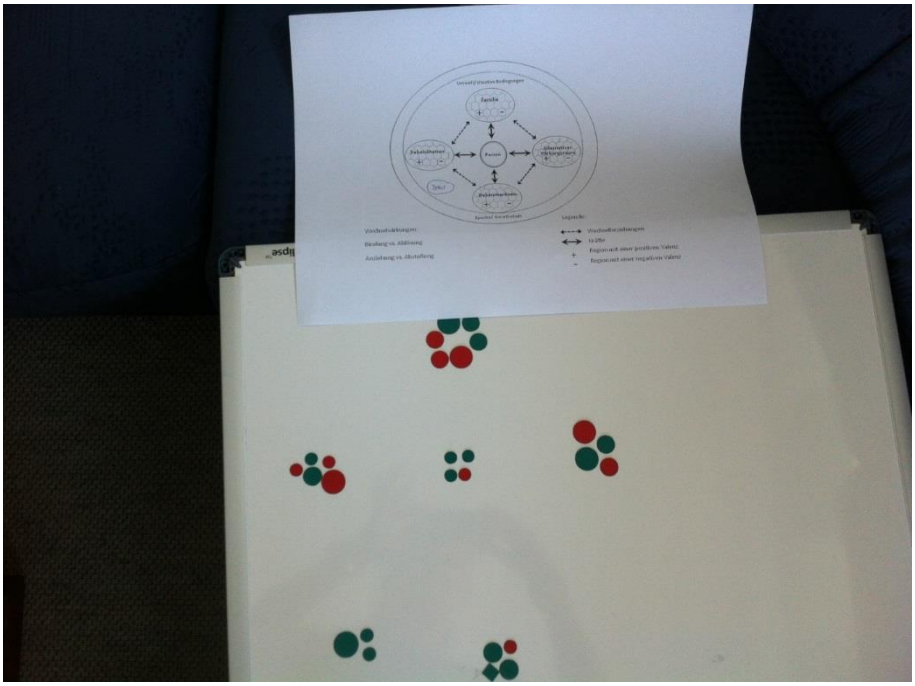


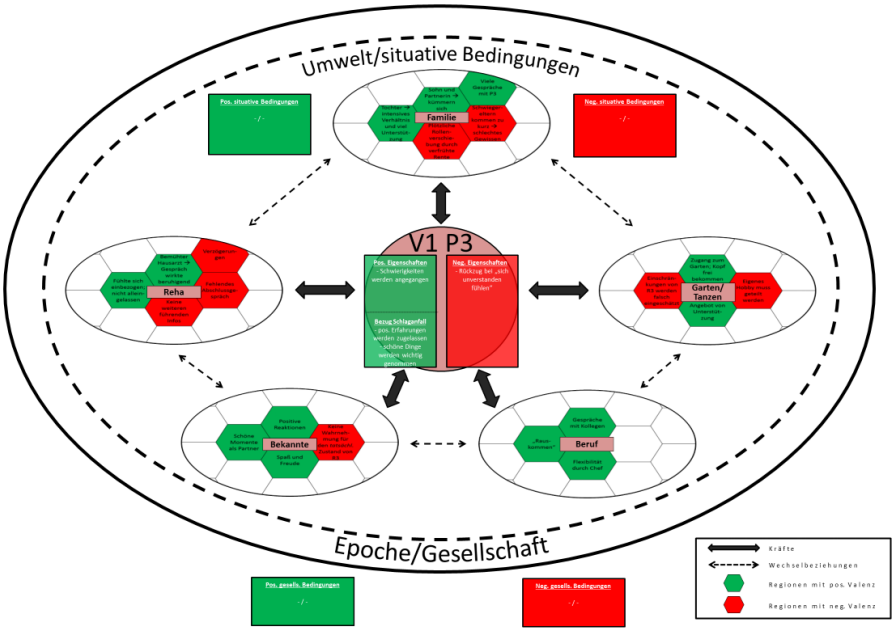
Anhang 14: Person-Umfeld-Analyse V1 R3 (Fotografie und Modell)



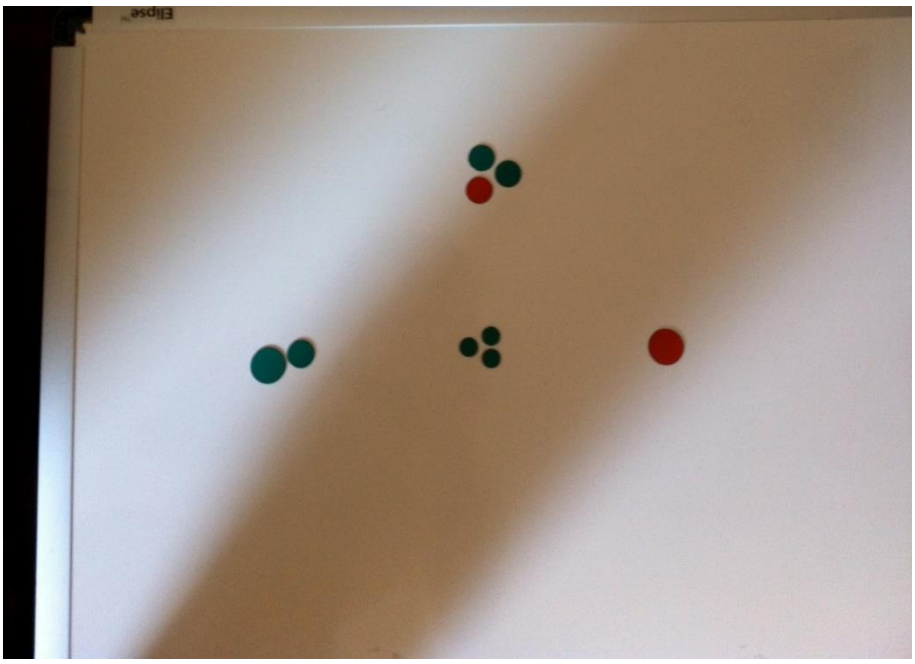


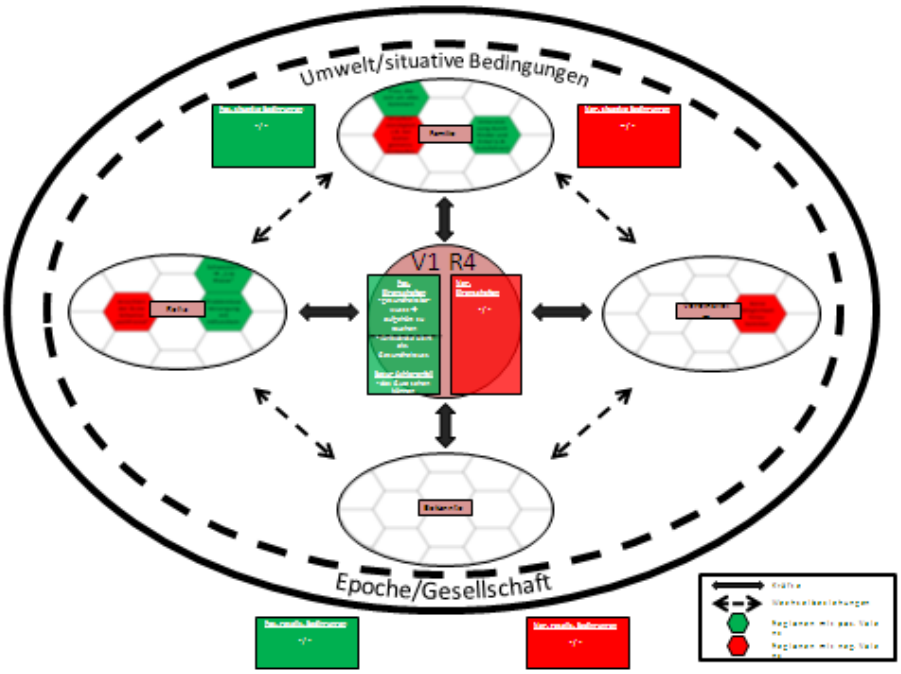
Anhang 15: Person-Umfeld-Analyse V1 P3 (Fotografie und Modell)



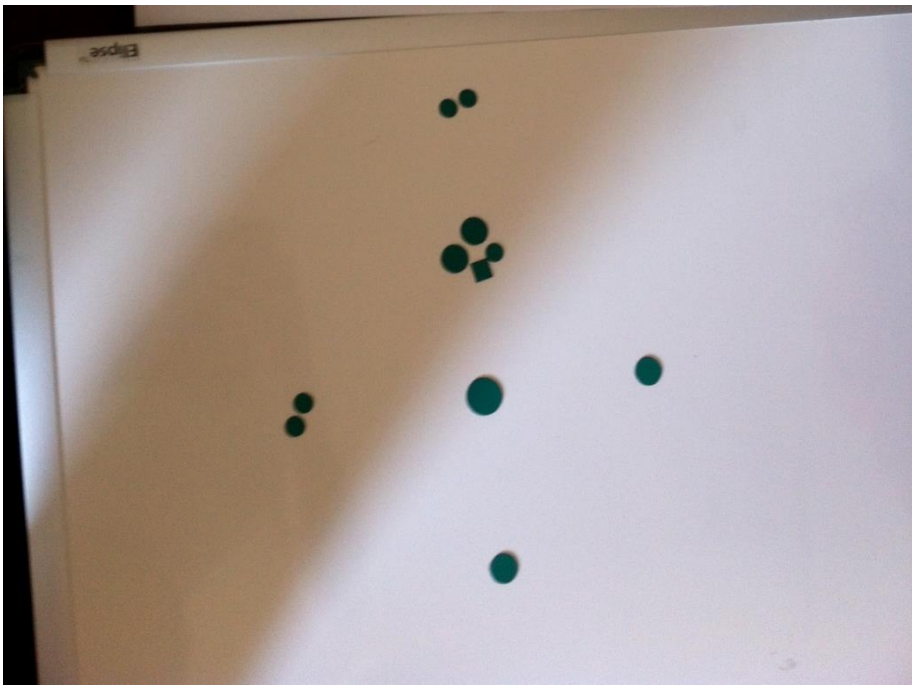


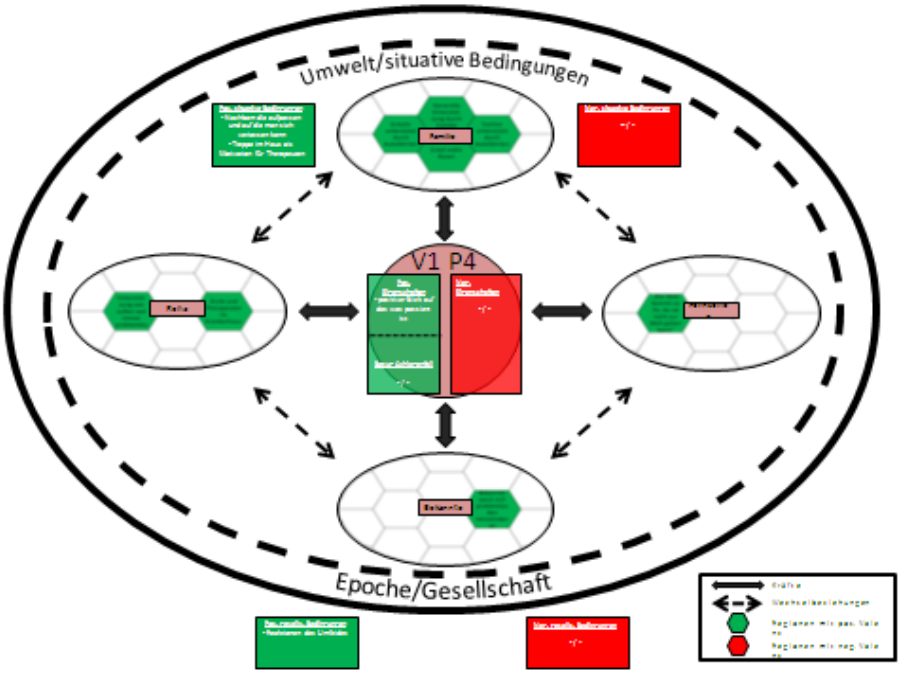
Anhang 16: Person-Umfeld-Analyse V1 R4 (Fotografie und Modell)



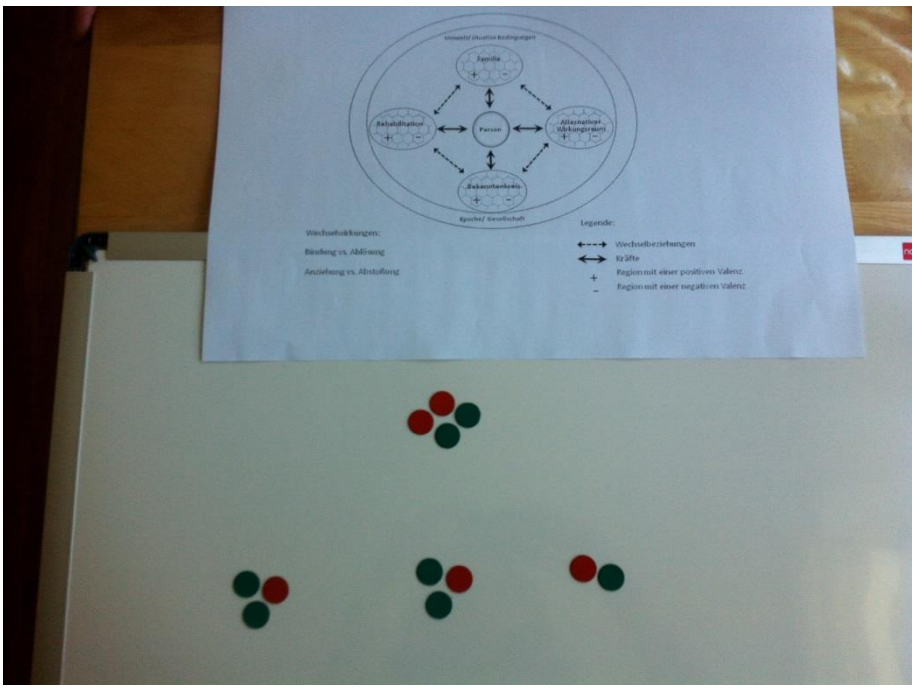


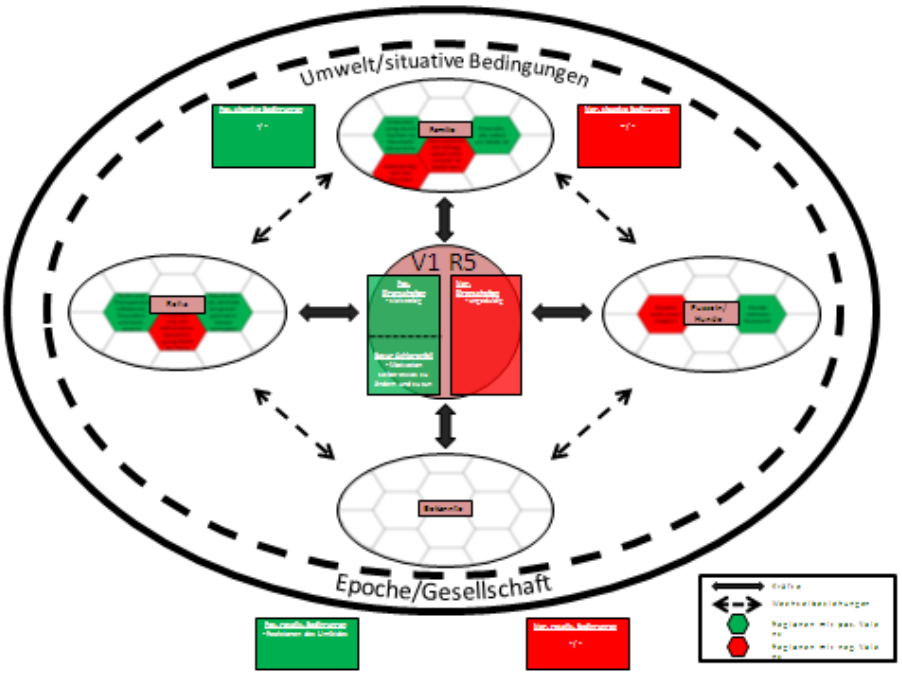
Anhang 17: Person-Umfeld-Analyse V1 P4 (Fotografie und Modell)



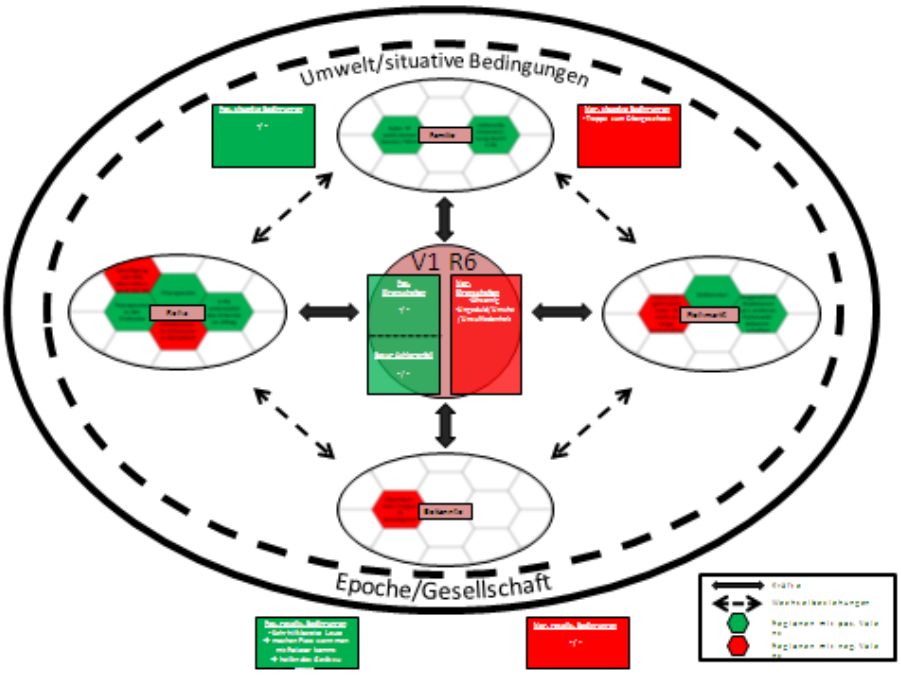


Anhang 18: Person-Umfeld-Analyse V1 R5 (Fotografie und Modell)

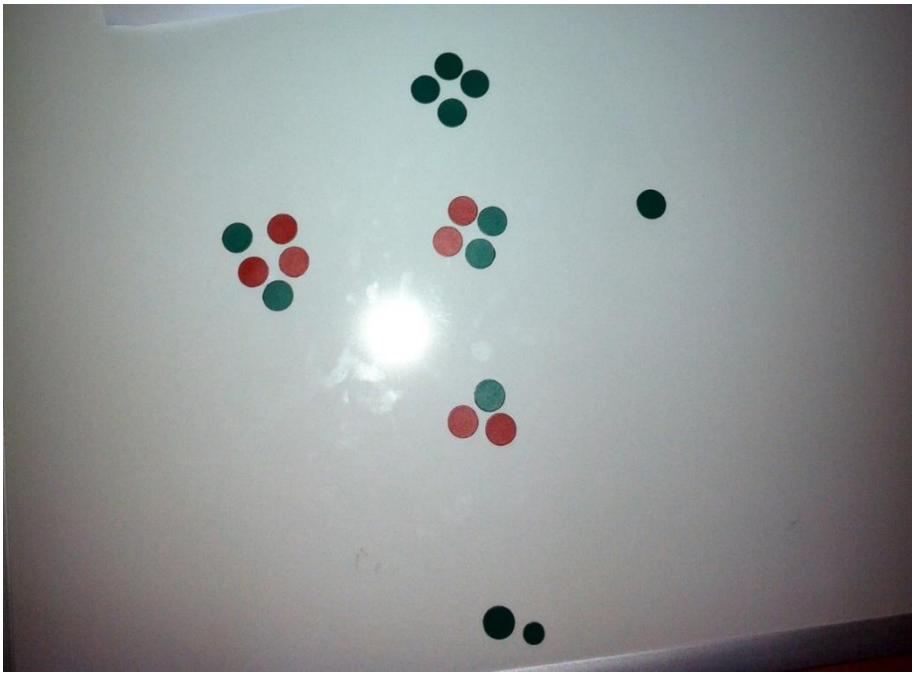


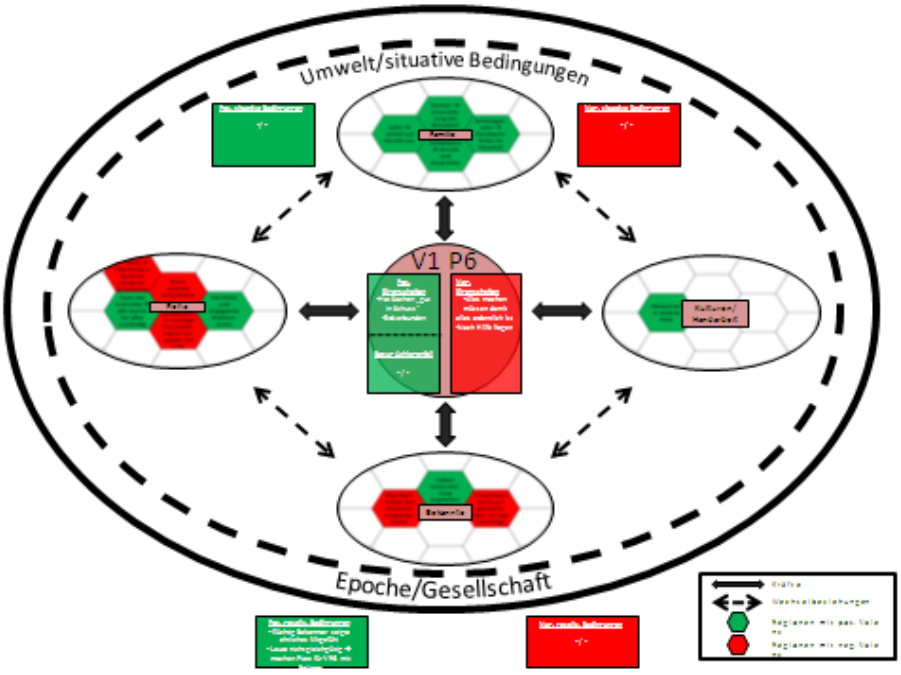


Anhang 19: Person-Umfeld-Analyse V1 R6 (Fotografie und Modell)

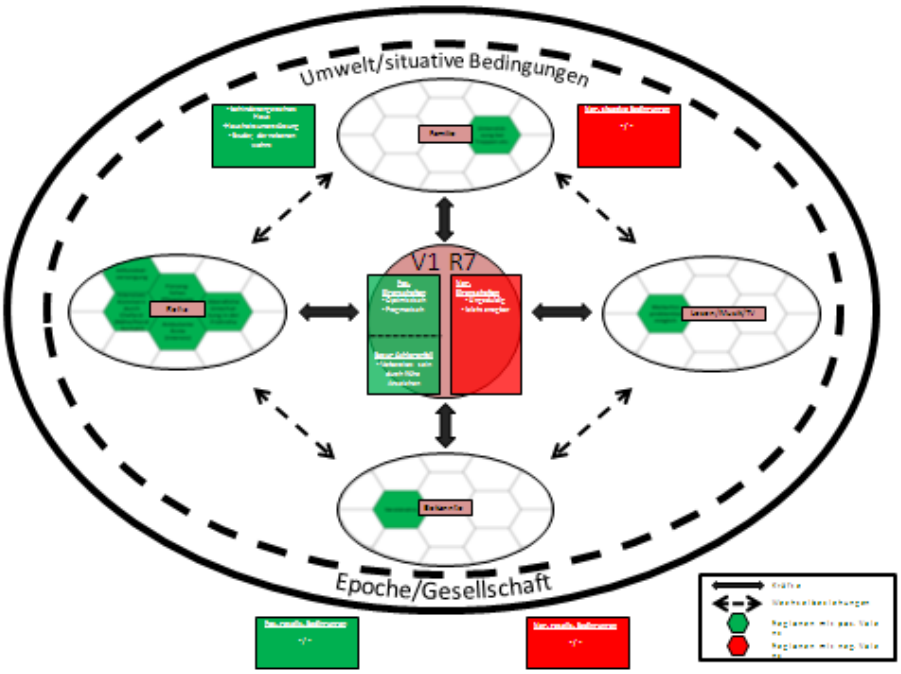


Anhang 20: Person-Umfeld-Analyse V1 P6 (Fotografie und Modell)

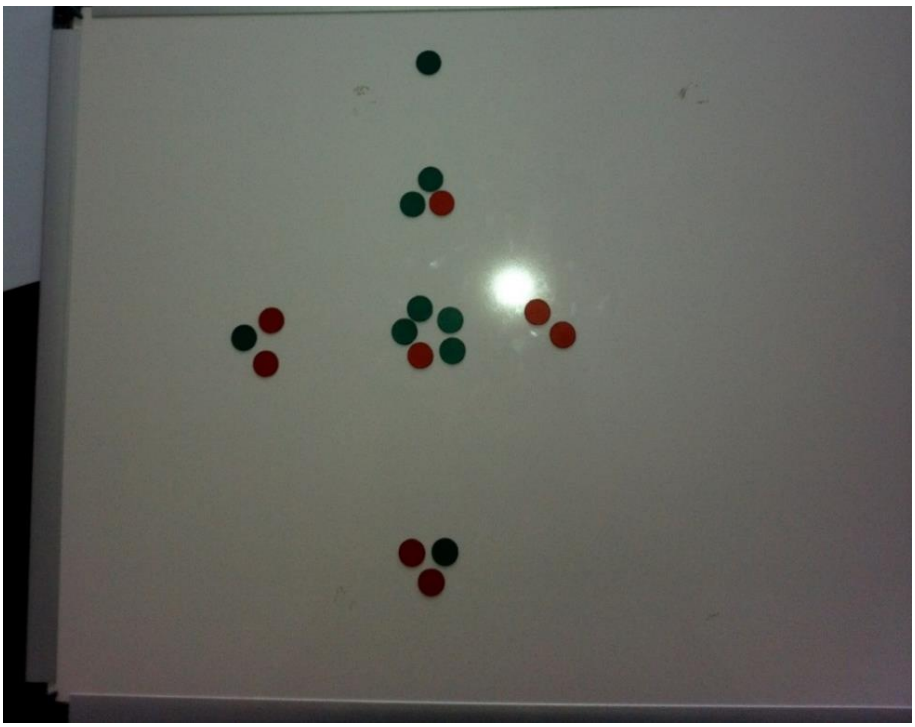


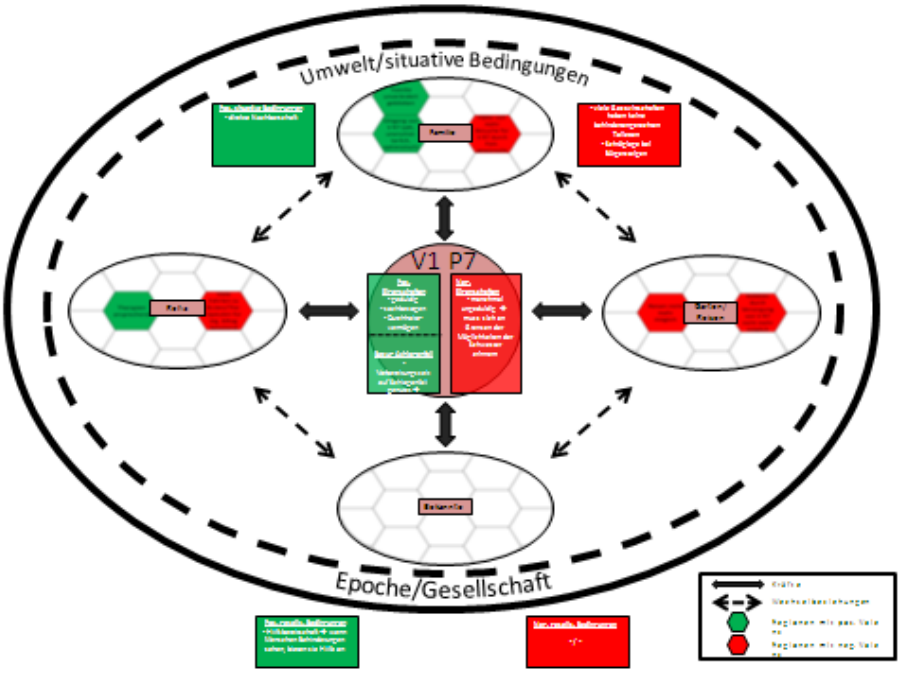


Anhang 21: Person-Umfeld-Analyse V1 R7 (Fotografie und Modell)

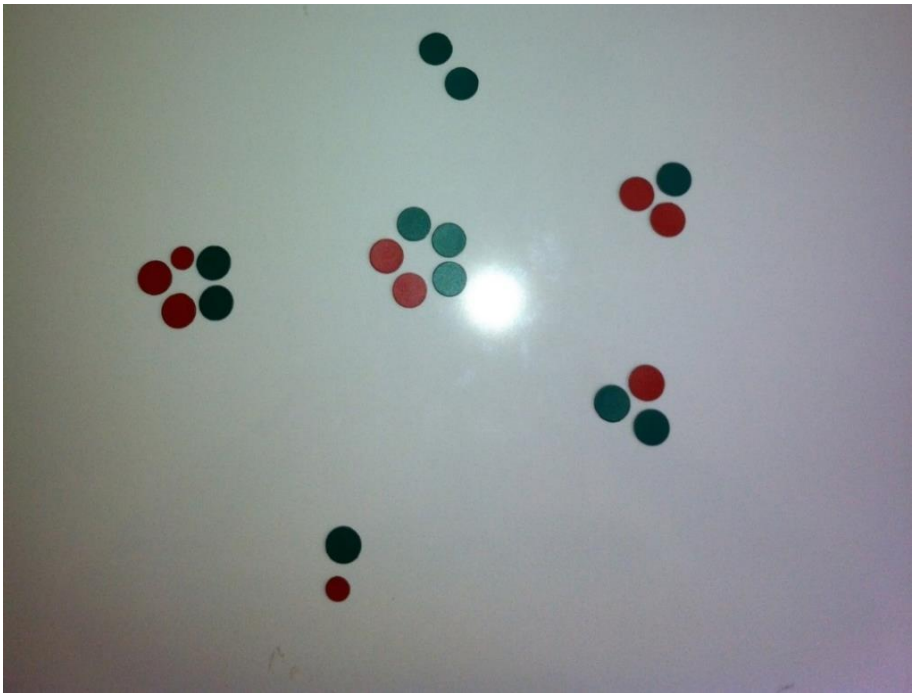


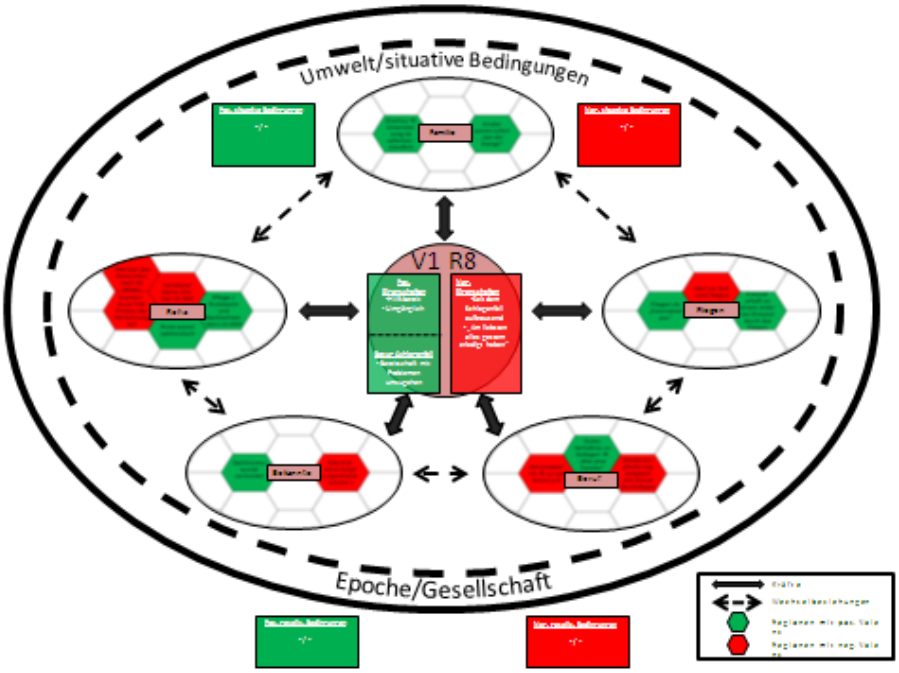
Anhang 22: Person-Umfeld-Analyse V1 P7 (Fotografie und Modell)



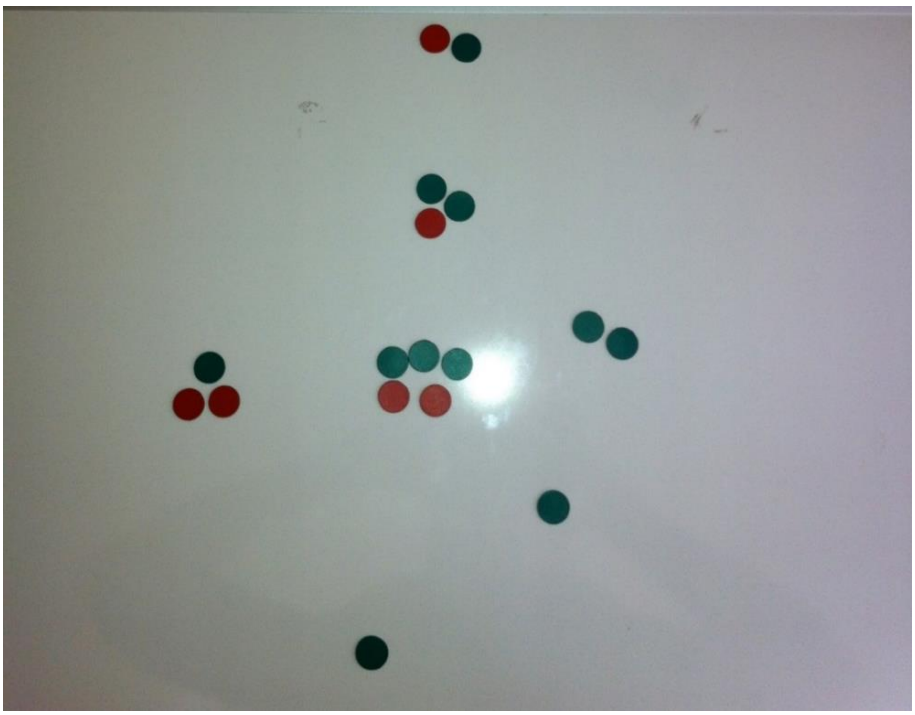


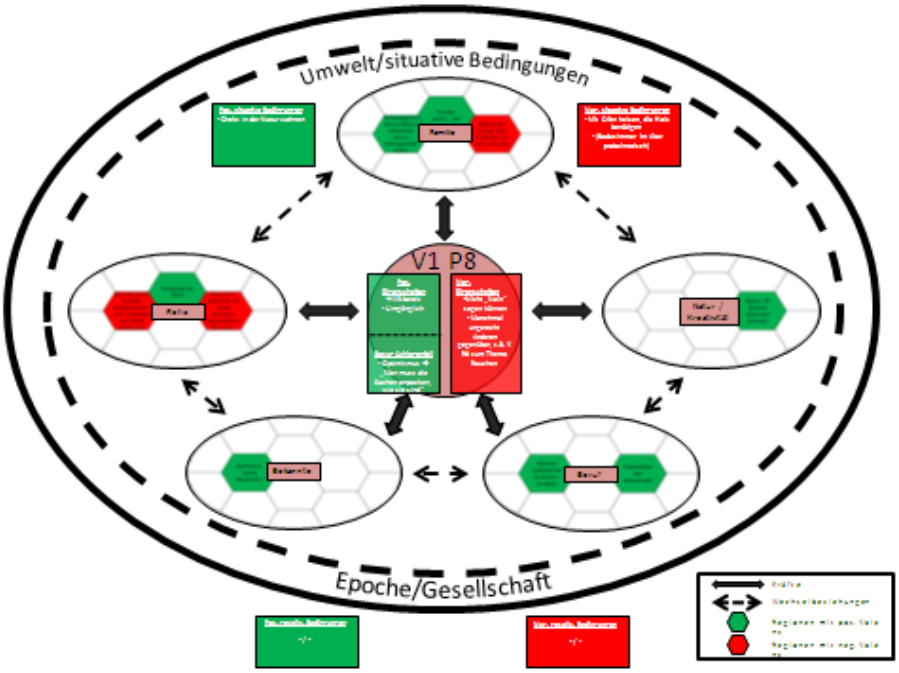
Anhang 23: Person-Umfeld-Analyse V1 R8 (Fotografie und Modell)



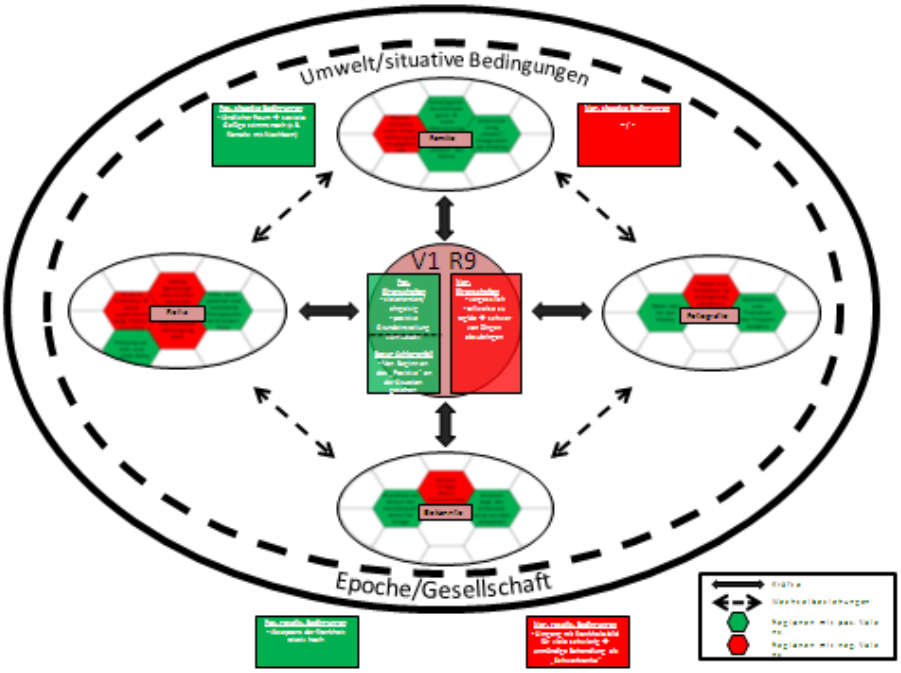


Anhang 24: Person-Umfeld-Analyse V1 P8 (Fotografie und Modell)

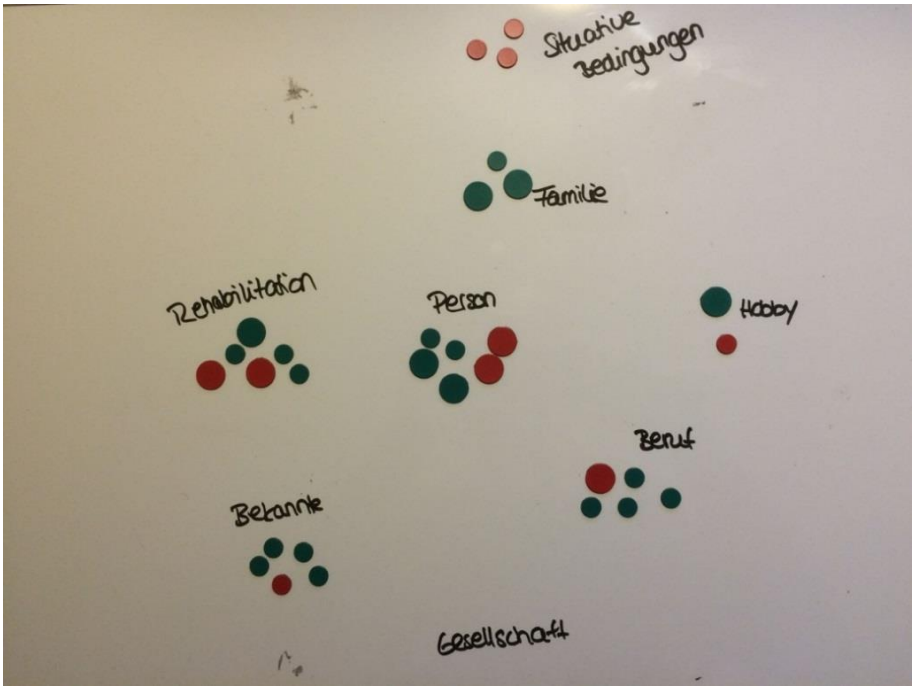


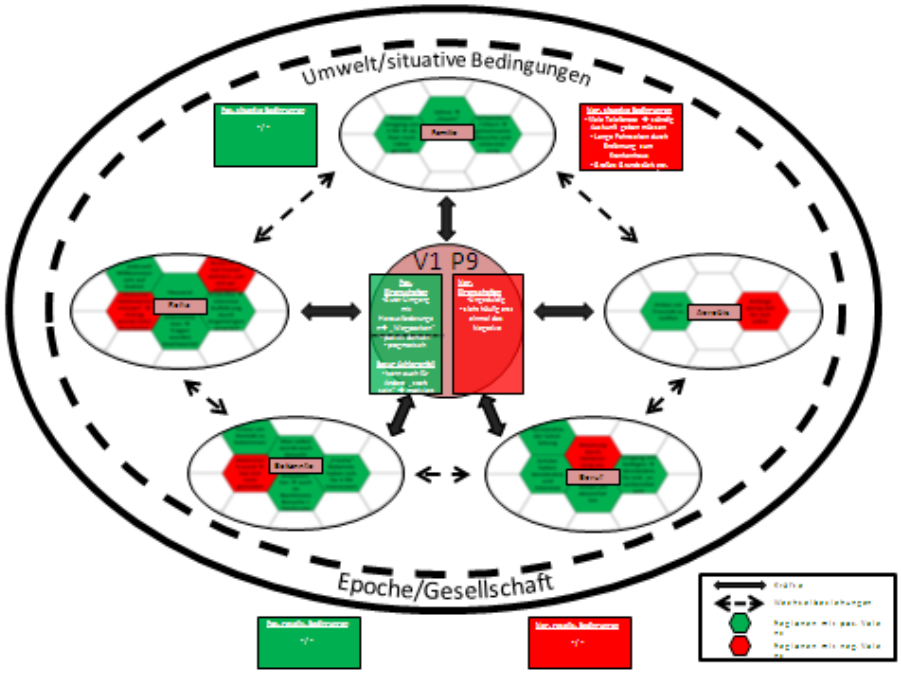


Anhang 25: Person-Umfeld-Analyse V1 R9 (Fotografie und Modell)

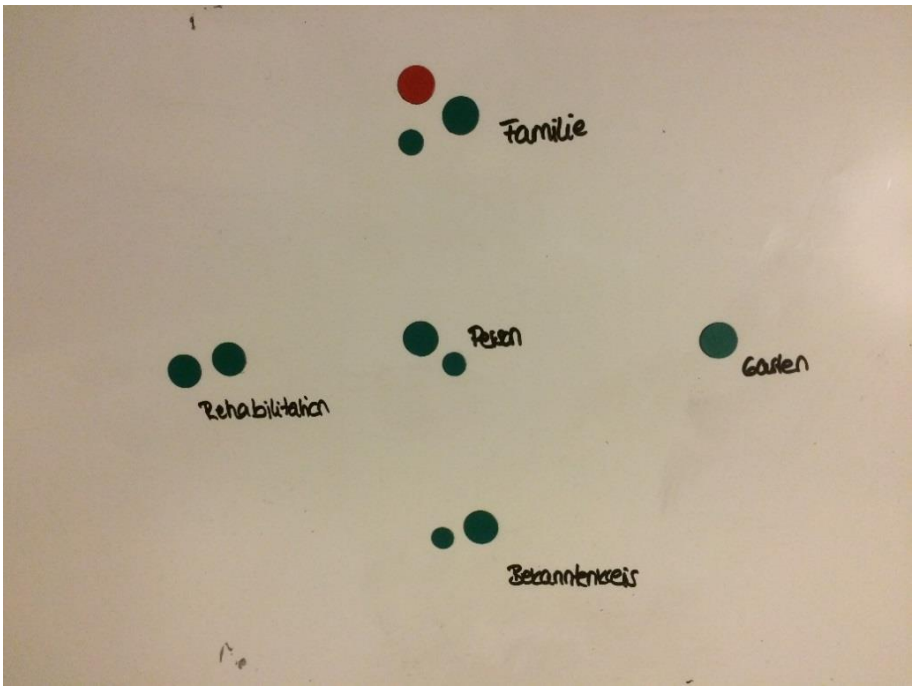


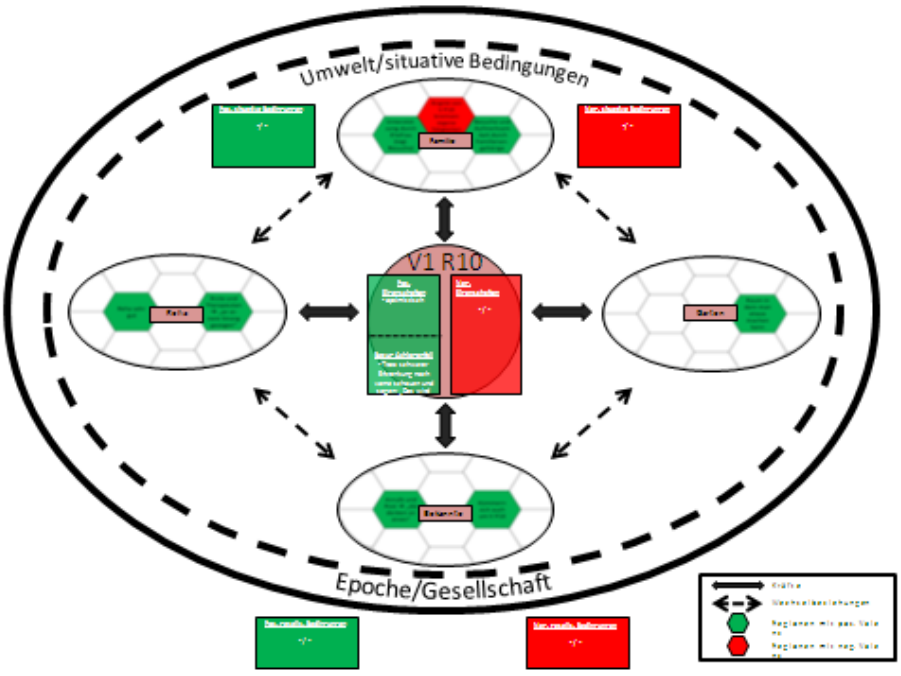
Anhang 26: Person-Umfeld-Analyse V1 P9 (Fotografie und Modell)



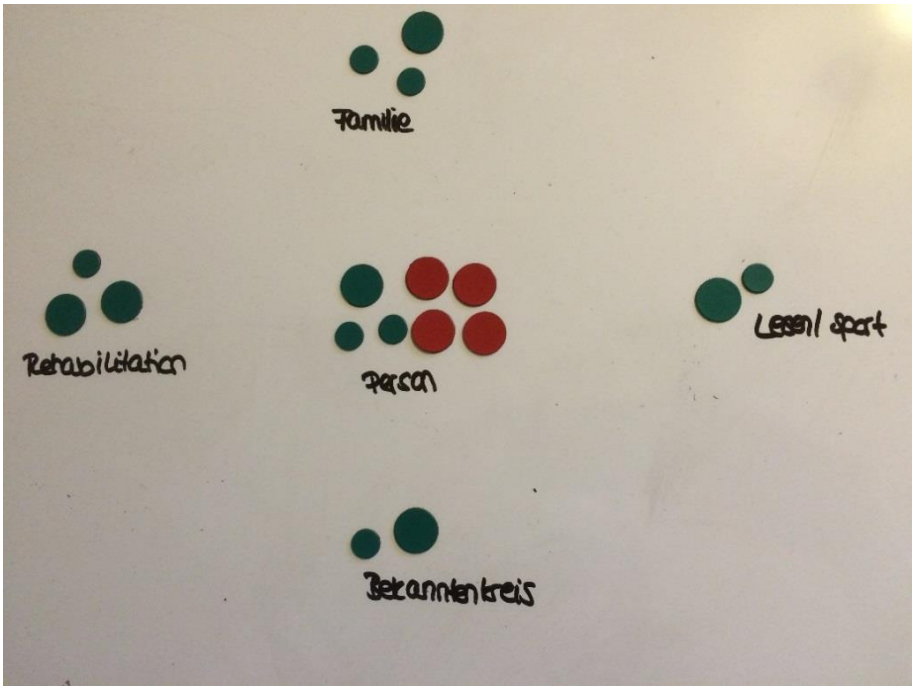


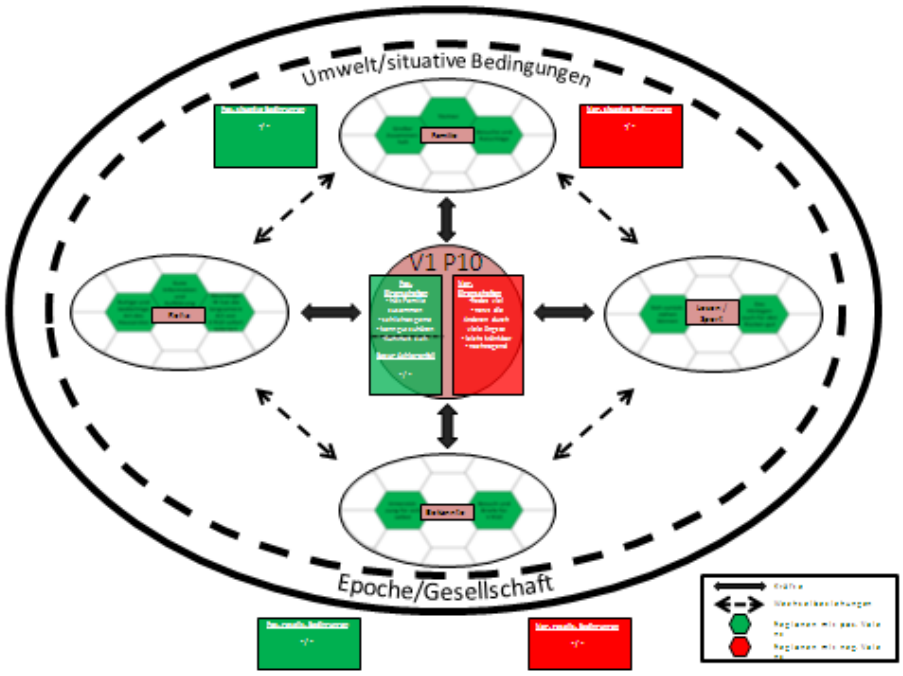
Anhang 27: Person-Umfeld-Analyse V1 R10 (Fotografie und Modell)



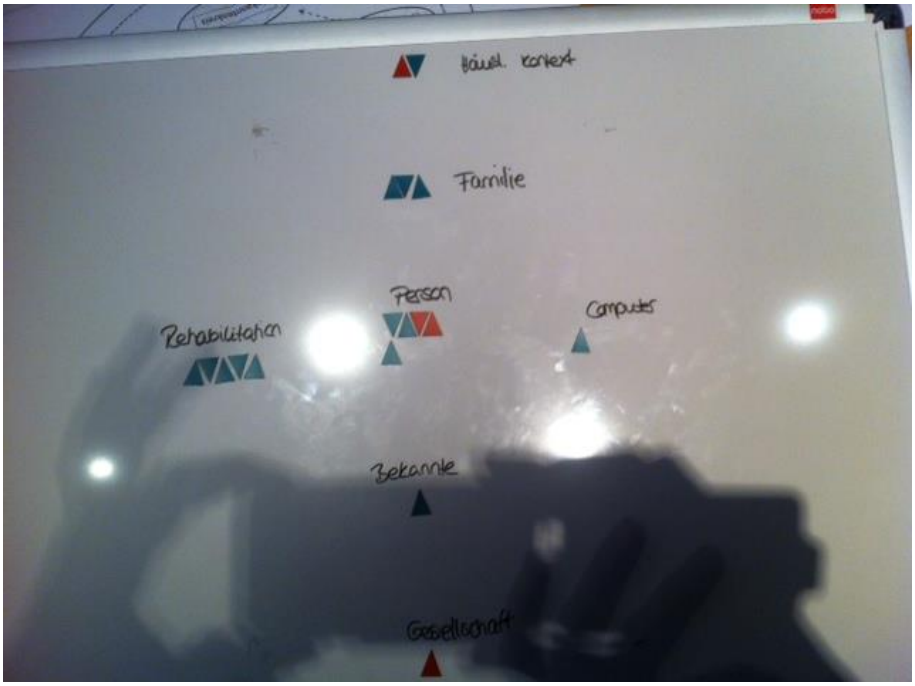


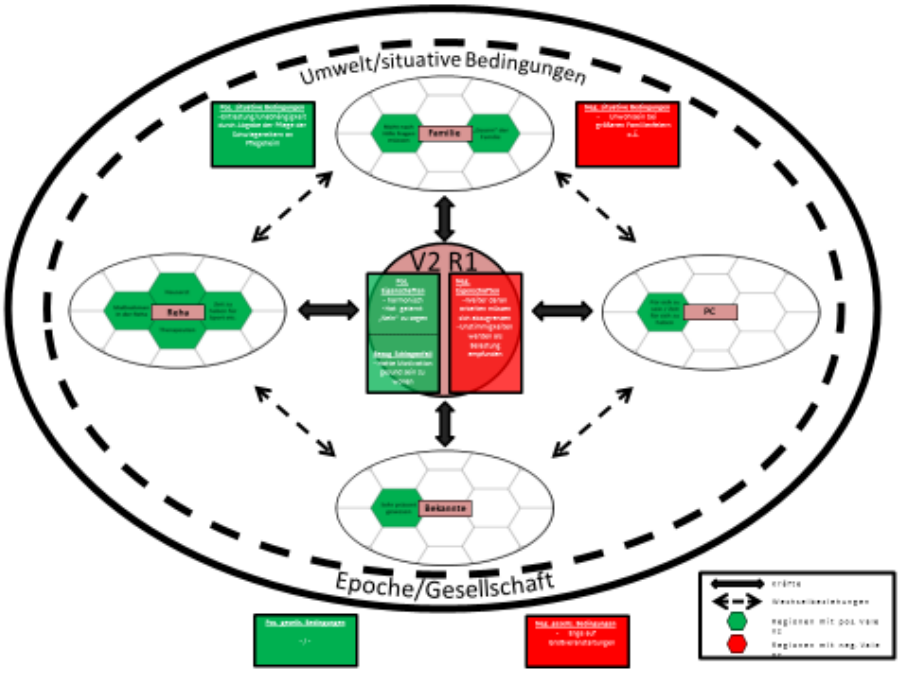
Anhang 28: Person-Umfeld-Analyse V1 P10 (Fotografie und Modell)



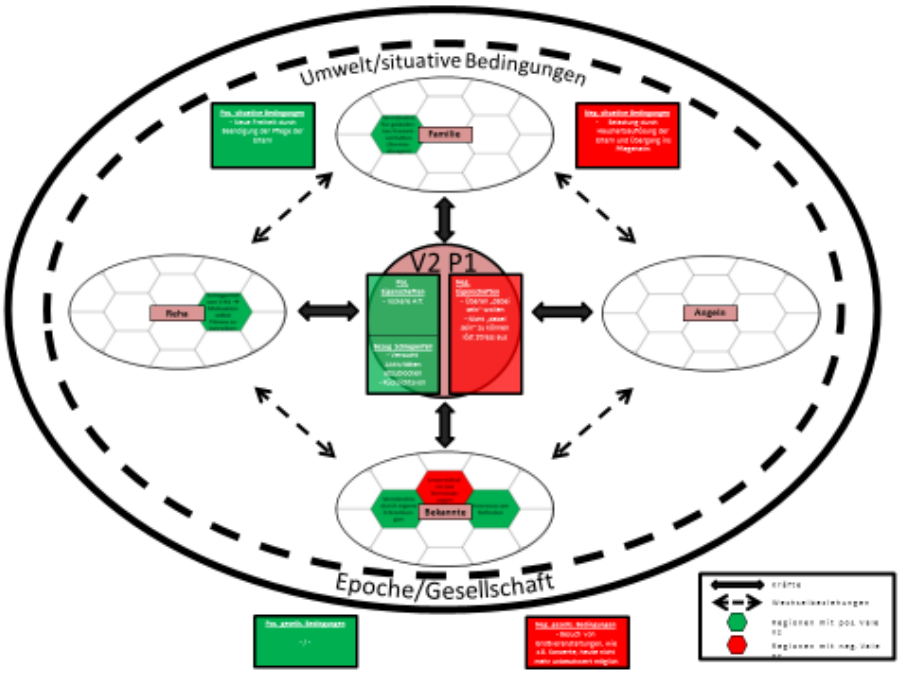


Anhang 29: Person-Umfeld-Analyse V2 R1 (Fotografie und Modell)

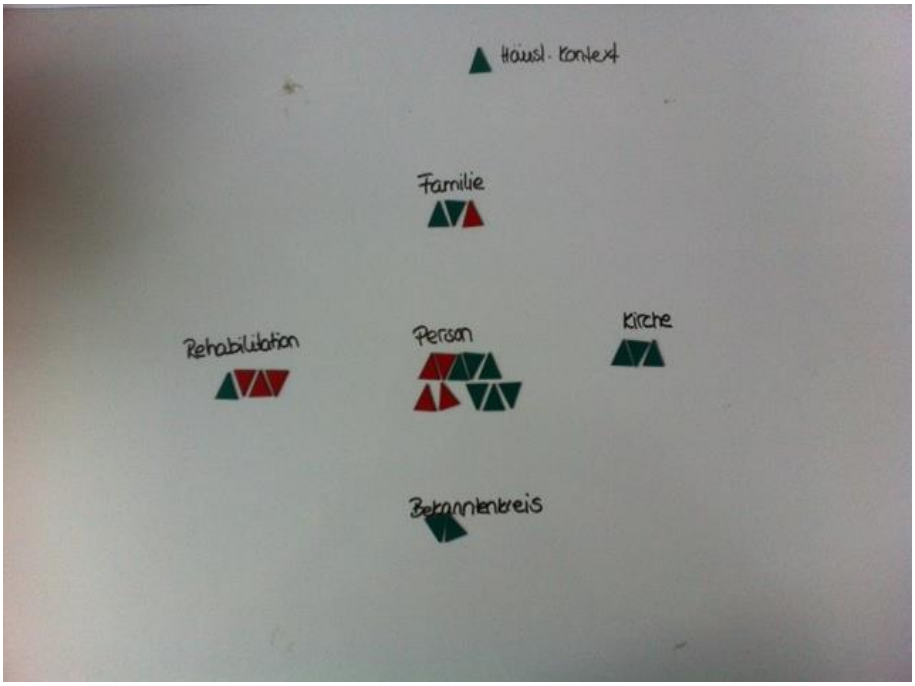


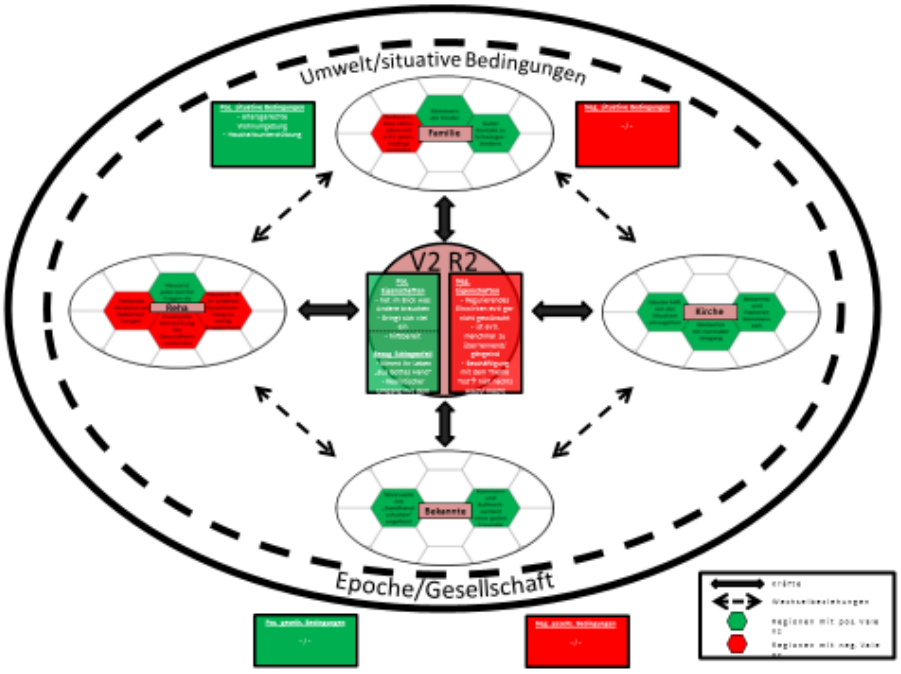


Anhang 30: Person-Umfeld-Analyse V2 P1 (Fotografie und Modell)

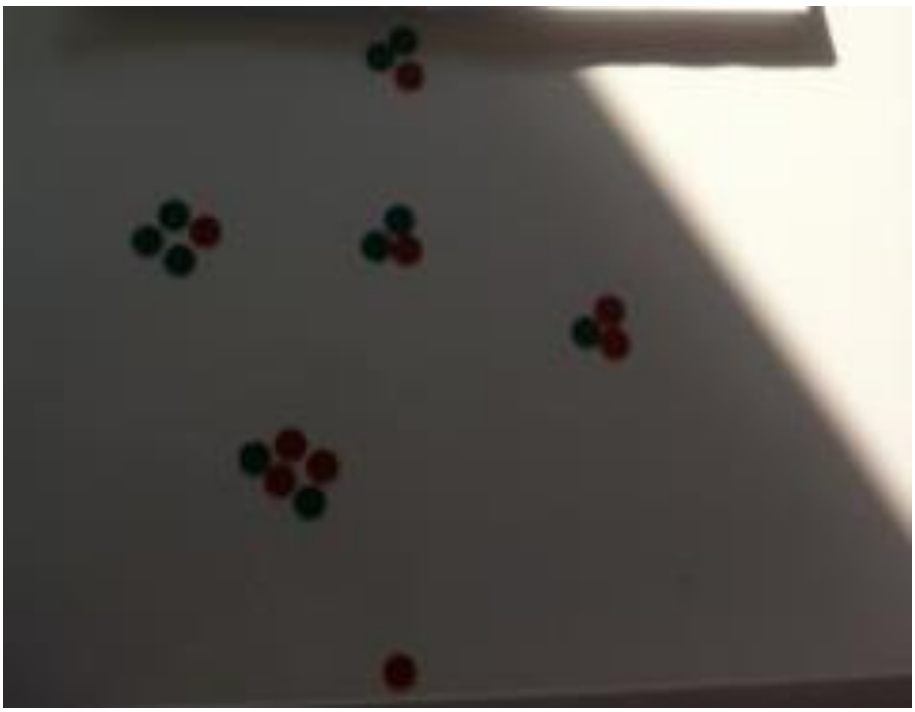


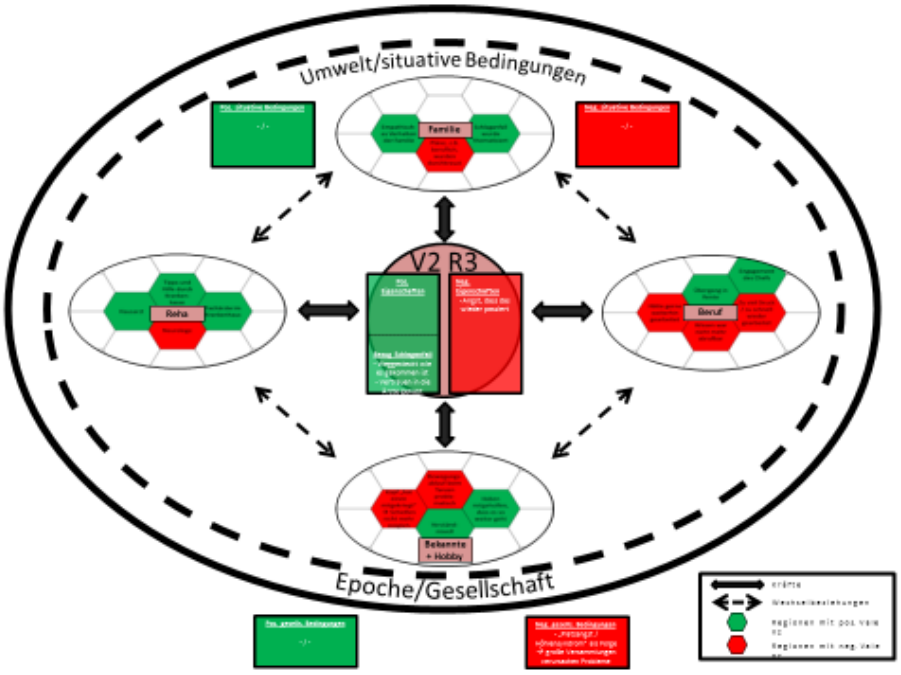
Anhang 31: Person-Umfeld-Analyse V2 R2 (Fotografie und Modell)



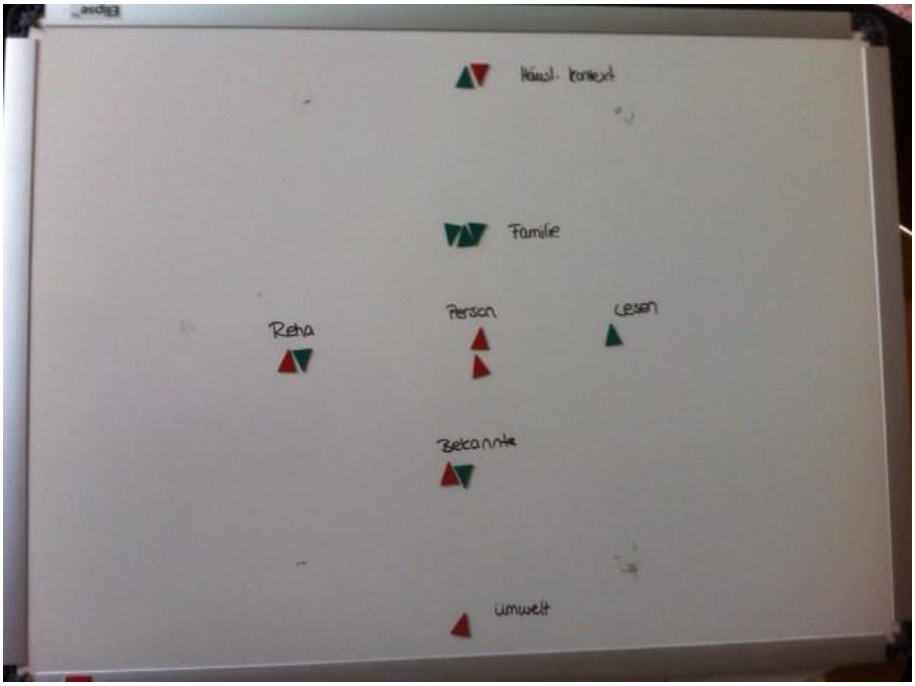


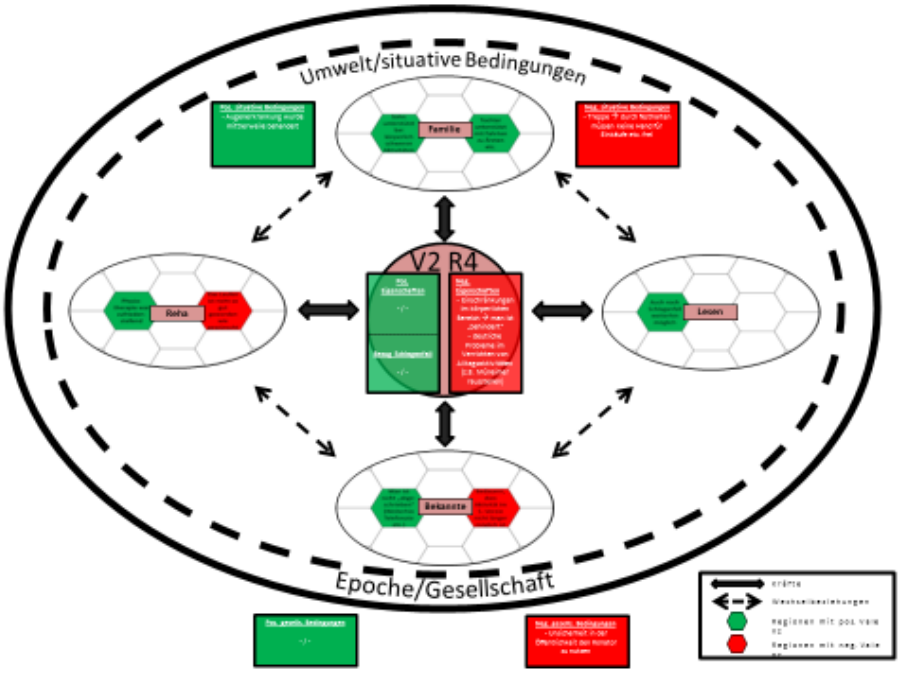
Anhang 32: Person-Umfeld-Analyse V2 R3 (Fotografie und Modell)



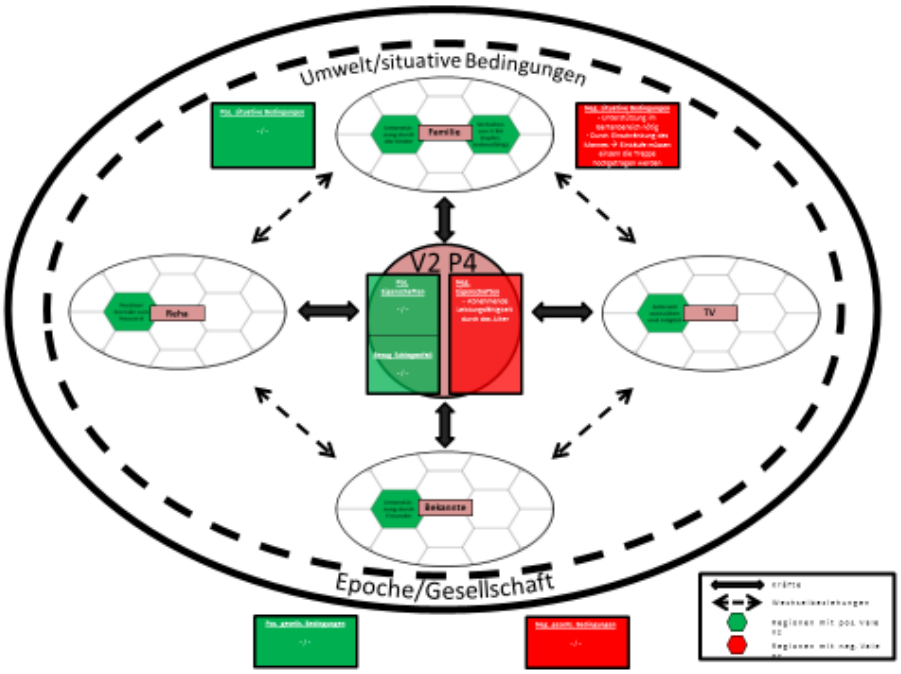


Anhang 33: Person-Umfeld-Analyse V2 R4 (Fotografie und Modell)

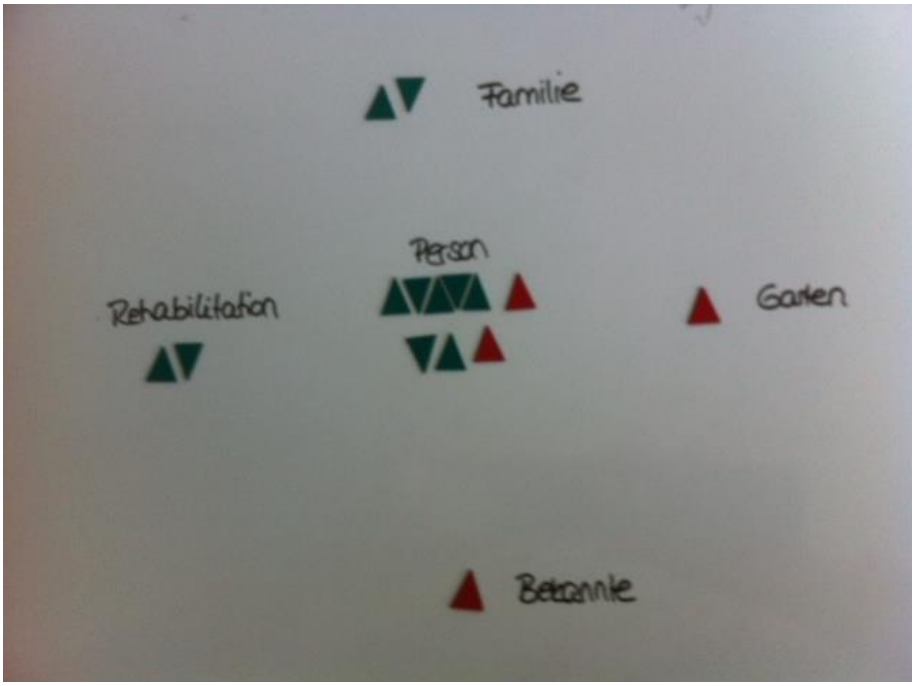


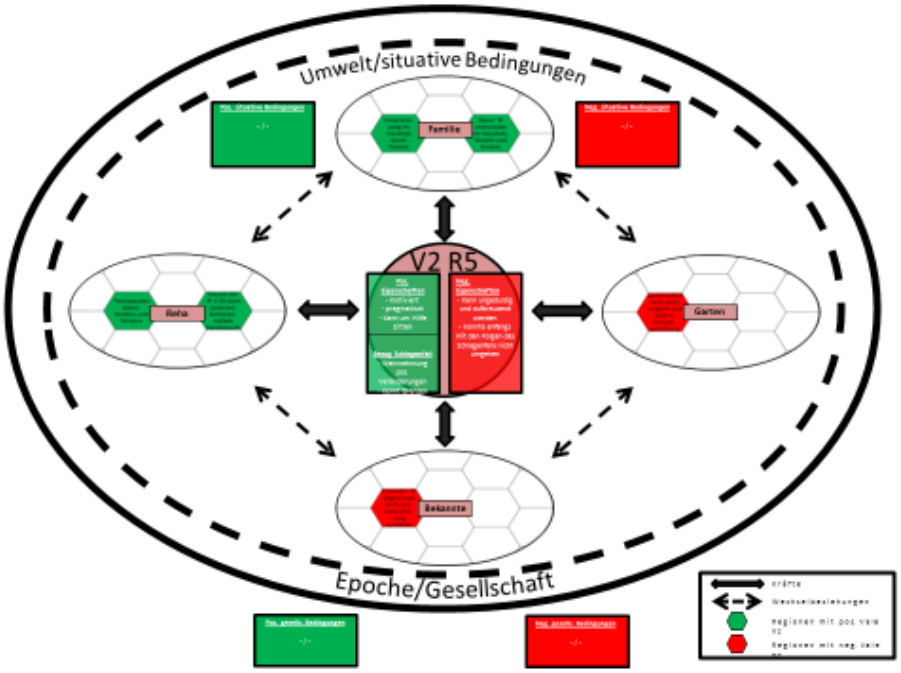


Anhang 34: Person-Umfeld Analyse V2 P4 (Fotografie und Modell)

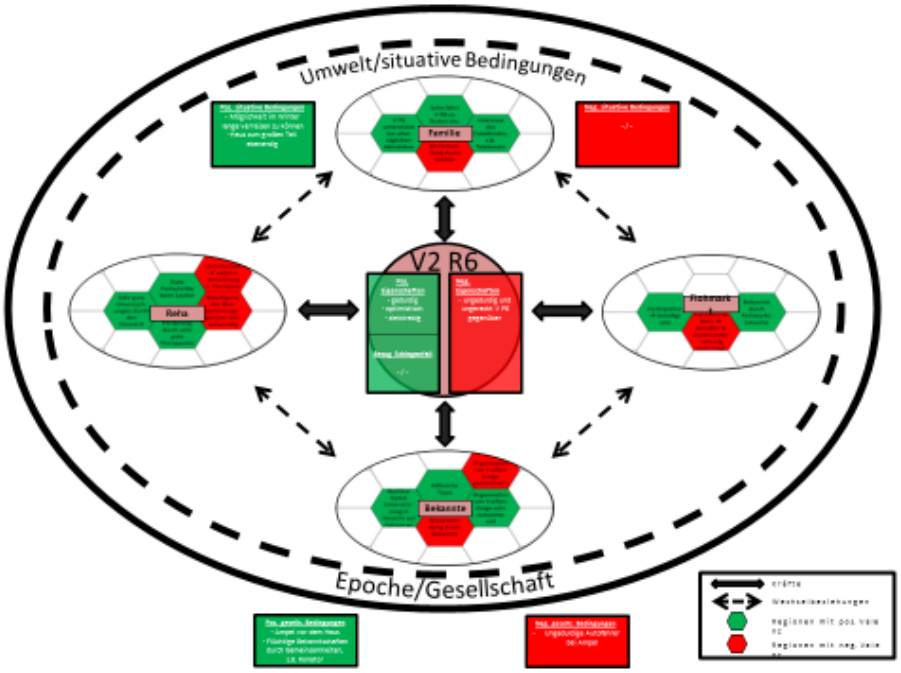


Anhang 35: Person-Umfeld-Analyse V2 R5 (Fotografie und Modell)

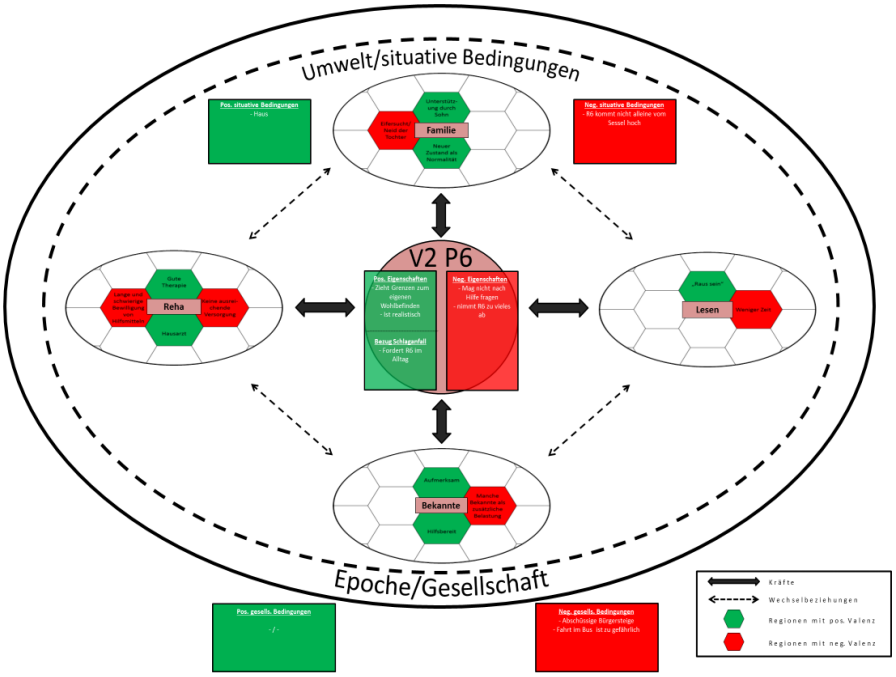




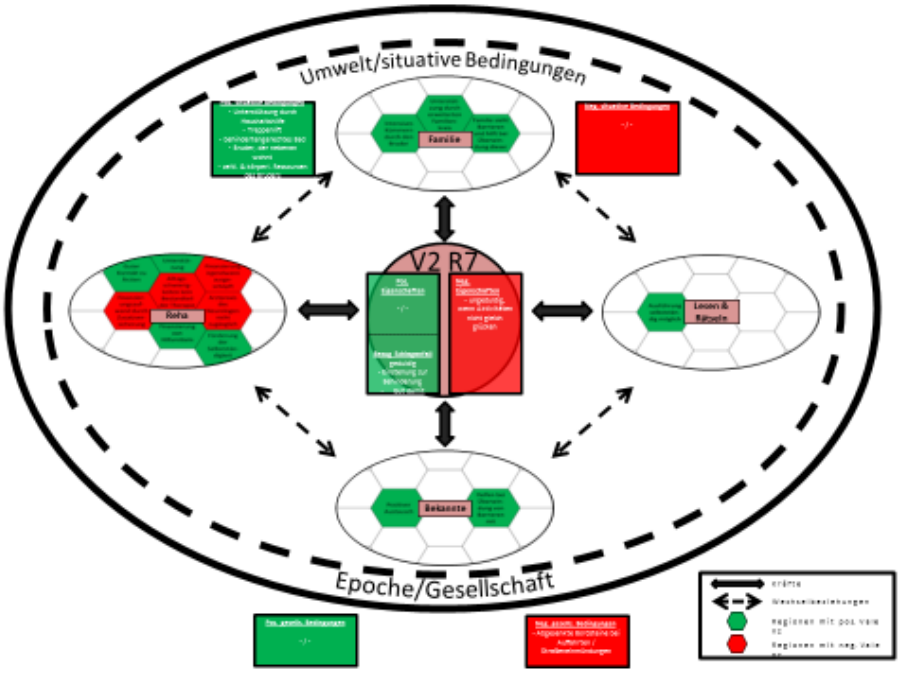
Anhang 36: Person-Umfeld-Analyse V2 R6 (Fotografie und Modell)



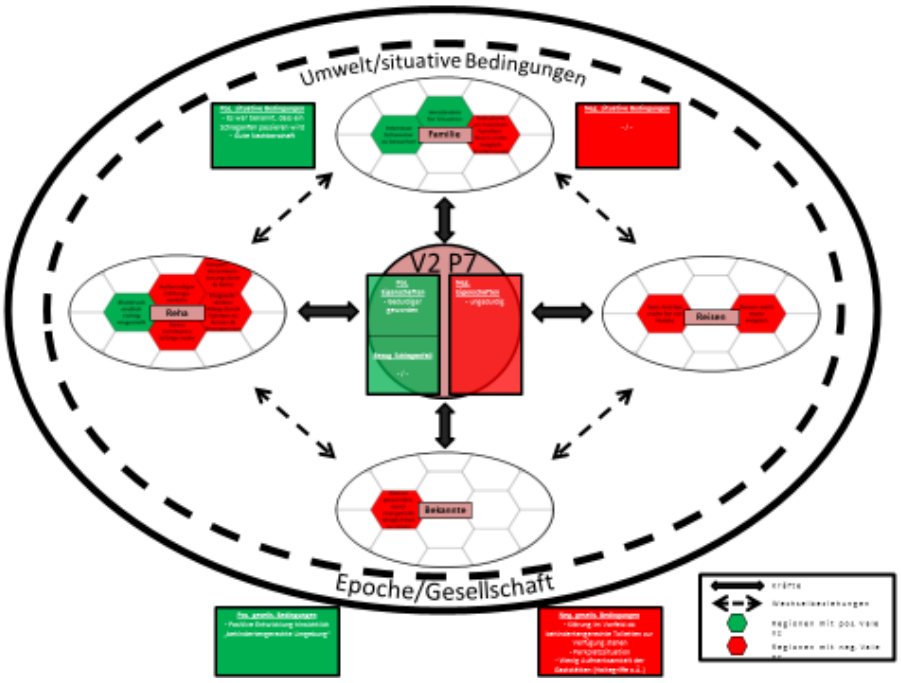
Anhang 37: Person-Umfeld-Analyse V2 P6 (Fotografie und Modell)



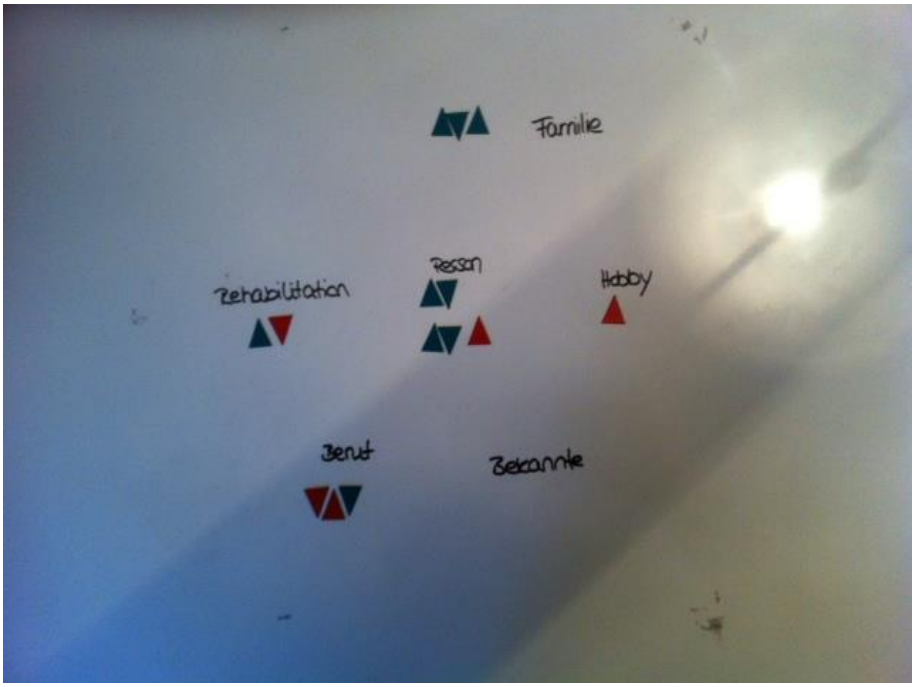
Anhang 38: Person-Umfeld-Analyse V2 R7 (Fotografie und Modell)

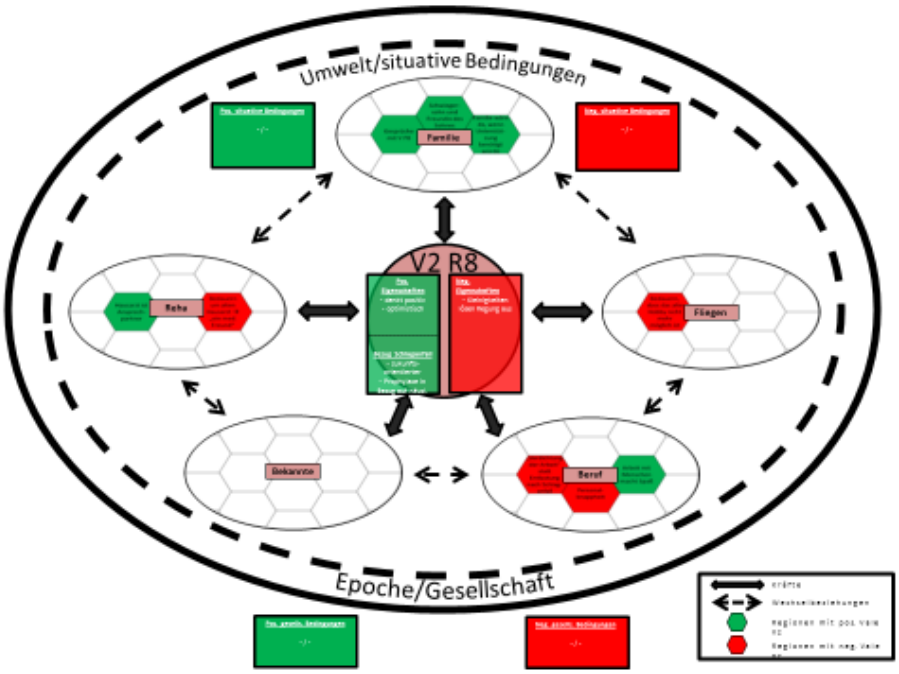


Anhang 39: Person-Umfeld-Analyse V2 P7 (Fotografie und Modell)

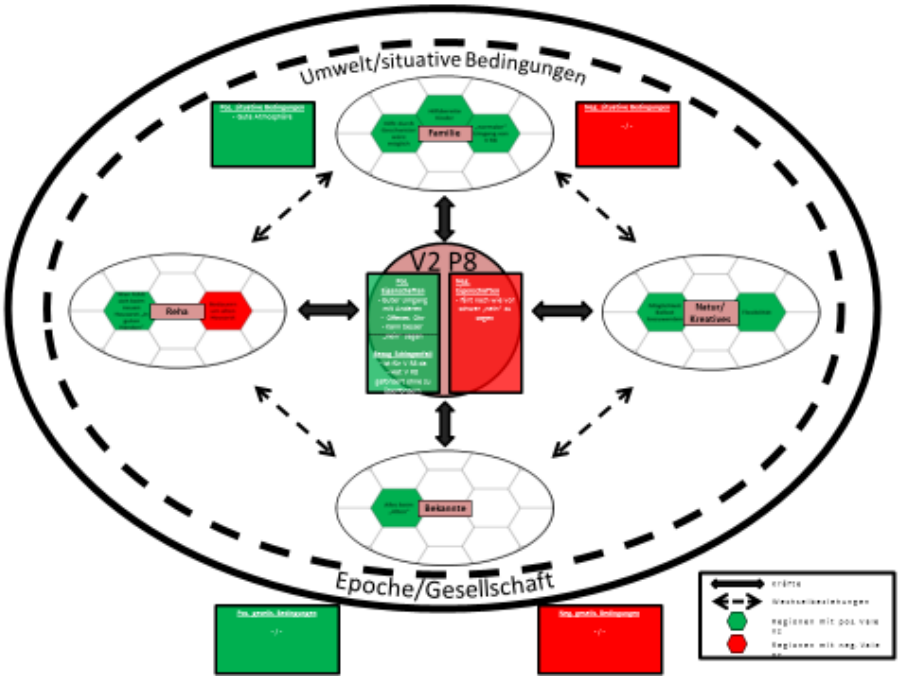


Anhang 40: Person-Umfeld-Analyse V2 R8 (Fotografie und Modell)

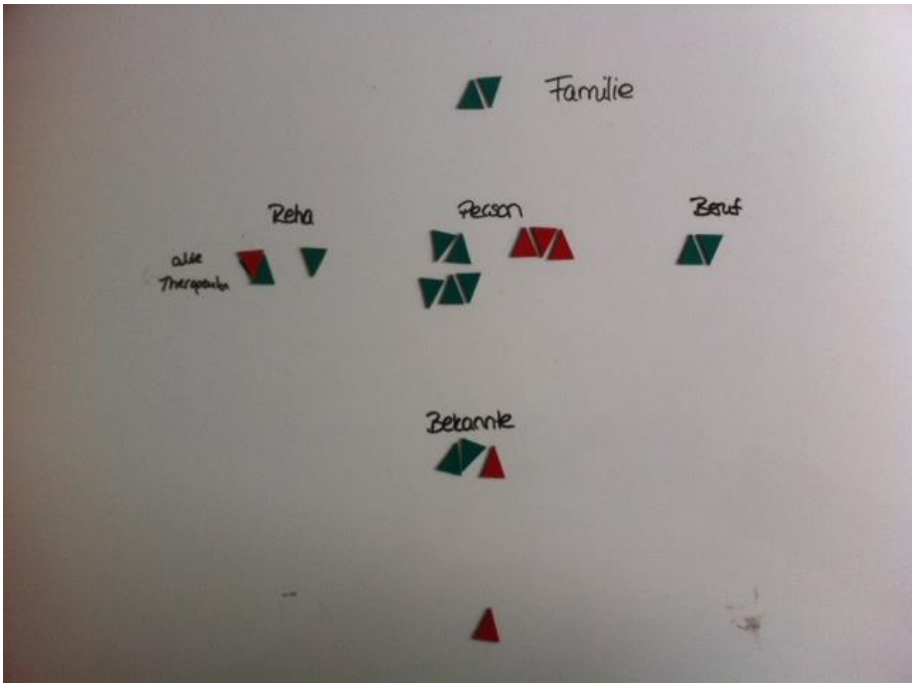


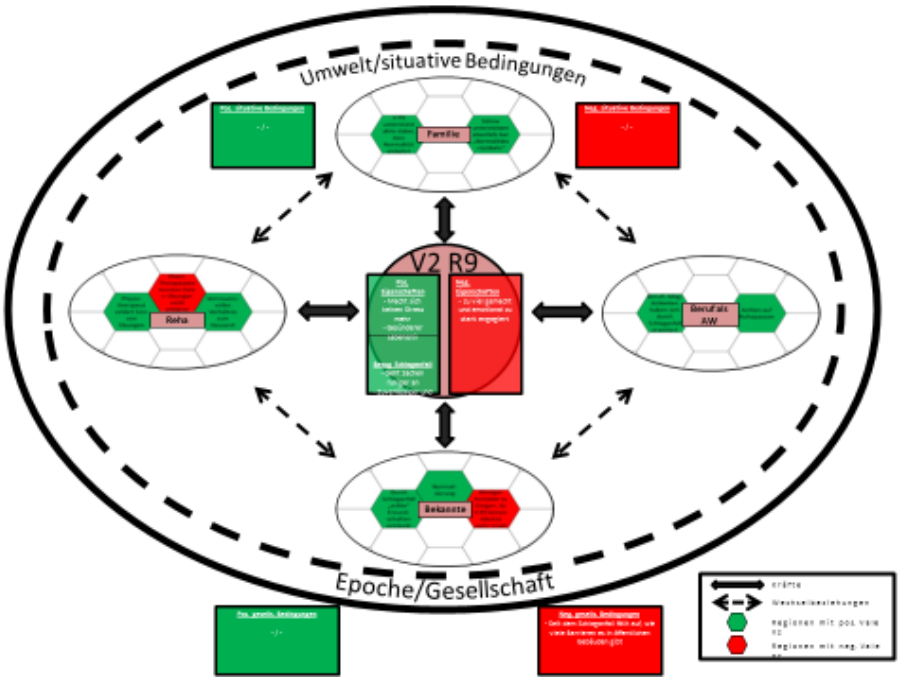


Anhang 41: Person-Umfeld-Analyse V2 P8 (Fotografie und Modell)

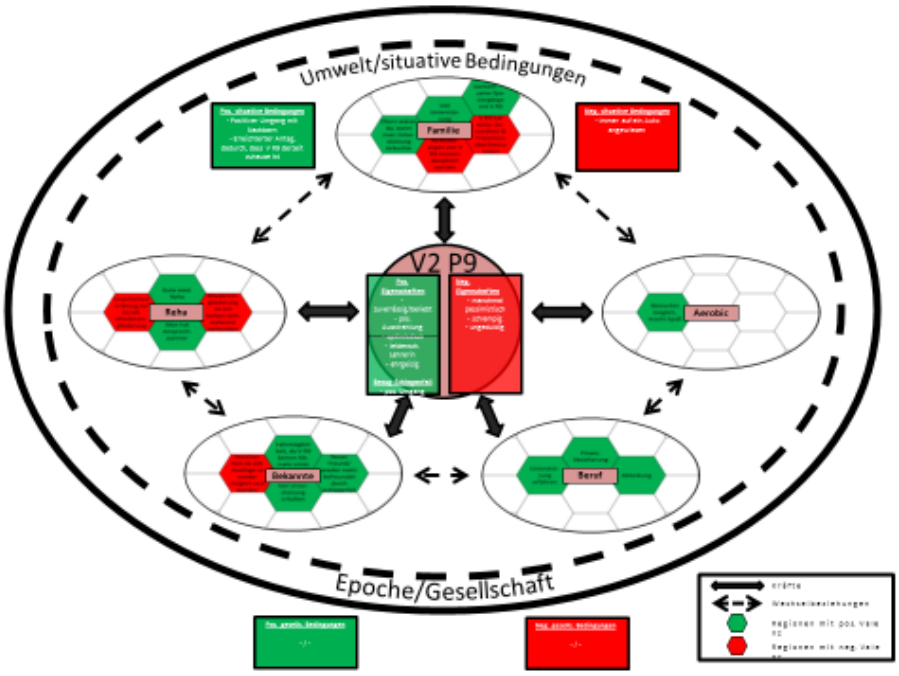


Anhang 42: Person-Umfeld-Analyse V2 R9 (Fotografie und Modell)

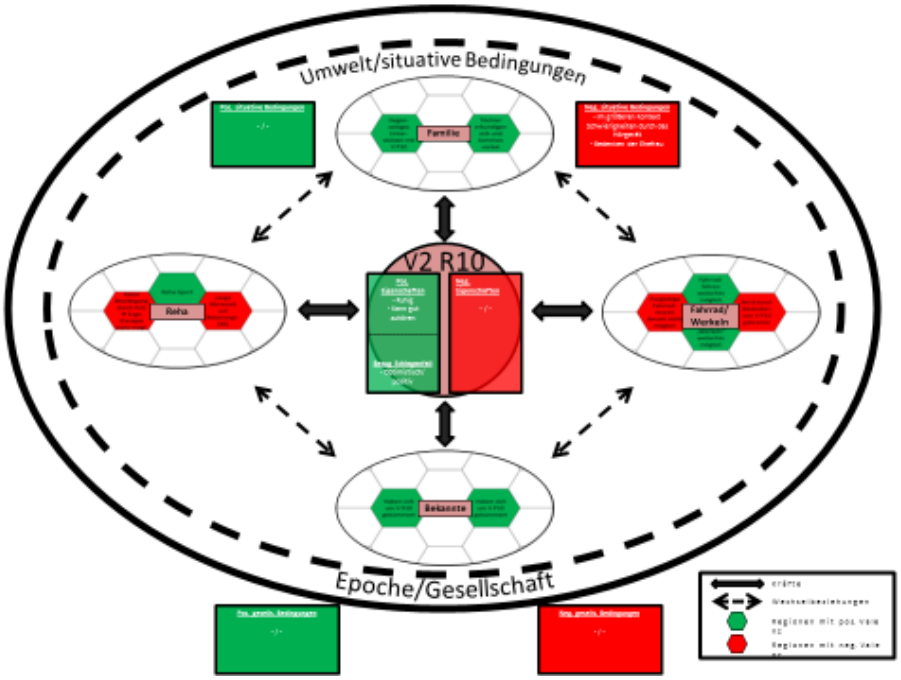




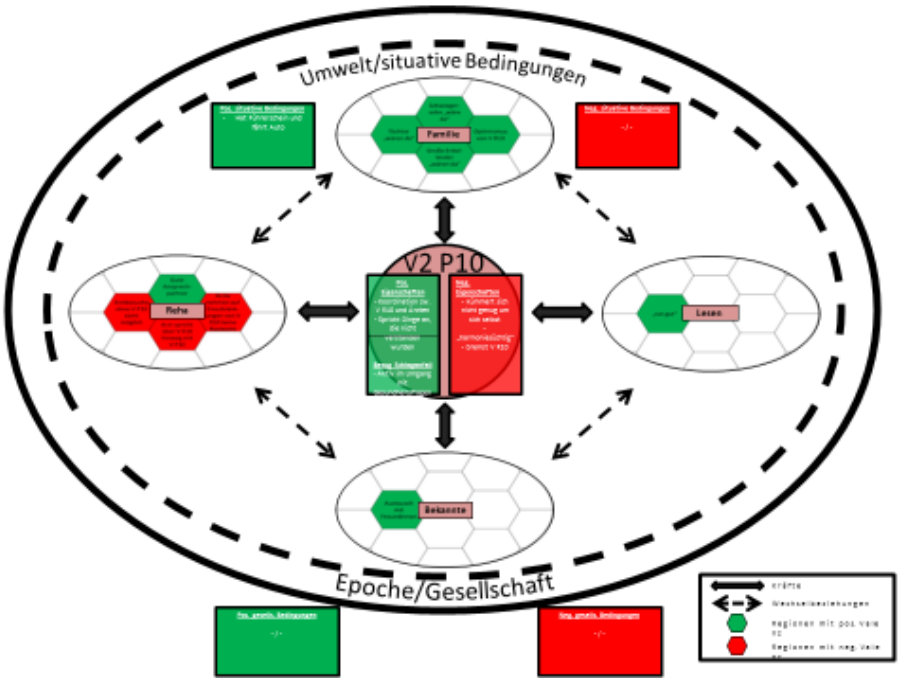
Anhang 43: Person-Umfeld-Analyse V2 P9 (Fotografie und Modell)



Anhang 44: Person-Umfeld-Analyse V2 R10 (Fotografie und Modell)



Anhang 45: Person-Umfeld-Analyse V2 P10 (Fotografie und Modell)



Anhang 46: Kategoriensystem Vollerhebung 1 Rehabilitanden

Fallbeschreibung	
	Geschlecht
	Alter
	Nationalität
	Beruf
	Interessen
	Lebenszufriedenheit vor dem Schlaganfall
	Lebenszufriedenheit nach dem Schlaganfall
	Gründe für die veränderte Lebenszufriedenheit
	Alter des Partners
	Berufstätigkeit des Partners
	Beeinträchtigungen des Partners
	Dauer des stationären Aufenthalts
	Therapien
	Medikation
	Arztbesuche
	Gesundheitliche Probleme vor dem Schlaganfall
	Einschränkungen der Körperfunktionen
	Einschränkungen der Aktivität
	Einschränkungen der Partizipation
	Einschränkungen des Gedächtnis
	Einschränkungen der Sprache
	Psychische Veränderungen
	Wahrgenommene Belastung durch die Einschränkungen
	Ehejahre
	Kinder
Das Leben seit dem Schlaganfall	
	Gedankliche Auseinandersetzung mit der Erkrankung
	Ursachenzuschreibungen für den Schlaganfall
	Eigene Aussagen und Aussagen Anderer zum Schlaganfall
	Verändertes Bewusstsein seit dem Schlaganfall
	Veränderung des Gesundheitsverhaltens
	Wahrnehmen positiver Aspekte
	Zukunftssorgen und Zukunftsfragen
	Hoffnungen und Wünsche
Die Partnerschaft	
	Unterschiedlicher Umgang mit Situationen
	Gemeinsame Interessen und Aktivitäten

	Förderung durch den Partner
	Entstandene Belastung für den Partner
	Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens
	Veränderung und Verzicht gemeinsamer Freizeitaktivitäten
Förderfaktoren der Person	
	Arrangieren mit veränderten Gegebenheiten
	Selbstständiges Informieren und Vertreten eigener Belange
	Wahrnehmen positiver Faktoren
	Engagement und Zielstrebigkeit
	Positive Grundeinstellung
	Innere Ruhe und Gelassenheit
	Wahrnehmen von Erholungsbedarf und eigener Grenzen
	Positive Selbstwahrnehmung
	Auseinandersetzung mit Zukunftsthemen
	Kontaktfähigkeit und Organisationsfähigkeit
Barrieren der Person	
	Mangelnde Abgrenzungsfähigkeit
	Schwierigkeit mit der Inanspruchnahme von Unterstützung
	Verbergen des eigenen Befindens
	Ungeduldiges und aufbrausendes Verhalten
	Negative Selbstwahrnehmung
	Fehlende Zielstrebigkeit
	Sorgen und Gedankenmachen
	Geringe Anpassungsbereitschaft
	Pessimistische Herangehensweise an Herausforderungen
	Fehlende Durchsetzungsfähigkeit
Förderfaktoren Familie	
	Uneingeschränktes Wahrnehmen und Anbieten von Unterstützung
	Unterstützung von Normalität und Selbstbestimmung
	Einbezug durch Besuche
	Fürsorge und Mitgefühl
	Akzeptanz und Zuspruch
	Harmonischer Zusammenhalt
	Partner als Koordinator von Besuchen und Telefonaten
Barrieren Familie	
	Räumliche Distanz zu Familienmitgliedern
	Unvollendete Krankheitsbewältigung von Angehörigen
	Bevormundung
	Überfürsorge

Förderfaktoren Bekanntenkreis	
	Gefühl von "nichts hat sich geändert"
	Rücksichtnahme
	Erkrankung als Anlass für Kontaktaufnahme
	Hilfestellungen und Unterstützung
	Zuspruch
Barrieren Bekanntenkreis	
	Unangemessene/Oberflächliche Reaktionen
	Kontaktabnahme
	Fehlende Unterstützung
	Überfürsorge
	Freizeitstress
Förderfaktoren Rehabilitation	
	Verfügbare und motivierende Ansprechpartner
	Schnelle und unkomplizierte Hilfsmittelversorgung
	Alltagsorientierte Therapie
	Schnelle und sorgsame Versorgung
	Prämorbide Krankheitsbewältigung
	Patientenorientierung
	Gelungene Versorgungskette
	Vertrauen zum Hausarzt
	Fürsorge, Kompetenz und Freundlichkeit der Ärzte, Pfleger und Therapeuten
Barrieren Rehabilitation	
	Unzureichende Beratung hinsichtl. weiterführender Versorgungsmöglichkeiten
	Ungenügende Symptom-und Ursachenbehandlung
	Versorgungsbrüche und Schnittstellenproblematik
	Einsetzender Pessimismus
	Fehlen langfristiger Ansprechpartner
	Fehlen einer psychosozialen Beratung für Rehabilitanden und Angehörige
	Verändertes Rollenverständnis von Hausärzten
	Unzureichende Patientenorientierung
	Unsicherheit bezüglich beruflicher Rehabilitation
	Standards in der Versorgungsleistung
	Spätes/Falsches Wahrnehmen von Symptomen

Förderfaktoren Alternativer Wirkungsraum	
	Eigenständige und uneingeschränkte Handhabe Erhöhte zeitliche Ressourcen Motivationsantrieb Rückzugsmöglichkeit
Barrieren Alternativer Wirkungsraum	
	Einschränkte Handhabe aufgrund von Beeinträchtigungen
Förderfaktoren Beruf	
	Neue berufliche Perspektiven Kooperatives und wertschätzendes Miteinander Unabhängigkeit
Barrieren Beruf	
	Stresspotential Empfundene Dringlichkeit eines schnellen Wiedereinstiegs Einschränkungen durch anhaltende Beeinträchtigungen Fehlende Unterstützung beim Wiedereinstieg Vermissen des kollegialen Austauschs
Förderfaktoren Situative Bedingungen	
	Unabhängigkeit Haushaltshilfe Finanzielle Absicherung Barrierefreies Wohnumfeld Herausforderungen durch ländliche Gegebenheiten Zusammenhalt der Nachbarschaft Verfügbare Hilfsmittel Gute Versorgungssituation in der Stadt Positive Krankheitsbewältigung
Barrieren Situative Bedingungen	
	Einschränkung der Aktivität durch Barrieren im Wohnumfeld Eingeschränkte Verfügbarkeit des Partners im Alltag
Förderfaktoren Gesellschaft	
	Hilfsbereitschaft unbeteiligter Personen Barrierefreiheit in öffentlichen Gebäuden Akzeptanz
Barrieren Gesellschaft	
	Unwohlsein in Menschenmengen Barrieren in privaten Räumlichkeiten

	Unsicheres Verhalten unbeteiligter Personen Mangelnde Sensibilität und Rücksichtnahme
Aussagen zur Erhebung/zur Interviewerin	

Anhang 47: Kategoriensystem Vollerhebung 1 Partner

Fallbeschreibung	
	Geschlecht
	Alter
	Nationalität
	Gesundheitliche Einschränkungen
	Beruf
	Interessen
	Lebenszufriedenheit vor dem Schlaganfall
	Lebenszufriedenheit nach dem Schlaganfall
	Gründe für die veränderte Lebenszufriedenheit
	Alter des Partners
	Berufstätigkeit des Partners
	Dauer des stationären Aufenthalts
	Therapien
	Medikation des Partners
	Arztbesuche
	Gesundheitliche Probleme vor dem Schlaganfall
	Einschränkungen der Körperfunktionen
	Einschränkungen der Aktivität
	Einschränkungen der Partizipation
	Einschränkungen des Gedächtnis
	Einschränkungen der Sprache
	Psychische Veränderungen des Partners
	Wahrgenommene Belastung durch die Einschränkungen
	Ehejahre
	Kinder
Das Leben seit dem Schlaganfall	
	Gedankliche Auseinandersetzung mit der Erkrankung
	Ursachenzuschreibungen für den Schlaganfall
	Eigene Aussagen und Aussagen Anderer zum Schlaganfall
	Entstandene Belastungen
	Veränderung der Tagesstruktur
	Verzicht auf Aktivitäten
	Verändertes Bewusstsein seit dem Schlaganfall
	Veränderung des Gesundheitsverhaltens
	Wahrnehmen positiver Aspekte
	Zukunftssorgen und Zukunftsfragen
	Hoffnungen und Wünsche

Die Partnerschaft	
	Unterschiedlicher Umgang mit Situationen
	Gemeinsame Interessen und Aktivitäten
	Übernahme von Aufgaben und Verantwortlichkeiten
	Veränderung gemeinsamer Freizeitaktivitäten
	Förderung und Unterstützung im Alltag
	Wertschätzung des Partners
	Wechselseitiges Wohlbefinden
	Aktive Gestaltung positiver Unternehmungen
	Notwendigkeit einer angemessenen Aufgabenverteilung
	Veränderte Kommunikation
	Unsicherheit im Hinblick auf den Partner
Förderfaktoren der Person	
	Arrangieren mit veränderten Gegebenheiten
	Selbstbewusstes Vertreten eigener Belange
	Ausblenden negativer Erfahrungen
	Positive Grundeinstellung
	Gelassenheit und Sachlichkeit
	Wahrnehmen von Erholungsbedarf
	Aktive Beseitigung von Problemen
	Positive Selbstwahrnehmung
	Auseinandersetzung mit Zukunftsthemen
	Kontaktfähigkeit
	Zufriedenheit
	Positive Gestaltung der Umwelt
	Eigene Krankheitserfahrungen
Barrieren der Person	
	Mangelnde Abgrenzungsfähigkeit
	Schwierigkeit mit der Inanspruchnahme von Unterstützung
	Verbergen des eigenen Befindens
	Ungeduldiges und ungerechtes Verhalten
	Nachtragendes Verhalten
	Pessimistische Herangehensweise an Herausforderungen
	Ignorieren von Erholungsbedarf
Förderfaktoren Familie	
	Uneingeschränktes Wahrnehmen und Anbieten von Unterstützung
	Einbezug durch Besuche
	Verlässlichkeit und Fürsorge
	Harmonischer Zusammenhalt

	Rücksichtnahme und empathisches Verhalten
Barrieren Familie	
	Unvollendete Krankheitsbewältigung von Angehörigen
	Wenig Entlastung durch weitere Familienmitglieder
Förderfaktoren Bekanntenkreis	
	Rücksichtnahme und Mitgefühl
	Herausstellen wahrer Freundschaften
	Anbieten von Unterstützung
	Dauerhaftes Interesse am Wohlbefinden
	Einbezug durch Besuche
Barrieren Bekanntenkreis	
	Unangemessene/Oberflächliche Reaktionen
	Kontaktabnahme
	Freizeitstress
	Ausgeprägteres Empfinden von Normalität
Förderfaktoren Rehabilitation	
	Verfügbare und beruhigend wirkende Ansprechpartner
	Alltagsorientierte Therapie
	Schnelle und sorgsame Versorgung
	Prämorbide Krankheitsbewältigung
	Gelingende Versorgungsleistungen
	Rehabilitationserfolge
	Wohlbefinden durch Atmosphäre und Wohnortnähe
	Einbindung in den Versorgungsprozess
Barrieren Rehabilitation	
	Unzureichende Beratung hinsichtlich weiterführender Versorgungsmöglichkeiten
	Ungenügende Symptom-und Ursachenbehandlung
	Versorgungsbrüche und Schnittstellenproblematik
	Einsetzender Pessimismus
	Verändertes Rollenverständnis von Hausärzten
	Unzureichende Patientenorientierung
	Unsicherheit durch unzureichende Aufklärung
	Schwierigkeiten im Hilfsmittelgebrauch
	Fehlende Einbindung in den Versorgungsprozess
	Stagnation und Rückschritte

Förderfaktoren Alternativer Wirkungsraum	
	Gefühl von Selbstwirksamkeit
	Auszeit und Erholung
Barrieren Alternativer Wirkungsraum	
	Einschränkungen aus Rücksichtnahme
	Weniger Zeitreserven
Förderfaktoren Beruf	
	Flexible Arbeitszeiten
	Auszeit und Ablenkung
	Freude am Arbeitsleben
	Verständnis und Unterstützung durch Kollegen
Barrieren Beruf	
	Zeitliche Belastung
Förderfaktoren Situative Bedingungen	
	Finanzielle Absicherung
	Wohnraumbarrieren als Motivationsantrieb
	Hilfsbereite Nachbarschaft
	Wohnortnähe zu Bezugsräumen und Bezugspersonen
Barrieren Situative Bedingungen	
	Weite Distanzen zu Versorgungsdienstleistern
Förderfaktoren Gesellschaft	
	Positive Reaktionen und Akzeptanz
	Barrierefreiheit in öffentlichen Gebäuden
Barrieren Gesellschaft	
	Unwohlsein in Menschenmengen
	Fehlendes Bewusstsein für Barrieren
	Mangelnde Sensibilität und Rücksichtnahme
	Barrieren durch abschüssige Bürgersteige und Stufen
Aussagen zur Erhebung/zur Interviewerin	

Anhang 48: Kategoriensystem Vollerhebung 2 Rehabilitanden

Fallbeschreibung	
	Geschlecht
	Alter
	Nationalität
	Beruf
	Interessen
	Lebenszufriedenheit vor dem Schlaganfall
	Lebenszufriedenheit nach dem Schlaganfall
	Gründe für die veränderte Lebenszufriedenheit
	Alter des Partners
	Berufstätigkeit des Partners
	Beeinträchtigungen des Partners
	Dauer des stationären Aufenthalts
	Therapien
	Medikation
	Arztbesuche
	Gesundheitliche Probleme vor dem Schlaganfall
	Einschränkungen der Körperfunktionen
	Einschränkungen der Aktivität
	Einschränkungen der Partizipation
	Einschränkungen des Gedächtnis
	Psychische Veränderungen
	Wahrgenommene Belastung durch die Einschränkungen
	Ehejahre
	Kinder
Das Leben seit dem Schlaganfall	
	Wahrgenommene Stärke des Schlaganfalls
	Gedankliche Auseinandersetzung mit der Erkrankung
	Ursachenzuschreibungen für den Schlaganfall
	Eigene Aussagen und Aussagen Anderer zum Schlaganfall
	Veränderung der Tagesstruktur
	Verändertes Bewusstsein seit dem Schlaganfall
	Veränderung des Gesundheitsverhaltens
	Wahrnehmen positiver Aspekte
	Einkehr von Normalität
	Zukunftssorgen und Zukunftsfragen
	Hoffnungen und Wünsche
	Einschätzung des Rehabilitationsverlaufs

	Bedeutung des Partners im Rehabilitationsverlauf
	Bedeutung des Partners mit einem Wort
	Erklärungen für Veränderungen von t1 zu t2
Die Partnerschaft	
	Unterschiedlicher Umgang mit Situationen
	Gemeinsame Interessen und Aktivitäten
	Übernahme von Aufgaben und Verantwortlichkeiten
	Förderung durch den Partner
	Eingeschränkte Förderung aufgrund eigener Belastungen
	Entstandene Belastung für den Partner
Förderfaktoren der Person	
	Arrangieren mit veränderten Gegebenheiten
	Selbstständiges Informieren und Vertreten eigener Belange
	Wahrnehmen positiver Faktoren
	Engagement und Zielstrebigkeit
	Positive Grundeinstellung
	Innere Ruhe und Gelassenheit
	Wahrnehmen eigener Grenzen
	Positive Selbstwahrnehmung
	Auseinandersetzung mit Zukunftsthemen
	Ausblenden negativer Erfahrungen
Barrieren der Person	
	Mangelnde Abgrenzungsfähigkeit
	Schwierigkeit mit der Inanspruchnahme von Unterstützung
	Verbergen des eigenen Befindens
	Ungeduldiges und aufbrausendes Verhalten
	Negative Selbstwahrnehmung
	Ignorieren von Erholungsbedarf
Förderfaktoren Familie	
	Uneingeschränktes Wahrnehmen und Anbieten von Unterstützung
	Unterstützung von Normalität und Selbstständigkeit
	Einbezug durch Telefonate
	Gespräche und Mitgefühl
	Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens
Barrieren Familie	

	Räumliche Distanz zu Familienmitgliedern
	Unvollendete Krankheitsbewältigung von Angehörigen
	Bevormundung
Förderfaktoren Bekanntenkreis	
	Unterstützung von Normalität
	Rücksichtnahme
	Herausstellen wahrer Freundschaften
	Hilfestellungen und Unterstützung
	Einbezug durch Telefonate und Einladungen
Barrieren Bekanntenkreis	
	Oberflächliche Reaktionen
	Kontaktabnahme
	Fehlende Rücksichtnahme
	Bevormundung
	Eigene altersbedingte Einschränkungen
Förderfaktoren Rehabilitation	
	Verfügbare und motivierende Ansprechpartner
	Schnelle und unkomplizierte Hilfsmittelversorgung
	Alltagsorientierte Therapie
	Schnelle und sorgsame Versorgung
	Fortschritte und Rehabilitationserfolge
	Intensive Rehabilitation
Barrieren Rehabilitation	
	Unzureichende Beratung hinsichtl. weiterführender Versorgungsmöglichkeiten
	Ungenügende Symptom-und Ursachenbehandlung
	Versorgungsbrüche und Schnittstellenproblematik
	Einsetzender Pessimismus
	Fehlen langfristiger Ansprechpartner
	Fehlen einer psychosozialen Beratung für Rehabilitanden. u. Angehörige
	Verändertes Rollenverständnis von Hausärzten
	Unzureichende Patientenorientierung
	Unwissenheit durch Informationsverluste und fehlende Aufklärung
	Stagnation und Rückschritte
	Unzureichende Alltagsorientierung in Therapien

Förderfaktoren Alternativer Wirkungsraum	
	Eigenständige Handhabe Auszeit Unterstützung im Verarbeitungsprozess
Barrieren Alternativer Wirkungsraum	
	Eingeschränkte Handhabe aufgrund von Beeinträchtigungen Eingeschränkte Zeit- und Energiereserven
Förderfaktoren Beruf	
	Neue berufliche Perspektiven Freude am Austausch
Barrieren Beruf	
	Stresspotential Empfundene Dringlichkeit eines schnellen Wiedereinstiegs Vorzeitiger Ruhestand aufgrund anhaltender Beeinträchtigungen
Förderfaktoren Situative Bedingungen	
	Unabhängigkeit Haushaltshilfe Finanzielle Absicherung Barrierefreies Wohnumfeld
Barrieren Situative Bedingungen	
	Einschränkung der Aktivität durch Barrieren im Wohnumfeld Fehlende Unabhängigkeit durch Fahrängstlichkeit des Partners
Förderfaktoren Gesellschaft	
	Hilfsbereitschaft unbeteiligter Personen Hilfsmittel im Straßenverkehr
Barrieren Gesellschaft	
	Unwohlsein in Menschenmengen Fehlendes Bewusstsein für Barrieren Abschüssige und unebene Bürgersteige
Aussagen zur Erhebung/zur Interviewerin	

Anhang 49: Kategoriensystem Vollerhebung 2 Partner

Fallbeschreibung	
	Geschlecht
	Alter
	Nationalität
	Gesundheitliche Einschränkungen
	Beruf
	Interessen
	Lebenszufriedenheit vor dem Schlaganfall
	Lebenszufriedenheit nach dem Schlaganfall
	Gründe für die veränderte Lebenszufriedenheit
	Alter des Partners
	Berufstätigkeit des Partners
	Dauer des stationären Aufenthalts
	Therapien
	Medikation des Partners
	Arztbesuche
	Gesundheitliche Probleme vor dem Schlaganfall
	Einschränkungen der Körperfunktionen
	Einschränkungen der Aktivität
	Einschränkungen der Partizipation
	Einschränkungen des Gedächtnis
	Wahrgenommene Belastung durch die Einschränkungen
	Ehejahre
	Kinder
Das Leben seit dem Schlaganfall	
	Wahrgenommene Stärke des Schlaganfalls
	Gedankliche Auseinandersetzung mit der Erkrankung
	Ursachenzuschreibungen für den Schlaganfall
	Eigene Aussagen und Aussagen Anderer zum Schlaganfall
	Veränderung der Tagesstruktur
	Verzicht auf Aktivitäten
	Verändertes Bewusstsein seit dem Schlaganfall
	Veränderung des Gesundheitsverhaltens
	Wahrnehmen positiver Aspekte
	Einkehr von Normalität
	Zukunftssorgen und Zukunftsfragen
	Hoffnungen und Wünsche
	Einschätzung des Rehabilitationsverlaufs

	Eigene Bedeutung im Rehabilitationsverlauf
	Eigene Bedeutung im Rehabilitationsverlauf mit einem Wort
	Erklärungen für Veränderungen von t1 zu t2
Die Partnerschaft	
	Unterschiedlicher Umgang mit Situationen
	Gemeinsame Interessen und Aktivitäten
	Übernahme von Aufgaben und Verantwortlichkeiten
	Veränderung gemeinsamer Freizeitaktivitäten
	Ausbremsen
	Förderung und Unterstützung im Alltag
	Unterschätzen von Belastungen
	Wertschätzung des Partners
	Wechselseitiges Wohlbefinden
Förderfaktoren der Person	
	Arrangieren mit veränderten Gegebenheiten
	Selbstbewusstes Vertreten eigener Belange
	Positive Grundeinstellung
	Gelassenheit und Sachlichkeit
	Wahrnehmen von Erholungsbedarf
	Positive Selbstwahrnehmung
	Durchhaltevermögen
	Ausblenden negativer Erfahrungen
Barrieren der Person	
	Mangelnde Abgrenzungsfähigkeit
	Schwierigkeit mit der Inanspruchnahme von Unterstützung
	Verbergen des eigenen Befindens
	Ungeduldiges Verhalten
	Ignorieren von Erholungsbedarf
	Vorbehalte gegenüber Unbekanntem
Förderfaktoren Familie	
	Uneingeschränktes Wahrnehmen und Anbieten von Unterstützung
	Einbezug durch Telefonate und Besuche
	Rücksichtnahme
Barrieren Familie	
	Räumliche Distanz zu Familienmitgliedern
	Ausgeprägteres Empfinden von Normalität

	Missverständnisse
Förderfaktoren Bekanntenkreis	
	Rücksichtnahme und Verständnis
	Unterstützung
	Dauerhaftes Interesse am Wohlbefinden
Barrieren Bekanntenkreis	
	Kontaktabnahme
	Ausgeprägteres Empfinden von Normalität
	Unzureichende Vertrauensbasis
Förderfaktoren Rehabilitation	
	Verfügbare Ansprechpartner
	Alltagsorientierte Therapie
	Sorgsame Versorgung
	Prämorbide Krankheitsbewältigung
	Fortschritte
Barrieren Rehabilitation	
	Ungenügende Symptom- und Ursachenbehandlung
	Versorgungsverzögerungen und Versorgungsbrüche
	Einsetzender Pessimismus
	Verändertes Rollenverständnis von Hausärzten
	Ungewissheit und Zukunftssorgen
	Zeitaufwändiger Zahlungs- und Schriftverkehr
	Informationsverluste
	Mangelndes Einfühlungsvermögen
	Finanzielle Belastung
	Unsicherheiten trotz Hilfsmittelgebrauch
Förderfaktoren Alternativer Wirkungsraum	
	Auszeit und Erholung
Barrieren Alternativer Wirkungsraum	
	Einschränkungen aus Rücksichtnahme
	Weniger Zeit- und Energiereserven
Förderfaktoren Beruf	
	Flexible Arbeitszeiten
	Auszeit und Ablenkung
Barrieren Beruf	
Förderfaktoren Situative Bedingungen	
	Unabhängigkeit
	Finanzielle Absicherung
	Hilfsbereite Nachbarschaft
	Erfahrungen mit Krankheitsbewältigung
Barrieren Situative Bedingungen	
	Barrieren im häuslichen Kontext

	Abhängigkeit von der Unterstützung Anderer
	Weite Distanzen zu Versorgungsdienstleistern
Förderfaktoren Gesellschaft	
	Hilfsbereitschaft unbeteiligter Personen
	Verändertes Bewusstsein für Barrieren
Barrieren Gesellschaft	
	Unwohlsein bei öffentlichen Anlässen
	Fehlendes Bewusstsein für Barrieren
	Abschüssige und unebene Bürgersteige
Aussagen zur Erhebung/zur Interviewerin	

Anhang 50: Leitlinien guter wissenschaftlicher Praxis an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Leitlinien guter wissenschaftlicher Praxis an der Carl von Ossietzky Universität

vom 30.09.2002

Wissenschaftliche Redlichkeit und die Beachtung der Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis sind unverzichtbare Voraussetzungen wissenschaftlichen Arbeitens, das Erkenntnisgewinn und Respekt in der Öffentlichkeit anstrebt. Die im folgenden aufgestellten Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis greifen die Empfehlungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft von 1998 auf. Die Anwendung und Weitergabe der Grundsätze mit ihren teilweise disziplinspezifischen Ausformungen muss im Rahmen von wissenschaftlicher Forschung und Lehre sichergestellt sein.

1. Allgemeine Prinzipien wissenschaftlicher Arbeit

Höchste Priorität in der wissenschaftlichen Arbeit haben Ehrlichkeit und Wahrheit. Eine selbstkritische Einstellung gegenüber den gewonnenen wissenschaftlichen Ergebnissen muss konsequent eingehalten werden. Grundlegend für eine gute wissenschaftliche Praxis ist unter anderem die genaue Beachtung disziplinspezifischer Regeln für die Gewinnung und Auswahl von Quellen und Daten sowie das Arbeiten lege artis.

2. Zusammenarbeit und Leitungsverantwortlichkeit in Arbeitsgruppen, Instituten und sonstigen Forschungsgemeinschaften

Jede Wissenschaftlerin und jeder Wissenschaftler handelt eigenverantwortlich im Rahmen der wissenschaftlichen Arbeit. Wer eine Arbeitsgruppe oder ähnliche Forschungsgemeinschaften leitet, übernimmt die Verantwortung dafür, dass innerhalb der Gruppe die Voraussetzungen zur guten wissenschaftlichen Praxis gegeben sind und die Regeln eingehalten werden. Hierzu bedarf es einer lebendigen Kommunikation in der Gruppe. Bei dieser Kommunikation ist insbesondere die Offenlegung der wissenschaftlichen Quellen und Daten sowie die Mitteilung vorläufiger Aussagen und Schlussfolgerungen wichtig. Sie dienen unabhängig von hierarchischen Kontrollen einer ständigen gruppeninternen Diskussion.

Die wechselseitige Überprüfung von Arbeitsergebnissen innerhalb der Gruppe ist durch die Leiterin oder den Leiter der Gruppe sicherzustellen. Wissenschaftliche Ergebnisse sind bei experimentellem Vorgehen (z. B. in den Naturwissenschaften) durch ihre Reproduzierbarkeit und bei gedanklichem Vorgehen (z. B. in den Geisteswissenschaften) durch ihre Nachvollziehbarkeit charakterisiert. Die Reproduzierbarkeit bei experimentalwissenschaftlichen Ergebnissen wird durch die unabhängige Wiederholung des Weges zum Ergebnis in der Gruppe vor ihrer Veröffentlichung nachgewiesen.

3. Betreuung des wissenschaftlichen Nachwuchses

Der Ausbildung und Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und seiner Anleitung zur Berücksichtigung der Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis muss besondere Aufmerksamkeit gelten. Die Aufgabe von Hochschullehrerinnen und Hochschullehrern ist es, dem wissenschaftlichen Nachwuchs die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis in der Lehre zu vermitteln. Die Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer sowie die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind verpflichtet, die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis anzuwenden und am Beispiel erfahrbar zu machen.

4. Sicherung und Aufbewahrung von Veröffentlichungsgrundlagen

Primärdaten als Grundlage für Veröffentlichungen müssen auf haltbaren und gesicherten Trägern in den Instituten oder Forschungseinrichtungen, wo sie entstanden sind, für mindestens zehn Jahre aufbewahrt werden. Dies gilt auch für primäre Versuchsergebnisse bzw. Objekte, sofern dies möglich ist. Bei berechtigtem Interesse muss der Zugang zu den Veröffentlichungsgrundlagen gewährleistet sein.

Alle wichtigen Ergebnisse müssen eindeutig und nachvollziehbar dokumentiert und protokolliert werden, da wissenschaftliche Untersuchungen, Experimente und numerische Rechnungen nur reproduziert bzw. rekonstruiert werden können, wenn alle wichtigen Schritte nachvollziehbar sind. Die Protokolle müssen mindestens zehn Jahre aufbewahrt werden, um auf die Aufzeichnungen zurückgreifen zu können, wenn veröffentlichte Resultate von anderen angezweifelt werden.

5. Wissenschaftliche Veröffentlichungen

Autorinnen und Autoren sind für die wissenschaftliche Verlässlichkeit ihrer Veröffentlichungen verantwortlich. Sofern sie über neue wissenschaftliche Ergebnisse berichten, sollen die Ergebnisse und die angewendeten Methoden vollständig und nachvollziehbar beschrieben und eigene und fremde Vorarbeiten vollständig und korrekt benannt werden.

Sind an einer Forschungsarbeit bzw. an der darauf aufbauenden Publikation mehrere Urheberinnen und Urheber beteiligt, so kann als Mitautorin oder Mitautor nur genannt werden, wer zur Konzeption der Studien oder Experimente, zur Erarbeitung, Analyse bzw. Interpretation der Daten oder zur Formulierung des Manuskriptes selbst wesentlich beigetragen und der Veröffentlichung zugestimmt hat. Die Autorinnen und Autoren tragen die Verantwortung für den Inhalt entweder gemeinsam oder kennzeichnen ihre Einzelbeiträge namentlich. Strikte Ehrlichkeit im Hinblick auf die Beiträge von Partnerinnen und Partnern, einschließlich der Studierenden und anderen Nachwuchswissenschaftlerinnen und –wissen-

schaftlern, Konkurrentinnen, Konkurrenten, Vorgängerinnen und Vorgängern muss gewahrt werden.

6. Inkrafttreten

Diese Leitlinien treten am Tag nach ihrer Bekanntmachung in den Amtlichen Mitteilungen der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg in Kraft.

Anhang 51: Authentizitätserklärung

Authentizitätserklärung

Ich versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.
Sämtliche Stellen der Arbeit, die benutzten Werken im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich durch Quellenangaben kenntlich gemacht. Dies gilt auch für Zeichnungen, Skizzen, bildliche Darstellungen und Dergleichen sowie für Quellen aus dem Internet.

Weiterhin versichere ich, dass ich die allgemeinen Prinzipien wissenschaftlicher Arbeit und Veröffentlichung, wie sie in den Leitlinien guter wissenschaftlicher Praxis an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg festgelegt sind, befolgt habe.

Oldenburg, den

(Unterschrift)