

Erwartungen von Selbsthilfegruppen-Mitgliedern an ärztliches Handeln

Steinger, Barbara; Slesina, Wolfgang

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Steinger, B., & Slesina, W. (1997). Erwartungen von Selbsthilfegruppen-Mitgliedern an ärztliches Handeln. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Differenz und Integration: die Zukunft moderner Gesellschaften ; Verhandlungen des 28. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie im Oktober 1996 in Dresden ; Band 2: Sektionen, Arbeitsgruppen, Foren, Fedor-Stepun-Tagung* (S. 261-264). Opladen: Westdt. Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-139084>

Nutzungsbedingungen:

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

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

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

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

stehenden Macht- und Einflußstrukturen im Bereich der Medizin vor Augen führt. Ein Beispiel für die Auswirkungen dieser Strukturen zeigt sich nicht zuletzt in der jüngsten Diskussion um die anstehende Novellierung der Approbationsordnung. Auf jeweils unterschiedliche (direkte und indirekte) Weise können die Ergebnisse einer theoretisch orientierten und empirisch fundierten medizinsoziologischen Forschung jedoch Argumentationshilfen für die Erweiterung des als unzureichend erkannten traditionellen Modells liefern.

2. Erwartungen von Selbsthilfgruppen-Mitgliedern an ärztliches Handeln

Barbara Steinger und Wolfgang Slesina

1. Vorbemerkungen

Für eine soziologische Untersuchung von »Verhaltenserwartungen an Ärzte« führt kein Weg an Parsons' Konzept der »Arztrolle« vorbei. Es handelt sich dabei um eine der meistbekanntesten und meistzitierten medizinsoziologischen Kategorien. Das von Parsons ausgearbeitete Konzept der »Arztrolle« ist eingebunden in seine Theorie sozialer Systeme. Es benennt grundlegende Erwartungen an Ärzte, speziell bei der Patientenversorgung in »modernen« Gesellschaften. Parsons verortete dabei die Arztrolle anhand seines allgemeinen theoretischen Schemas grundlegender Orientierungsmuster menschlichen Handelns, der »pattern variables« (Parsons 1951; Gerhardt 1991).

Unsere Studie verfolgte ein anderes Anliegen: sie sollte über die Vielfalt der Verhaltenserwartungen an Ärzte im Rahmen der Patientenversorgung ausschnitthaft Informationen vermitteln. Die Untersuchung war eingebettet in ein umfassenderes Projekt über die Zusammenarbeit von Ärzten und Gesundheits-Selbsthilfgruppen (Meyer, Slesina et al. 1990). In Selbsthilfgruppen findet sich, so die verbreitete These, ein besonders aktiver Personenkreis. Um so naheliegender schien es, etwas über die arztgerichteten Verhaltenserwartungen von Selbsthilfgruppen-Mitgliedern zu erfahren.

II. Zur Methode

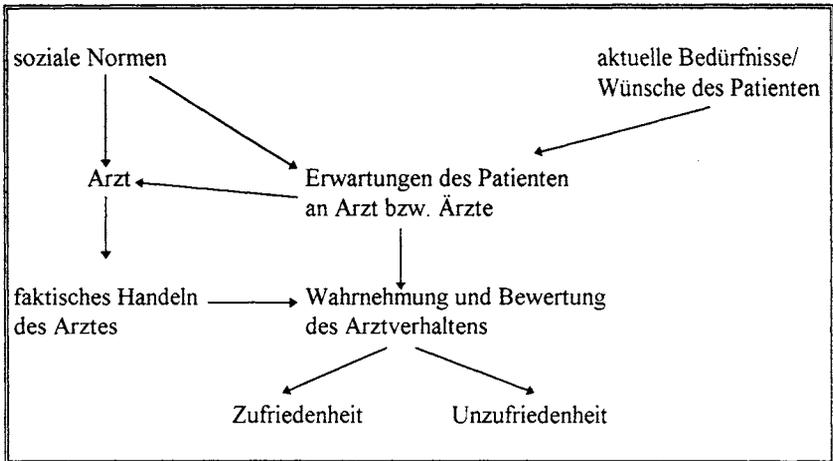
Aus den registrierten Selbsthilfgruppen in Bielefeld und Umgebung wurden zunächst 20 Gruppen ausgewählt. Zur Kompensation von Ausfällen wurden später einige Gruppen aus dem Raum Düsseldorf/Köln ergänzend einbezogen. Von insgesamt 29 angesprochenen Gruppen beteiligten sich 19 an der 1991 durchgeführten Datenerhebung. Mehrheitlich handelte es sich um Gruppen chronisch Organkrankter (Multiple Sklerose, Diabetes, Morbus Crohn/Colitis ulcerosa, Krebs u.a.) sowie einige Gruppen Alkoholabhängiger und einige Angehörigengruppen.

Methodisch war die Studie explorativ, qualitativ angelegt. Die Datenerhebung erfolgte mittels leitfadengestützter Gruppengespräche. An den 19 Gesprächen nahmen durchschnittliche jeweils 6 Mitglieder einer Selbsthilfgruppe teil. Die Probanden wurden gebe-

ten, bestimmte Aspekte bzw. Ausschnitte früherer Arzt-Patient-Kontakte zu beschreiben. Anhand ihrer Mitteilungen hierüber sollten explizite und implizite Verhaltenserwartungen an Ärzte identifiziert werden. Dem Vorgehen lag das in Abbildung 1 dargestellte theoretische Modell zugrunde.

Die transkribierten Tonbandaufzeichnungen wurden unter dem Ziel ausgewertet, in dem Textmaterial inhaltlich verschiedenartige Verhaltenserwartungen an Ärzte zu erkennen und die Probendenaussagen danach zu ordnen. Die von einer Erstbeurteilerin vorgenommene Systematisierung der Aussagen wurde von zwei Co-Auswertern auf Schlüssigkeit geprüft, und abweichende Aussagenzuordnungen wurden konsensuell entschieden.

Abb. 1 Modell zu Patientenerwartungen und Patientenzufriedenheit



Legende: Die Pfeile symbolisieren Relationen, keine Kausalitäten.

III. Exemplarische Ergebnisse

Es fanden sich in den Probendenaussagen zum einen gruppenübergreifende, zum anderen gruppenspezifische und außerdem personenspezifische Verhaltenserwartungen. Hierzu folgen einige, durch Probendenzitate gestützte Beispiele.

1. Gruppenübergreifende Erwartungen: Manche Verhaltenserwartungen wurden übereinstimmend von Mitgliedern unterschiedlicher Selbsthilfegruppen mitgeteilt. Sie bezogen sich z.B. auf zeitliche Aspekte des Arzt-Patient-Kontakts, auf die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte der Erkrankung, auf emotionale Unterstützung durch den Arzt u.a.:

– *Sich Zeit nehmen für den Patienten:* »Der Arzt sollte zuhören und sich Zeit für den Patienten nehmen« (Multiple Sklerose). – »Wichtig ist, daß sich der Arzt Zeit nehmen kann,

- vor allem, wenn es einem schlechter geht« (Frauen nach Krebs). – »Langsam auf den Patienten eingehen, sich Zeit nehmen und ihn in ein Gespräch verwickeln« (Diabetiker).
- *Gespräch in Ruhe*: »Ruhe haben, d.h. das Gespräch sollte nicht durch das Hineinkommen der Sprechstundenhilfe oder durch Telefonanrufe gestört werden« (Mult. Sklerose).
 - *Erreichbarkeit des Arztes in Problemsituationen*: »Es sind Angebote gut, wenn der Arzt sagt, man könne mal anrufen, wenn es ganz schlimm ist« (Guttempler). – »Allein das Gefühl, (außerhalb der Sprechstunde) anrufen zu können, ist schon sehr wichtig« (CF-Elterngruppe). – »Wichtig ist, daß der Arzt auch erreichbar ist für Probleme, das gibt Sicherheit« (Diabetiker).
 - *Psychische Teilursachen von Symptomen und Beschwerden erkennen und therapeutisch berücksichtigen*: »Der Arzt müßte ein Psychologe sein ... Vieles an den Symptomen kommt vom Streß, da müßte der Arzt einfach mehr nachfragen« (Morbus Crohn). – »Ganz selten hört man vom Arzt: ›Haben Sie noch andere (psychische) Probleme, über die wir sprechen sollten?‹. Das sollte häufiger kommen« (Multiple Sklerose). – »Wichtig ist es, das den Patienten zu vermitteln mit der Psyche« (Allergiker und Asthmatiker).
 - *Behutsame, nicht dramatisierende Aufklärung*: »Die Diagnose steht ja meist fest. Dies sollte der Arzt dann vorsichtig dem Patienten beibringen« (Guttempler). – »Aufklären, aber nicht auf die harte Tour« (Morbus Crohn). – »Wenn die Ärzte die Lage hoffnungslos sehen, sollten sie schonend, aber konkret aufklären« (Verwaiste Eltern).
 - *Emotionale Unterstützung*: »Man sollte den Eltern durchaus Hoffnung machen und ihnen sagen, daß es CF-Patienten gibt, die auch das Erwachsenenalter erreicht haben« (CF-Elterngruppe). – »Der Arzt sollte darauf hinweisen, daß man mit dieser Krankheit steinalt werden kann« (Multiple Sklerose).
2. Gruppenspezifische Erwartungen: Mitglieder mehrerer Selbsthilfegruppen vermißten bei ihren behandelnden Ärzten eine spezifische fachliche Kompetenz für ihre jeweilige Erkrankung. Gewünscht wurden z.B. Detailkenntnisse über Broteinheiten und Insulintherapie (Diabetikergruppen) u.a. Öfter fanden sich aber auch Erwartungsbegrenzungen durch die Patienten, z.B.:
- »Ich denke, in der niedergelassenen Kinderarztpraxis ist es das Problem, daß die Ärzte Kinder mit Mukoviszidose gar nicht sehen und daher nicht so kompetent in der Behandlung sein können« (CF-Elterngruppe). – »Ich kann nicht erwarten, daß sich jeder Arzt in so einer komischen Krankheit auskennt« (Morbus Crohn). – »Zur Verteidigung der Ärzte muß ich aber sagen, daß man hier in der Gruppe mehr weiß und einen Blick dafür bekommt, ob einer trinkt oder nicht. Für die Ärzte sind die Alkoholiker nur ein kleiner Patientenkreis« (Blaues Kreuz).
- Dieser Erwartungsrelativierung standen jedoch drei Anforderungen kompensatorisch gegenüber:
- Die Erwartung an den Arzt, sich über die jeweilige Krankheit und über neuere Entwicklungen zu informieren,
 - die Erwartung an den Arzt, sich mit Spezialisten zu beraten und
 - zum Spezialisten zu überweisen.
3. Personenspezifische Erwartungen: Zwischen Personen mit gleicher Erkrankung oder Problembetroffenheit gab es z.T. auch divergente Erwartungen. Solche Erwartungsdiffe-

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

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

IV. Schlußfolgerung

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

Literatur

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

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

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

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

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

Hanno Petras und Ruth Deck

1. Einleitung und Problemeingrenzung

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

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