

Soziologen in der klinischen Praxis: ein Beispiel aus einer Medizinisch-Geriatriischen Klinik

Görres, Stefan

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Görres, S. (1991). Soziologen in der klinischen Praxis: ein Beispiel aus einer Medizinisch-Geriatriischen Klinik. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 14(1), 66-84. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-35736>

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.

Soziologen in der klinischen Praxis¹⁾

- Ein Beispiel aus einer Medizinisch-Geriatriischen Klinik -

Stefan Görres

A. Einführung: Rehabilitation älterer Menschen

Chronische Erkrankungen erfordern sowohl hinsichtlich ihrer Prävention und Behandlung, als auch der Rehabilitation und Nachsorge eine multidisziplinäre Perspektive. Sie sind dementsprechend unter somatischen, psychischen und sozialen Faktoren zu betrachten. In Zusammenhang mit der klinischen Rehabilitation älterer Menschen kommt dem ein besonderer Stellenwert zu, da neben der häufig vorhandenen Chronizität der Erkrankung, der Altersaspekt in seiner Mehrdimensionalität (z.B. Multimorbidität, ungünstige häusliche und institutionelle Versorgungssituationen, etc.) in kumulativer Weise zum Tragen kommt. In diesem Zusammenhang ist zu fragen, welche Rolle der klinischen Soziologie bzw. dem Soziologen in einer Klinik zukommen kann, deren Aufgabe in der Rehabilitation vorwiegend älterer Menschen besteht?

B. Zum Begriff und zur Bedeutung "Klinische Soziologie"

Offensichtlich sind dem Begriff "Klinische Soziologie", mehr aber noch seinen Inhalten, unterschiedliche Ausprägungen und Umdeutungen widerfahren, die eine einheitliche Definition und erst recht ein einheitliches Verständnis erschweren. Der Terminus Klinische Soziologie (clinical sociology) wurde zum ersten Mal 1931 von L. Wirth in einem Artikel des American Journal of Sociology gebraucht. Folgt man seiner Definition, dann bezieht sich sein Verständnis auf eine Reihe unterschiedlicher Bereiche der Intervention. Es sind dies die Anwendung der soziologischen Perspektive auf die Analyse, Planung und Ausführung (analysis and design) von Intervention im Hinblick auf eine konstruktive Sozialveränderung (positive social change) auf allen Ebenen sozialer Organisation. Dies bedeutet einerseits, daß nicht dadurch der Parzellierung gesundheitsbe-

¹⁾Dieser Aufsatz wurde - abgesehen von einigen Änderungen - veröffentlicht in: Medizinsoziologie, 2/1988, S. 184 - 201

zogenen Handelns Vorschub geleistet werden soll, indem der Begriff "Klinische Soziologie" einzig und allein auf den stationären Sektor verengt verstanden wird, wie es das Adjektiv suggerieren mag. Andererseits wäre es aber unsinnig und kaum zu vertreten - das sei hier schon vorweggenommen - den Arbeitsplatz "Klinik" deshalb nicht unter diesen Begriff subsumieren zu wollen.

Die frühere "Clinical Sociology Association (CSA)" und heutige "Sociological Practice Association (SPA)", die als Berufsorganisation 1978 in den USA gegründet wurde und auf deren Erfahrungen ich mich hier weitestgehend beziehe, schlägt vereinfachend vor, klinische Soziologen in erster Linie als "Veränderer" (change agent) und "Interventionisten" (interventionists) zu bezeichnen. Darüber hinaus besteht jedoch auch Konsens darüber, daß sich der Bereich der klinischen Soziologie häufig nicht ohne die Beteiligung von angewandter Soziologie i.S. von Forschung vorstellen läßt: "Many clinical sociologist, depending on their level of training, also have the skills of an applied sociologist and use qualitative and/or quantitative research skills in assessment and evaluation in their intervention work" (Clar 1986: 1).

Dies ist schließlich auch das Verständnis, dem ich mich anschließen möchte: Klinische Soziologie als bewußte Integration von soziologischer Theorie, Forschung und Praxis. Dazu folgende Feststellungen von Howery (1986):

1. Sociological theory can and should lend itself to application in research and practice.
2. Research is a form of practice which effects those involved. The effect can and should be beneficial (therapeutic).
3. Professional practice in clinical sociology can and should contribute to sociological theory and research.

"Should such professional practice in clinical sociology emerge, it would move sociological theory and research away from the reified objectivism which has dominated much of sociological work toward a hermeneutical understanding of sociological action." "[...] sociological action" would be holistic in approach and would reject the following dualismus which pervade the field: subject-object, researcher-subject, theory-research, theory-practice, teaching-research" (Howery 1986).

C. Rolle und Rollenkonflikte des Soziologen in der klinischen Rehabilitation

Grundsätzlich ist zunächst festzustellen, daß in Deutschland die aktive Mitwirkung des Soziologen im Rehabilitationsprozeß weder im Sinne einer "Soziologie in der Medizin" noch als "Soziologie der Medizin" verwirklicht ist (Straus zit. in: Blumenthal/Jochheim 1976: 589). Dies, obwohl Jahn in seiner Abhandlung der "Rehabilitation als Problem der Medizinsoziologie", die Rehabilitation als "hervorragenden Gegenstand der Medizinsoziologie" bezeichnet hat (vgl. Jahn 1965). Thimm macht hierfür u.a. die Berührung der Soziologie als Wissenschaft mit der Praxis verantwortlich, die er in dem mit Rehabilitation gemeinten Sachverhalt gegeben sieht: "Das gestörte Verhältnis vieler Soziologen zur Praxis, wie es im Streit um die Wertfreiheit immer wieder sichtbar wird, mag dafür verantwortlich sein, daß die Soziologie auch im Bereich der Rehabilitation über beratende und informierende Beteiligung an der Lösung von Problemen nicht hinausgekommen ist, daß es an einer Institutionalisierung wissenschaftlicher Praxis auch in diesem Bereich fehlt" (Thimm 1972: 15f.).

Dies ist gerade deswegen sehr bedauerlich - und das scheint mir ein sehr wichtiges Argument für den Einsatz von Soziologen auch in partiellen (z.B. stationären) Bereichen der Gesundheitsversorgung zu sein - weil dann die traditionsverhafteten Rehabilitationseinrichtungen angesichts der, von den Wissenschaftlern offen gelassenen Frage "Was ist zu tun?", diese im Sinne der Stabilisierung der eigenen Institution beantworten. So kann es in der Tat nicht verwundern, wenn maßgebliche Beiträge zur Theorie und Praxis der Rehabilitation fast ausschließlich von Medizinern stammen, die zwar sehr wohl soziologische Tatbestände aufzählen; die Lösungsversuche für die damit verbundenen Probleme basieren aber fast ausschließlich auf nicht-soziologischen Kategorien. Geht man jedoch davon aus, daß eine Krankheit nicht nur ein somatisches, sondern auch ein psychisches und soziales Geschehen ist, dann wird gerade unter sozial-epidemiologischen Gesichtspunkten die Wechselwirkung dieser genannten Faktoren deutlich. Dies trifft in besonderem Maße für den Verlauf der Krankheitsbewältigung zu (vgl. Lazarus 1987).

In diesem Zusammenhang sehen Blumenthal und Jochheim den Soziologen in erster Linie als Mitwirkenden im Therapieprozeß: "Je nach Schwerpunkt der Ausbildung kann die Mitarbeit im Team in soziologischer Analyse und Verbesserung des Rehabilitationsprozesses, der Teamarbeit und der Einrichtungen sowie ihrer Verbindung miteinander, mit dem Ziel der besseren Effizienz bestehen." Wichtig erscheint ihnen: "... die Vermittlung soziologischer Kenntnisse und Betrachtungsweisen als Fort- und Weiterbildung an die anderen Rehabilitationsfachkräfte." Den Kern der soziologischen Tätigkeit sehen sie in der "... Erforschung der Rehabilitationsbedürftigkeit und -ergebnisse des Behinderten; etwa seines sozialen Rollenverlustes, der eingeschätzten Teilhabe an der Gesellschaft sowie der Einflüsse aus dem sozialen Lebensbereich" (Blumenthal/Jochheim 1976: 589f.).

Ähnlich sehen Bleidick u.a. die Rolle des Soziologen in der Rehabilitation. Soziologische Ansätze, die für die Rehabilitation fruchtbar gemacht werden können, beziehen sich nach ihrer Ansicht zum einen auf das Rehabilitationsteam, bei dessen Arbeit gruppendynamische und organisationssoziologische Aspekte sowie Probleme der Professionalisierung, der im Rehabilitationsteam zusammengeschlossenen Berufsgruppen zu berücksichtigen sind. Zum anderen beziehen sie sich auf den Behinderten selbst und können versuchen, das soziale Umfeld des Behinderten insbesondere im Hinblick auf den Rehabilitationserfolg zu analysieren. Zu diesem sozialen Umfeld gehören nicht nur die unmittelbaren Bezugsgruppen des Behinderten (Angehörige, Ärzte, Berater, Nachbarn, Kollegen usw.), sondern auch subjektive, meist gesamtgesellschaftlich bedingte Beschränkungen und Hindernisse (vgl. Bleidick u.a. 1975: 322f.).

Beziehen sich o.a. Funktionen eher auf jene Bereiche, die eingangs als vordringliche Aufgaben erwähnt wurden (Therapie, Intervention, Veränderung), so sieht Lehmann in der Beantwortung der Frage, was Rehabilitationskliniker von medizinsoziologischer Forschung und Praxis erwarten können, drei Möglichkeiten, die eher Forschungsaspekte betonen:

1. Deskription. Z.B. die Beschreibung der Versorgungswirklichkeit.
2. Analytische Epidemiologie. Z.B. der Nachweis von Wirkungen bestimmter Maßnahmen auf die Rehabilitanden.
3. Theorieentwicklung. Der Versuch, einen interdisziplinären Ansatz zur Erklärung des Krankheitsbewältigungsprozesses zu finden (vgl. Lehmann 1986: 417).

Als praxisnahes Beispiel ist die Tätigkeit der Abteilung Klinische Soziologie des L.R. Grote-Instituts der Herz-Kreislauf-Klinik Bad Berleburg einzuschätzen, deren Ziel es ist, medizinsoziologische Forschung, die bisher an der Universität Marburg vorwiegend als Ätiologieforschung betrieben wurde, näher an die Klinik heranzubringen. Durch den leichteren Zugang zu Patienten, den kardiologischen Experten und angesichts des chronischen Charakters der untersuchten Erkrankung sollen die Rehabilitation selbst sowie die weiteren Verläufe erforscht werden (vgl. Siegrist 1986: 460ff.).

Die bisher genannten Aspekte des Rollensets eines "klinischen Soziologen" finden sich unter etwas anderen Gesichtspunkten zusammengefaßt in der nachfolgenden Einordnung von U. Müller wieder: In Anlehnung an die Rolle des Soziologen in der Psychiatrie, die im übrigen durchaus etablierter und dem Rollenset eher zu entsprechen scheint als in anderen medizinischen Teilbereichen (z.B. der Rehabilitation), lassen sich nach Müller insbesondere zwei Elemente soziologischer Hilfe ausmachen, die der Praxis geboten werden können. Dies sind zum einen die Dienstleistungsfunktion und zum anderen die Therapiefunktion (vgl. Müller 1987: 13). In dieser Rolle müssen drei Funktionen erfüllt werden:

1. die der Subordination,
2. die der Ordination,
3. die der Insubordination.

Die Funktion der Subordination beinhaltet die Bereitstellung soziologischer Informationen und Methoden zur Erhellung von Sachverhalten (Erstellung von Fragebögen etc.). Die Funktion der Ordination umfaßt jene Tätigkeiten, die eher als Interdisziplinarität, also als durch Arzt und Soziologe gemeinsames Angehen anerkannter oder definierter Sachverhalte verstanden werden. Die Insubordination meint schließlich die Stabilisierung einer Außenperspektive, die den klinik-spezifischen Commonsense und die sich daraus ableitenden Ereignisse hinterfragt. Diese Außenperspektive zwingt nicht nur zur Prüfung der Funktionalität der all-

gemeinen Regeln, sondern sie zwingt den Soziologen auch, seine Rolle in der Klinik zu hinterfragen.

Gerade letzter Punkt gibt aber auch einen Hinweis darauf, daß die Rolle des Soziologen im klinischen Bereich vom Rollenträger selbst, aber auch vom Medizinsystem durchaus ambivalent beurteilt werden kann: So weist K. Siegrist darauf hin, daß sich die Loyalität eines Soziologen im klinischen Bereich zwischen seiner ihm ansozialisierten soziologischen, d.h. distanzierenden, über das soziale System Klinik hinausschauenden Perspektive und der Faszination des Handlungssystems Medizin bewegt; vor allem letzteres macht es offensichtlich schwer, sich dem individualtherapeutischen Imperativ der Klinik zu entziehen: "Das heißt nicht nur, daß Medizin als Handlungssystem eine große Faszination ausübt, es heißt auch, daß man ständig an die entscheidende Aufgabe von Wissenschaft erinnert wird, Probleme lösen zu helfen. Dabei kommen die in der Klinik sichtbarsten und dringlichsten Probleme nicht unbedingt zur Deckung mit jenen, die der Soziologie aus ihrer Perspektive in den Blick geraten."

Ähnlich bewertet auch J. Siegrist die Schwierigkeiten eines Insiders, der in ein medizinisches "setting" einwandert (Siegrist 1977: 24 ff.): "Die Medizin ist eine angewandte Disziplin und trägt ihre Probleme in ihrer Sprache an den Soziologen heran und erwartet Lösungen im Bereich ihres Vorverständnisses und ihrer pragmatischen Relevanz. Widersetzt sich der Soziologe diesem Ansinnen, dann verliert er mit der Zeit an Glaubwürdigkeit [...]. Paßt er sich aber diesem Stil an, dann läuft er Gefahr, den Freiheitsraum seiner theoretischen Reflexion zu verlieren. Weiter besteht bekanntlich für Insider die Gefahr der Betriebsblindheit. Die feste Anstellung innerhalb der medizinischen Institution wird den Soziologen überdies in seinem Engagement zur Kritik behindern. Schließlich kann die Isolierung von der sozialwissenschaftlichen Wissenschaftsentwicklung einen gewissen Provinzialismus fördern." Andererseits ist zu berücksichtigen, daß gerade das Problem der Verwendungszusammenhänge sozialwissenschaftlicher Wissensbestände für die Sozialwissenschaften eine geradezu existentielle Bedeutung gewonnen hat. Vor diesem Hintergrund kommt von Kondratowitz (1985) zu der Feststellung, daß die Zunft der Soziologen "mehr und mehr von einer Spannung geprägt zu sein (scheint, d.V.) zwischen zum einen einer handlungsentlastenden, daher verpflichtungslosen reinen Wissenschaftsorientierung, die letztlich nur noch für die Kollegen produziert und Bewertungsmaßstäbe diesem Forum entnimmt, damit jedoch tendenziell bedeutungslos wird [...], und andererseits einer

Orientierung an pragmatischen Kriterien beratender Tätigkeit in direkter Auseinandersetzung mit Klienten und anderen Praktikern". Diese Ambivalenz löst sich z.T. jedoch dort auf, wo die Anwender sozialwissenschaftlichen Wissens mit den analysierten gesellschaftlichen Instanzen zusammenfällt. Hier ist eine Trennung in einen mit Kompetenz versehenen "Experten" und einen inkompetenten, tendenziell Handlungsspielräume delegierenden "Laien" nicht durchführbar. Vielmehr ist soziologisches Wissen aufgrund der Struktur seiner Inhalte und seines Gegenstands nur in einer prozeßhaften Situation anwendbar, der von den verschiedenen interessierten und betroffenen sozialen Akteuren unter reflexiver Veränderung ihrer eigenen Handlungsbedingungen getragen und vorangetrieben werden muß (vgl. von Kondratowitz 1985: 67). Zusammenfassend weist Siegrist darauf hin, daß sich angesichts fehlender "Rollenvorbilder" für den klinischen Soziologen jedoch eine interessante, weil offene Situation ergeben kann. "Die Rolle ist noch kaum gespielt. Drehbücher fehlen, Regieanweisungen sind nicht ausgearbeitet, auch das Publikum hat keine spezifischen Erwartungen. - Die Erwartungen der Klinik an die klinisch soziologische Tätigkeit lassen großen Handlungsspielraum." (Siegrist 1989: 16). Eine Zusammenfassung der genannten Aspekte findet sich in der Abbildung 1.

D. Dokumentation und Forschung als Praxis des Soziologen in der klinischen Rehabilitation

Obwohl deutlich wurde, daß die Aufgaben von klinischen Soziologen durchaus vielfältig sein können, möchte ich mich zunächst - auch im Hinblick auf meine eigene Arbeitssituation - ausschließlich auf die Bereiche von Dokumentation und Forschung beziehen, aber im Anschluß daran Wege aufzeigen, wie auf der Grundlage dieser Ergebnisse eine Transformation bzw. Implementation relevanten Wissens in die Praxis erfolgen kann. Vorangestellt sei in diesem Zusammenhang die Frage: Wie soll Forschung in einer Rehabilitationsklinik aussehen und was kann sie für die Klinik leisten?

	INHALTE		
FUNKTION	THERAPIE	FORSCHUNG	ADMINISTRATION
ROLLE			
Subordination (Soziologie als Dienstleistung)	Erweiterung des Therapieangebots der Klinik	Durchführung klinikinterner Dokumentation und Erstellung von Jahresstatistiken (Legitimation)	Teilnahme auf der Planungs- und Entscheidungsebene
Ordination (Soziologie als Disziplin)	Integration einer soziologischen Perspektive im Therapieansatz: Gesprächsgruppen "social support" "Soziotherapie"	Klinikinterne Forschung: Langzeitstudien Outcome-Messungen Umfeldanalyse Organisationsanalyse Entwicklung von Messinstrumenten Theorieentwicklung	Organisationsentwicklung/-analyse/-planung Programmplanung Fort- u. Weiterbildung Öffentlichkeitsarbeit Tagungen Publikationen
Insubordination (Soziologie als Reflexion)	Rolle innerhalb des Therapiekonzeptes und das Therapiekonzept insgesamt	Evaluation und Prozeßevaluation, Ziel- u. Konzeptanalyse, Implementation d. Ergebnisse (Restriktionen)	Adäquanz innerer Strukturen, der Organisationsplanung (Konzept) u. des Organisationsgrades für die Zielsetzung
FUNKTION	INTERVENTION	TRANSFORMATION	INNOVATION
	ZIELE		

Abb. 1: Rolle und Funktion eines Klinischen Soziologen

Hewer (1982: 155f) sieht zunächst grundsätzlich die Notwendigkeit der Bewertung des Rehabilitationsprozesses, und zwar unter folgenden Gesichtspunkten:

- to describe objectively a patient's functional status at a given time;
- to detect change in a patient's condition by undertaking sequential reassessments;
- to provide a basis for future action - for example, discharge from hospital or change of therapy;
- to educate medical and paramedical staff;
- for research.

In etwa entsprechen diese Forderungen der Evaluation bzw. Programmevaluation dem Ziel, Wissensgrundlagen für rationale Entscheidungen unter Einschluß der Bewertung praktizierter Problemlösungen zu erarbeiten. Die Frage ist, inwieweit die Evaluation der Rehabilitation einen anderen Ansatz braucht, als er in der Evaluation medizinischer Settings üblicherweise angewendet wird? Diese Frage ergibt sich daraus, daß sich die Rehabilitation chronisch kranker älter Menschen i.a.R. nicht mit der Heilung, sondern mit der bestmöglichen Wiederherstellung von Funktionen beschäftigt (vgl. Carey u.a. 1978).

Vor allem sind es folgende Fragestellungen, mit denen sich eine Evaluation des Rehabilitationsprozesses befassen muß:

1. Die grundlegendste Fragestellung bezieht sich auf den Grad der Verbesserung zwischen Aufnahmezustand und Entlassung. Wenn die Rehabilitation erfolgreich sein soll, dann müssen sich Patienten in ihren Möglichkeiten verbessern, die alltäglichen Dinge des Lebens (ADL) ausführen und soweit wie möglich am Leben ihrer Umwelt teilnehmen zu können.
2. Als eine weitere Ebene der Programmevaluation wird von Attkisson und Hargreaves (1979) die Wirkung der Programmintervention (Outcome of Intervention) genannt. Im Zusammenhang mit dem letztgenannten Punkt spricht die anglo-amerikanische Literatur von "Outcome-Messungen" in Abgrenzung zu Messungen, die sich auf Struktur und Prozeß der Versorgung beziehen. Von Outcome-Messungen wird gefordert, daß sie eine umfassende Bewertung des Erfolgs von Maßnahmen, der beim Patienten erzielt wird, erlauben und Aspekte der Lebensqualität beim Patienten beschreiben. Sie sollen in Ergänzung zu den üblicherweise benutzten Kriterien der Überlebenszeit und des Auftretens medizinischer Komplikationen (Folgeerkrankungen, schwere Nebenwirkungen) treten.
3. Wenn sich die Patienten im Laufe der Behandlung verbessern, dann sollte eine Institution der Rehabilitation auch dazu in der Lage sein, aufzeigen zu können, daß oder in welchem Grade die Patienten auch nach der Entlassung dazu in der Lage sind, das erarbeitete Rehabilitationspotential beizubehalten. Die langfristige Beibehaltung einer Funktionsverbesserung, im Gegensatz zu einem Rückgang auf ein Level wie es zum Zeitpunkt der Aufnahme bestand, ist für die Rehabilitation ebenso ein Problem wie ihre Einflußnahme auf eine langfristig positive Krankheitsbewältigung.

Jede Strategie, den Gesundheitsstatus älterer Menschen zu verbessern, braucht dementsprechend eine "Technologie", um a) den Gesundheitsstatus zu erfassen und messen und b) Veränderungen i.S. von Verbesserungen feststellen zu können: "Measurement is essential to good geriatric care. It is a crucial consideration for those developing, promoting, or practicing this still embryonic specialization" (Kane/Kane 1981: 1).

Zur Umsetzung bedarf es einer relativ großen Vielzahl von Variablen, die medizinisch-physiologische, funktionelle, intellektuelle, psychologische Funktionen ebenso wie soziale Faktoren erfassen. Die nachfolgende Auflistung kennzeichnet eine Reihe von Möglichkeiten:

1. Messung einer physischen Funktion: Gemeint ist die Fähigkeit, Aktivitäten des alltäglichen Lebens (ADL) verrichten zu können. Beurteilungskriterien orientieren sich an Selbstversorgungsaktivitäten, Mobilität und Körperbeweglichkeit.
2. Messung der mentalen Funktion: Hier ist zu unterscheiden zwischen kognitivem bzw. intellektuellem Vermögen und Messung des mentalen Gesundheitsstatus. Diesbezügliche Outcome-Messungen befassen sich mit Angstzuständen, Depressivität, Befindlichkeit, Beschwerden, Verhalten, emotionaler Kontrolle u.a.
3. Messung psychologischer und sozialer Funktionen: Dies sind Selbstwertgefühl, Lebenszufriedenheit, Anpassungsvermögen, Wohlbefinden und Rollenidentität. Dazu gehören aber auch Informationen zur Familie, zur sozialen Unterstützung, zum Aktivitätsniveau, zur Teilnahme am sozialen Leben und zu Formen der Krankheitsbewältigung.
4. Multidimensionale Messungen: Angestrebt ist eine Kombination der zuvor genannten Kategorien, die entweder in einen einzigen Status-Score eingehen können oder als separate Scores in einer inhaltlich zusammenhängenden Dimension auftauchen können.

In Ergänzung zu diesen Meßebenen wird vorgeschlagen, auch die Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung und Versorgung und das Erreichen bestimmter Behandlungsziele zu messen. Eine Reihe von Autoren hält es darüber hinaus auch für erforderlich, prognostische Faktoren, wie die Entwicklung der Person im kognitiven, motorischen und Wahrnehmungsbereich sowie das Problemlösungsverhalten - die Fähigkeit, mit Streß-Situationen fertig zu werden - im Rahmen von Outcome-Messungen zu berücksichtigen. Welche Meßebenen zum Zweck der Operationalisierung des Behandlungserfolges bzw. Interventionsergebnisse als

wesentlich angesehen werden, hängt jedoch häufig von der klinikinternen Definition, vom Verständnis und der Philosophie ab, die mit Begriffen wie Gesundheit, Krankheit, Lebensqualität und Wohlbefinden verbunden werden. Der letzte Schritt im Rahmen der Operationalisierung des Behandlungserfolges bzw. Interventionsergebnisses ist die Festlegung der konkreten Meßinstrumente (Fragebogen, Skalen, Tests).

E. Dokumentation und Forschung am Beispiel einer Medizinisch-Geriatriischen Klinik

Als Grundlage dient hier der konzeptionelle Ansatz von Attkisson und Hargreaves (1979), die von einem drei-dimensionalen Modell zur internen Programmevaluation in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ausgehen (vgl. Biefang 1980: 15). Der hier wichtige Punkt ist die Informations-Verarbeitung (Informational capability). Diese Dimension des genannten Modells beschreibt verschiedene Stufen der Informations- und Datenverarbeitung in Gesundheitseinrichtungen. Auf der untersten Stufe werden Daten unkoordiniert gesammelt (Natural Data System). Auf der zweiten Stufe besteht eine zentrale und koordinierte Datenerhebung und -verarbeitung (Centralized Information Processing System). Die nächste Stufe zeichnet sich durch die Möglichkeiten eines gezielten Zugriffs auf wichtige Informationen aus (Planned Access Data System). Die letzte Stufe erlaubt darüber hinaus die Antwort auf spezifische Fragestellungen (vgl. Biefang 1980: 18). Einen ähnlichen Ansatz verfolgt auch die Medizinisch-Geriatriische Klinik in Hamburg: Er läßt sich grob in a) Dokumentation, b) Deskription und c) Forschung bzgl. globaler und/oder spezifischer Fragestellungen unterteilen.

I. Dokumentation

Die Dokumentation liefert als Basisfunktion zunächst einen Grundstock an Informationen und Daten, die in Form einer Datenbank d.h. mehrerer Dateien gespeichert und verwaltet werden. Dazu werden von jedem Patienten sogenannte Basisdaten mittels eines Datenblattes erhoben, die aber gleichzeitig auch Teil der Routine-Untersuchungen sind. Diese Basisdaten stellen zwar notwendigerweise eine Selektion an Daten dar, können aber jederzeit durch zusätzliche Daten a) aus der Krankenakte b) aufgrund zusätzlicher Befragungen, Beobachtungen etc. und c) durch Follow-up-Studien erweitert werden. Eine Kategorisierung der Basisdaten kann zusätzlich stattfinden im Hinblick auf den Ort der Erhebung bzw.

Behandlung. So können etwa unter Verwendung der gleichen Erhebungsinhalte die Daten von stationären Patienten, Tagesklinikpatienten und Pflegepatienten getrennt erhoben werden, bzw. in unterschiedliche Dateien eingehen. Ebenso läßt sich dies in Erweiterung der Basisdaten unter dem Kriterium "Diagnose" durchführen. Es können z.B. für Schlaganfallpatienten sogenannte Zusatzblätter eingeführt werden, um diese Problematik durch spezifischere Daten umfangreicher zu dokumentieren.

II. Deskription

Als nächster Schritt folgt der reinen Datenerfassung eine Grobauswertung der Daten. Hier geht es zunächst einmal um die Reproduktion der Daten in komprimierter Form, wie dies durch Häufigkeitsauszählungen und Mittelwertsberechnungen möglich ist. Diese Vorgehensweise bezieht sich im wesentlichen auf die Diskription des Patientengutes etwa eines Jahres. Diese Deskription des Patientengutes dient zum einen als notwendiger Hintergrund für die Entwicklung spezifischer Fragestellungen (vgl. Görres/Meiner-Baumgartner 1986) und bekommt in Form von Jahresstatistiken, insbesondere in der Funktion einer Legitimation der Maßnahmen gegenüber dem Kostenträger, für die Klinik zusätzlich den Charakter einer Dienstleistungsfunktion (vgl. Müller).

III. Forschung

Die dritte und wichtigste Funktion im Rahmen der Anwendung einer Datenbank besteht aus der Entwicklung einzelner Fragestellungen und sich anschließender Forschungsschritte. Da das mögliche Spektrum auf dieser qualitativ höchsten Ebene sehr breit sein kann, sollen im Anschluß an die Darstellung verschiedener Forschungstypen einige Studien aufgeführt werden, um das Spektrum vorhandener Fragestellungen aufzuzeigen:

a) Einfache Outcome-Studien

Ihr Ziel besteht in der Überprüfung des Therapieerfolges, indem man zumindest zu zwei Meßzeitpunkten (2-Punkte-Erhebung) Untersuchungen vornimmt. Unter Bezugnahme auf bestimmte Erfolgskriterien wird dabei versucht nachzuweisen, daß durch die therapeutischen Einwirkungen zwischen Beginn und Ende der Behandlung spezifische Veränderungen beim Patienten i.S. von Verbesserung oder Verschlechterung eingetreten sind. Die Erfolgsvariablen, an denen das Behandlungsergebnis zu messen ist,

hängen von der Fragestellung bzw. den Zielgrößen ab, die sich aus der Art der Erkrankung sowie der Behandlung ergeben. Die Statistiker fordern, daß möglichst wenige Zielgrößen herangezogen werden, weil sonst die Behandlungsergebnisse schwer zu interpretieren sind. Zudem ist eine Gewichtung der Erfolgsvariablen nach ihrer relativen Bedeutung für den Gesamterfolg erforderlich (vgl. Biefang 1986: 9f.). Ein weiterer wichtiger Schritt in der Erfolgsforschung ist daher die Festlegung der konkreten Meßinstrumente. Für Outcome-Messungen gibt es heute eine Reihe von Fragebögen, Skalen und Tests, die häufig auf unterschiedlichen Meßebenen eingesetzt werden. Da in der geriatrischen Rehabilitation insbesondere die Verbesserung des physischen Zustands, die Mobilität sowie die Verrichtungen des alltäglichen Lebens eine Rolle spielen, gibt es eine Reihe von i.a.R. Fremdeinschätzungsverfahren, die dort zum Einsatz kommen. Im wesentlichen kann man folgende Gruppen von Beurteilungsskalen unterscheiden:

- ADL-Skalen (Activities of Daily Living)
- Mobilitäts- und Kraftprüfungsskalen
- Gemischte Skalen hinsichtlich Kraft, Einzelfunktionen,
- Diagnosespezifische Skalen (vgl. Barolin u.a. 1987: 60f.).

Neben dem Behandlungs- oder Rehabilitationserfolg als abhängige Variable, spielen natürlich noch eine Reihe anderer Faktoren i.S. von unabhängigen bzw. intervenierenden Variablen eine Rolle:

- soziodemographische Daten
- krankheitsbezogene Daten
- Daten der Statusveränderung
- nachsorgebezogene Daten.

b) Langzeit-Studien

Hier interessiert vor allem die Kontinuität der Behandlung bzw. die Vernderung des erarbeiteten Rehabilitationspotentials in der poststationären Phase. Im Gegensatz zur in der Erfolgsforschung üblichen 2-Punkte-Erhebung, die in der Regel klinikintern durchgeführt wird, handelt es sich hier um Mehr-Punkt-Erhebungen mit teils retro- teils prospektivem Charakter. Es wird nicht mehr nur der klinikinterne, sondern auch der klinikexterne Veränderungsverlauf erfaßt und die Stabilität des Behandlungseffektes durch Katamnesen überprüft. Gerade die Notwendigkeit von katamnestischen Untersuchungen wird im Zusammenhang mit der Erfolgsforschung in der Rehabilitation noch häufig übersehen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß gerade die Kriterien für den Rehabilitationserfolg und seiner Langfristigkeit aus klinikexternen Verhält-

nissen eher zu gewinnen sind, als aus den klinikinternen Vergleichen. Angesichts der häufig univariaten Dependenzanalysen einer klinikinternen Erhebung ist zu überlegen, ob diese einfachen Evaluationsverfahren überhaupt adäquate Aussagen ermöglichen und in ihrer Qualität über ein einfaches "Screening" hinausgehen. Das relative Fehlerrisiko von 2-Punkt-Untersuchungen wird auch dann deutlich, wenn man bedenkt, daß die gemessenen Veränderungen - sofern sie sich innerhalb des kurzen Zeitraums eines stationären Aufenthalts feststellen lassen - im Zuge der Behandlung nicht nur auf die Behandlung, sondern auch auf andere Einflußfaktoren zurückzuführen sein können. Sie können vom Patienten, seiner Umwelt, aber auch von der Durchführung der Untersuchung ausgehen (vgl. Biefang 1986: 7). Im gleichen Maße trifft dies natürlich auch für Mehr-Punkt-Erhebungen zu. Mehrere Erhebungszeitpunkte lassen jedoch brauchbare Ergebnisse i.d.S. erwarten, als sich hier eher ein aussagekräftiger kurvilinearere Verlauf nachweisen läßt.

Der gesamte Inhaltsumfang einer Mehr-Punkt-Erhebung - die beiden ersten Punkte treffen auch für die 2-Punkt-Erhebung zu - läßt sich angesichts einer Komplexität in 3 Bereiche aufteilen:

- Bereich der anamnestisch diagnostischen Ausgangsdaten;
- Bereich der patientenbezogenen Kontextinformationen und
- Bereich der eigentlichen Verlaufsparemeter.

Insbesonderer letzterer Punkt versucht einer Beschreibung und Analyse des Genesungsprozesses sowohl aus medizinischer wie auch aus sozialwissenschaftlicher Sicht gerecht zu werden:

- Umfassende Darstellung des Krankheitsverlaufs sowie des psychischen und sozialen Wohlbefindens der Betroffenen;
- Erfassung zentraler medizinischer, psychischer und sozialer Faktoren, die das Leben nach der stationären Rehabilitation beeinflussen.

Der abhängigen Variable "Rehabilitations-Outcome" als multidimensionalem Begriff, stehen als unabhängige Variablen Erklärungsfaktoren aus folgenden Bereichen gegenüber (vgl. Badura u.a. 1983: 191ff.): psychischer Zustand, Behandlungsmaßnahmen, soziale Unterstützung (soziales Netzwerk, supportive Leistungen, Interaktionen), Persönlichkeit, Bewältigungsstile, chronische Belastungen, Life-events. Als abhängige Variablen werden auf einer somatischen Dimension die körperliche Belastbarkeit, Selbständigkeit und Mobilität, Beeinflussung der Risikofaktoren, Einschätzung der gegenwärtigen Gesundheit und Selbsteinschätzung des

Krankheitsverlaufs erhoben. Die psychosoziale Dimension umfaßt die Einschätzung der Lebenssituation, die psychische Gesundheit, Einschätzung der Lebenszufriedenheit, Angst und Depression, Ertragen der Erkrankung usw. Die soziale Dimension beinhaltet schließlich die Integration der Betroffenen i.S. von sozialer Teilnahme/Rückzug, Wiederaufnahme sozialer Rollen und normaler Freizeitaktivitäten. Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte werden in der Medizinisch-geriatrischen Klinik 120 ehemalige Schlaganfallpatienten über den Verlauf von drei Jahren nachuntersucht und insbesondere zu Aspekten der Gesundheits- und Versorgungssituation, wie auch der Krankheitsbewältigung befragt (vgl. Görres u.a. 1988: 63ff.).

c) Entwicklung geeigneter Meßinstrumente

Obwohl die Entwicklung und Austestung von Skalen i.a.R. gesonderte Forschungsprojekte voraussetzen (vgl. Biefang 1986: 34), können im Rahmen von Outcome-Messungen dennoch Grundlagen und Kriterien für Skalierungs- und Rangordnungsverfahren gewonnen werden. In aller Regel braucht der Kliniker möglichst praktikable Meßinstrumente, die die Beurteilung des individuellen Status eines Patienten sowie Aussagen über die weitere Prognose und Planung seiner Behandlung und zukünftigen Versorgung zulassen. Der Kliniker handelt mit der Absicht, daß eine bestimmte Intervention auch ein wünschenswertes Behandlungsergebnis hervorbringt. Will man ein Instrument für diesen Zweck einsetzen, so muß es dennoch gut entwickelt sein. Wenn ein Instrument als Outcome-Prädiktor benutzt werden soll, bedarf es zudem der Vorhersagevalidität. Dennoch sind die Praktiker bisher eher geneigt, solche Meßinstrumente zu benutzen, die lediglich über eine Face-Validität verfügen. Dies führt nicht selten zu Fehlbewertungen und -entscheidungen, die ausschließlich auf praktische Erfahrung, denn auf statistisch gesicherten Ergebnissen beruhen. Eine Lösung wird in der Zusammenarbeit von Kliniker und Forschendem gesehen, insbesondere dann, wenn es um die Auswahl relevanter Indikatoren geht.

d) Hypothesentestende Einzelstudien

Unter Zuhilfenahme der vorhandenen Daten, aber auch durch die begrenzte Erhebung und Auswertung zusätzlicher oder gänzlich neuer Daten, besteht zudem die Möglichkeit, zu begrenzten Einzelproblemen hypothesentestende Studien vorzunehmen. Exemplarisch sollen hier 3 Studien erwähnt werden, die auf das mögliche Spektrum forschungsrelevanter Themen hinweisen:

1. Neuropsychologische Studie zur Schlaganfallproblematik:

In dieser Studie wurden Testdaten für die Verlaufsuntersuchung von 50 Schlaganfallpatienten erhoben (25 rechts-, 25 linkshirngeschädigte Patienten). Nach einem Auswahlverfahren wurden diese Schlaganfallpatienten eine Woche nach Aufnahme (Prä-Test) und nach weiteren 6 Wochen (Post-Test) mit einer neuropsychologischen Testbatterie untersucht, die u.a. folgende Leistungsbereiche umfaßte:

- intellektuelles Leistungsvermögen,
- Aufmerksamkeit,
- Gedächtnis,
- räumliche Kognition.

Die Absicht der Untersuchung war, a) neuropsychologische Ausfälle bei Schlaganfallpatienten zu Anfang der Rehabilitation systematisch zu erfassen, b) die Rückbildung dieser Störung zu kontrollieren und c) die Befunde von links- und rechtshirngeschädigten Patienten miteinander zu vergleichen und mögliche Anhaltspunkte für die Gestaltung zukünftiger Therapien zu gewinnen (Technow, Meier-Baumgartner, Görres 1988).

2. Digitalisstudie:

Gegenstand dieser Studie war die Untersuchung von Digitalisintoxikationen und deren Ursachen bei hohem Alter. Dazu wurden alle bei der stationären Aufnahme digitalisierten Patienten prospektiv nach vorgegebenen Kriterien klinisch auf das Vorliegen einer Digitalisintoxikation untersucht. Neben der zu hohen Dosierung bei Digitoxin konnte diese Studie ein erhöhtes Kreatinin als grobes Maß der verhinderten Nierenleistung, ein vermindertes Gewicht und die kumulative Wirkung von Zusatzmedikamenten bei Digoxin als signifikante Einflußgrößen auf die Intoxikationsquoten nachweisen (vgl. Wucherpennig/Meier-Baumgartner/Görres 1988).

3. Stationäre und teilstationäre Therapie bei Patienten mit Schlaganfall - Ein Vergleich:

In der dritten Studie wurden Patienten mit ausschließlich stationärer Behandlung, einer Kontrollgruppe von Patienten mit stationärer und Tagesklinik-Behandlung einem Vergleich unterzogen (vgl. Appels u.a. 1987). Die Erhebung erfolgte zu 4 verschiedenen Meßzeitpunkten. Erste Ergebnisse zeigten, daß die Mobilität und Selbständigkeit der Tagesklinikpatienten durch die Behandlung zunimmt und langfristig bestehen bleibt trotz zunächst schlechterer Ausgangslage. Die Mobilität der ausschließlich sta-

tionär behandelten Patienten nimmt dagegen trotz besserer Ausgangslage langfristig z.T. eher ab und gleicht sich den Werten der Tagesklinikpatienten an. Wir vermuten, daß sich eine Behandlung in der Tagesklinik daher langfristig stabilisierend auswirkt; alleinige stationäre Versorgung, einhergehend mit fehlender Nachsorge, kann dagegen bei einem Teil der Patienten zu einem vorzeitigen Verlust des erarbeiteten Rehabilitationspotentials führen. Die Abbildung 2 zeigt eine Zusammenfassung der aufgelisteten Forschungsebenen im Rahmen der Rehabilitation.

KLINISCHE DOKUMENTATION UND FORSCHUNG - Arbeitsschwerpunkte -	
1.	Patientendokumentation: statistische Erfassung der Patienten Ziel: - Beschreibung der klinischen Praxis
2.	Patientenstatistik: Statistische Auswertung der Patientendaten Ziel: - Erstellung von Jahresstatistiken - Berichte für Planungsgrundlagen - Grunddatei für weiterführende Fragestellungen
3.	Klinische Forschung: Bearbeitung und Auswertung von Forschungsfragen u.a. zu Rehabilitationsprozeß u. Krankheitsverarbeitung Ziel: - Outcome-Messungen (Zwei-Punkte-Erhebungen) - Langzeitstudien (Verlaufskontrollen) - Hypothesentestende Einzelstudien - Entwicklung von Meßinstrumenten - Theorie- und Hypothesengenerierung
4.	Praxistransfer: Umsetzung von Ergebnissen in der Praxis Ziel: - Therapieänderung (-verbesserung) - Innovative Praxisfelder (z.B. Nachsorge) - Öffentlichkeitsarbeit - Wissenschaftliche Präsentation (Tagungen) - Publikationen - Fort- und Weiterbildung

Abbildung 2

F. Transformation der Ergebnisse in die klinische Praxis

Die abschließende Frage gilt der Transformation der Ergebnisse in den Klinikalltag und darüber hinaus. Diese Frage ist umso mehr wichtig, als gegen die Evaluation von Programmen häufig angeführt wird, daß sie auch dann, wenn sie relevante Ergebnisse produziert, selten einen Einfluß auf Entscheidungsprozesse hat. Schon deshalb ist eine klinikinterne Evaluation einer externen u.E. vorzuziehen.

Hier liegt zudem auch ein Ansatzpunkt zur Erweiterung des Aufgabenspektrums der klinischen Soziologie. Dementsprechend möchte ich zusammenfassend Wege aufzeigen, wie auf der Grundlage von Forschungsergebnissen und im Rahmen ihrer Umsetzung vielfältige Möglichkeiten der Einflußnahme durch oder über die Rolle eines klinischen Soziologen bestehen können:

1. Dokumentation und Deskription der Versorgungswirklichkeit;
2. Nachweis von Wirkungen bestimmter Maßnahmen auf die Rehabilitanden;
3. Beschreibung der Veränderung eines Patienten hinsichtlich seines Gesundheitsstatus, aber auch seiner Krankheitsbewältigungsstrategien;
4. Entwicklung neuer Erhebungs- und Beurteilungsinstrumente des Rehabilitations-outcomes;
5. Durchführung regelmäßiger follow-ups zur Beschreibung der Nachsorgesituation unter Einbeziehung somatischer, psychischer und sozialer Faktoren (Rehabilitationsverläufe);
6. Integration der Ergebnisse in einen interdisziplinären Ansatz bezüglich Krankheitsbewältigung, Social-support-Aspekten, Stress-coping-Ansätzen usw. (Theoriebildung bzw. Hypothesengenerierung);
7. Feedback für die institutionelle Praxis durch:
 - a) Überprüfung und Veränderung des Interventions-instrumentariums (Therapieberatung);
 - b) Fort- und Weiterbildung des medizinischen und paramedizinischen Personals;
 - c) Kooperation mit nachsorgenden Instanzen: Angehörige, ambulante Dienste, Selbsthilfegruppen.

Literatur

- Appels, A./Görres, S./Steinhagen-Thiessen, E./Meier-Baumgartner, H.P., 1988: Comparison of the rehabilitation potential obtained in stroke patients in a geriatric clinic and a day clinic. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Badura, B./Bauer, J./Kaufhold, G./Lehmann, H./Waltz, M., 1983: Herzinfarktrehabilitation und soziale Unterstützung. S. 191-234 in: C.v. Ferber/B. Badura (Hrsg.), Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe, München/Wien: Oldenbourg.
- Barolin, G.S./Hemmer, W./Lindner, M./Oder, W., 1987: Vorstellung einer Übersichtsskala für die Neuro-Rehabilitation mit Allgemeindiskussion der gängigen Rehabilitationskalen. Rehabilitation, 26:57-69.
- Biefang, S., 1980: Evaluationsforschung in Medizin und Gesundheitswesen, S. 7-53 in: S. Biefang (Hrsg.), Evaluationsforschung in der Psychiatrie: Fragestellungen und Methoden, Stuttgart: Enke.
- Biefang, S., 1986: Evaluationsforschung in der Psychiatrie: Messung von psychosozialen Erfolgs- und Prädiktorvariablen, Medizinsoziologische Mitteilungen der DGMS, 1:2-42.
- Bleidick, U./Brinkmann, Ch./Jochheim, A./Wiedemann, E., 1975: Lehre und Forschung, S. 321-345 in: K.A. Jochheim/J.F. Scholz (Hrsg.): Rehabilitation, Bd. 1. Stuttgart: Thieme.

- Blumenthal, W./Jochheim, K.A., 1976: Begriff, Abgrenzung, interdisziplinäre Zusammenarbeit der medizinisch-sozialen Rehabilitation. S. 589-602 in: M. Blohmke u.a. (Hrsg.), Handbuch der Sozialmedizin. Bd. 3. Stuttgart: Enke.
- Carey, R.G./Posuvac, E.J., 1978: Program Evaluation of a Physical Medicine and Rehabilitation Unit. A New Approach: Arch Phys Med Rehabil, 59:330-337.
- Clark, E.J., 1986: Sociological Practice: Defining the Field. Paper der Sociological Practice Association.
- Döhner, H./Görres, S., 1987: Gesundheitsförderung bei chronischen Krankheiten. Die Situation nach überstandenem Herzinfarkt. Gutachten für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln/Bad Honnef.
- Görres, S./Meier-Baumgartner, H.P., 1986: Dokumentation rehabilitierter Patienten einer Medizinisch-Geriatriischen Klinik. Zeitschrift für Gerontologie, 19:2-6.
- Görres, S./Meier-Baumgartner, H.P./Zamory, P., 1988: Zur Situation von Schlaganfallpatienten nach der Rehabilitation. Erste Ergebnisse einer retrospektiven Langzeitstudie. Die Rehabilitation, 27:63-70.
- Görres, S./Zamory, P./Steinhagen-Thiessen, E./Meier-Baumgartner, H.P., 1987: Longterm Rehabilitation of Patients with Stroke. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Hewer, R.L., 1982: Rehabilitation of Stroke. S. 153-179 in: C.S. Illis/E.J. Sedgwich/H.J. Glauville: Rehabilitation of the neurological Patient, Oxford.
- Howery, C.B., 1986: Teaching sociological Practice. The Practicing Sociologist. The official newsletter of the Sociological Practice Association. 8:4.
- Jahn, H.J., 1965: Rehabilitation als Problem der Medizinsoziologie. Meisenheim am Glan.
- Kane, R./Kane, R., 1981: Assessing the Elderly. Lexington/Massachusetts/Toronto.
- Kondratowitz, H.J., v. (1985): Verwendungsdimensionen gerontologischen Wissens in der Praxis kommunaler Sozialpolitik. Zeitschrift für Gerontologie, 18:65-71.
- Lazarus, R., 1987: Coping with the stresses of illness. Unveröffentl. Vortrag. Bad Honnef.
- Lehmann, H., 1986: Was kann medizinsoziologische Forschung für die Praxis der Rehabilitation leisten? S. 414-459f. in: C. Halhuber/F. Traenckner (Hrsg.). Die koronare Herzkrankheit. Eine Herausforderung an Gesellschaft und Politik. Erlangen: perimed-Fachverlag.
- Lehr, U., 1980: Möglichkeiten der Prävention und Intervention im Alter. S. 35-77 in: R.M. Schütz (Hrsg.). Zum Problemkreis "Geriatrisch-Rehabilitative Tagesklinik". Lübeck.
- Müller, U., 1978: Rollen und Funktionen des Soziologen im psychiatrischen Krankenhaus. Später veröffentlicht. Manuskript. Düsseldorf.
- Siegrist, J., 1975: Lehrbuch der Medizinischen Soziologie, 2. Aufl., München/Berlin/Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Siegrist, K., 1986: Aktuelle Forschungsergebnisse der Abteilung Klinische Soziologie des L.R. Grote-Instituts der Herz-Kreislauf-Klinik Bad Berleburg, S. 460-469f. in: C. Halhuber/R. Tränckner (Hrsg.), Die koronare Herzkrankheit. Eine Herausforderung an Gesellschaft und Politik, Erlangen: perimed-Fachverlag.
- Siegrist, K., 1989: Klinische Soziologie in der Rehabilitation chronisch Kranker. Medizinsoziologie, 1:14-30.
- Technow, U./Meier-Baumgartner, H.P./Görres, S., 1988: Neuropsychologische Testung bei Schlaganfallpatienten in der Geriatriischen Klinik. Geriatrie und Rehabilitation, 2:76-81.
- Thimm, W., 1972: Soziologie der Behinderten. Neuburgweier/Karlsruhe.
- Wirth, L., 1931: Clinical Sociology. The American Journal of Sociology, 37:49-66.
- Wucherpennig, G./Meier-Baumgartner, H.P./Görres, S., 1988: Prospektive Studie zur Digitalisintoxikation in der Geriatrie. Zeitschrift für Geriatrie, 1:95-100.

Stefan Görres

Medizinisch - geriatrische Klinik

Albertinen - Haus

Sellhopsweg 18 - 22

2000 Hamburg 61

Tel.: 040/55 81 - 255