

# Kommunikation in krankheitsassoziierten Alltagssituationen bei Menschen mit rheumatischen Krankheiten – Ergebnisse eines partizipativ gestalteten Forschungsprojekts

Thyrolf, A.<sup>1</sup>, Lamprecht, J.<sup>1</sup>, Schöpf, A.C.<sup>2</sup>, Schlöffel, M.<sup>2</sup>, Farin-Glattacker, E.<sup>2</sup> & Mau, W.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg

<sup>2</sup>Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

## Hintergrund

Jeder neunte Betroffene mit rheumatischen Krankheiten berichtet aufgrund zahlreicher gesundheitlicher Probleme und damit einhergehenden reduzierten Ressourcen erhebliche Einschränkungen der sozialen Teilhabe (Mattukat und Thyrolf 2014). Viele der teilhabeeingeschränkten Bereiche betreffen soziale Interaktionen und somit kommunikative Situationen (Farin et al. 2013), in denen Betroffene aufgrund ihrer Einschränkungen krankheitsassoziierte Gespräche mit anderen Personen führen müssen, um beispielsweise ihre Interessen zu verfolgen bzw. Ziele zu erreichen. Diese Situationen setzen eine gewisse Kommunikationskompetenz voraus. Haben die Betroffenen in krankheitsassoziierten Gesprächen Schwierigkeiten, kann diese eingeschränkte Kommunikationskompetenz als hinderlicher Faktor der sozialen Teilhabe angesehen werden.

Vor diesem Hintergrund wurde ein Projekt („Entwicklung und Evaluation einer Intervention zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen für rheumakranke Menschen auf der Basis einer Analyse kommunikationsbezogener Faktoren der sozialen Teilhabe“) konzipiert, welches erstmals Daten zu krankheitsbezogenen Gesprächssituationen von Menschen mit rheumatischen Krankheiten generiert. Die Ergebnisse werden genutzt, um in Anlehnung an die bereits bestehende Patientenschulung zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen in Behandlungsgesprächen (siehe „KOKOS-Schulung“ von Farin-Glattacker 2015) eine spezifisch für rheumakranke Menschen zugeschnittene Schulung auszugestalten. Diese Schulung soll vor allem auf die Kommunikation in teilhaberelevanten Alltagssituationen abzielen.

## Probanden und Methode

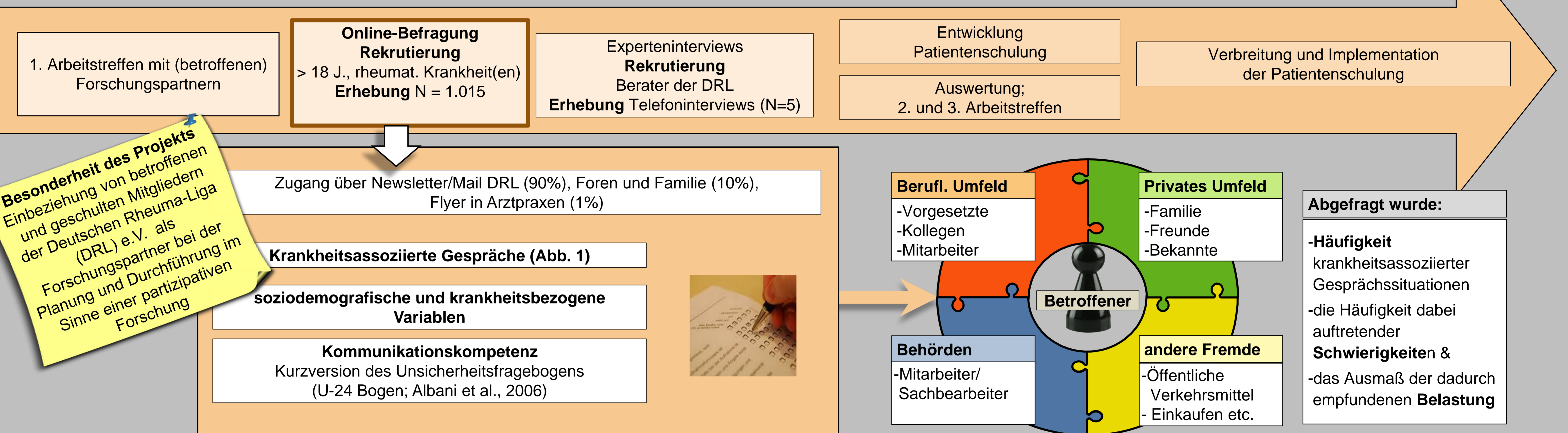


Abb. 1 Überblick der analysierten krankheitsassoziierten Gesprächssituationen

## Ergebnisse

Tabelle 1. Stichprobenbeschreibung

Variable	M ± SD, %
Alter, Jahre	55 ± 11,6
Anteil Frauen	87%
Partnerschaft	73 %
Erwerbstätig	49 %
Sozialstatus (Winkler-Index) *	
Unterschicht	5%
Mittelschicht	33%
Oberschicht	35%
entzündlich rheumatische Erkrankung	51%
> 1 Diagnose	49%
Erkrankungsdauer, Jahre	10 ± 9,7

Anmerkungen. M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, \*Differenz zu 100% durch fehlende Werte

Tabelle 2. Kommunikationskompetenz

U-Skalen (WB: 0-30)	Untersuchungstichprobe			Bevölkerungstichprobe (Albani et al. 2006)		
	gesamt (N=1.015)	Frauen (n=837)	Männer (n=129)	gesamt (N=1803)	Frauen (n=972)	Männer (n=831)
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Fehlschlag- und Kritikangst	12,0 (6,1)	12,3 (6,0)	9,9 (5,9)	9,01 (6,12)	9,8 (6,2)	8,1 (6,0)
Kontaktangst	12,9 (5,7)	12,9 (5,6)	12,7 (6,3)	10,2 (5,71)	10,2 (5,7)	10,1 (5,7)
Fordern können	15,2 (5,1)	14,9 (5,1)	17,4 (5,1)	17,7 (5,36)	17,2 (5,3)	18,3 (5,4)
Nicht-Nein-Sagen können	14,6 (5,9)	14,7 (5,9)	13,7 (5,6)	12,9 (5,83)	13,6 (5,9)	12,1 (5,6)

Anmerkungen. WB= Wertebereich: 0= keine Unsicherheiten bis 30= maximale Unsicherheit./Skala „Fordern können“ konträr gepolt, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung

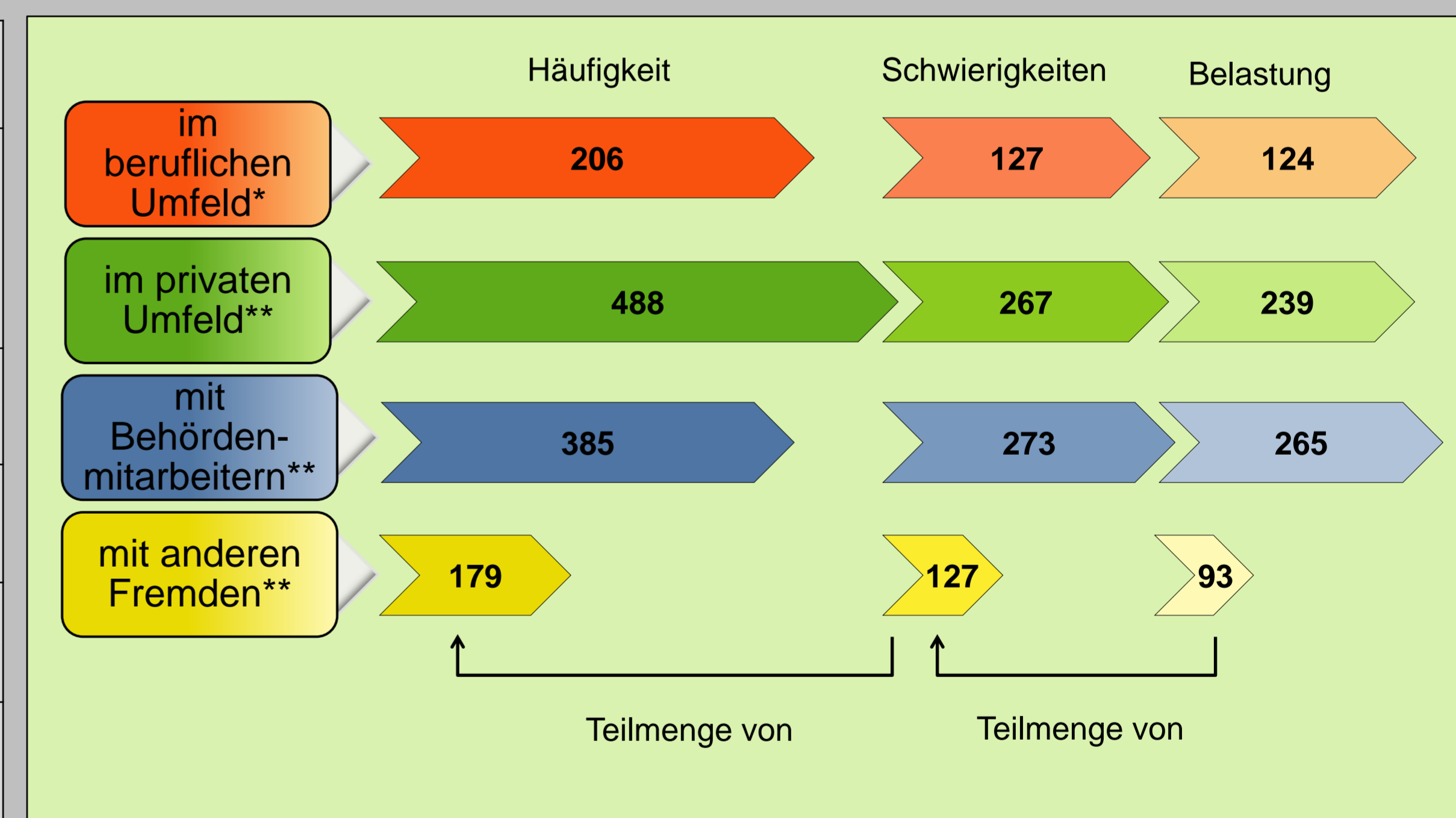


Abb. 2 Darstellung der Schwierigkeiten und Belastungen in krankheitsassoziierten Gesprächen in Abhängigkeit von der Häufigkeit des Auftretens (absolute Häufigkeiten der Kategorien 2=manchmal bis 4=immer). Die Länge der Pfeile entspricht dem Verhältnis der Kategorien im jeweiligen Bereich zueinander. \* N= 507; \*\* N=1.015

In Tabelle 2 sind die Einschätzungen der einzelnen Skalen des U-Bogen-24 für die **Gesamtstichprobe**, sowie für Männer und Frauen getrennt, dargestellt. Die größte Unsicherheit zeigen Betroffene auf der Skala „Nicht-Nein-Sagen können“. Im Vergleich zu den **Männern** haben **Frauen** mehr Angst vor Fehlschlägen und Kritik. Sie geben an, weniger in der Lage zu sein, Forderungen zu stellen und können schlechter „Nein-Sagen“. In Bezug auf **Altersunterschiede** wird deutlich, dass ältere Betroffene (> 60 Jahre) weniger Angst vor Kritik oder Fehlschlägen haben ( $p \leq 0.001$ ) und besser Forderungen stellen können ( $p = 0.002 - p = 0.009$ ). Des Weiteren haben sie, im Vergleich zur Gruppe der 30-39 Jährigen und 50-59 Jährigen, weniger Kontaktängste ( $p = 0.020$ ;  $p = 0.029$ ) und weniger Schwierigkeiten „Nein“ zu sagen ( $p = 0.040$ ;  $p = 0.005$ ). In Bezug auf den **Sozialstatus** zeigt sich, dass Personen der Oberschicht, im Vergleich zur Mittelschicht, eher in der Lage sind Forderungen zu stellen ( $p = 0.036$ ). Im Vergleich zur **Bevölkerungstichprobe** sind die Betroffenen eingeschränkter. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Bevölkerungstichprobe jünger und in Bezug auf den relativen Anteil von Männern und Frauen gleichverteilt ist (der absolute Anteil der Frauen kann jedoch mit dem Anteil der betroffenen Frauen verglichen werden).

Mehr als die Hälfte der Teilnehmer hat **Schwierigkeiten** in krankheitsassoziierten Gesprächssituationen (Abb. 2). Im Verhältnis zur Häufigkeit des Auftretens haben die Teilnehmer in Gesprächen mit **Behördenmitarbeitern**, gefolgt von Gesprächen am **Arbeitsplatz**, am häufigsten Schwierigkeiten eigene Interessen bzw. Ziele zu verfolgen. Im Vergleich zu Männern geben **Frauen** häufiger Schwierigkeiten im privaten Bereich ( $p \leq 0.001$ ) sowie bei Gesprächen mit Behördenmitarbeitern ( $p \leq 0.05$ ) an und erleben in allen Bereichen eine stärkere Belastung ( $p \leq 0.05$ ). Ältere Betroffene (> 60 Jahre) berichten in allen o.g. Gesprächssituationen weniger Schwierigkeiten und Belastungen.

## Diskussion

Das Projekt ermöglicht neue Einblicke in die Kommunikation von Menschen mit rheumatischen und muskuloskeletalen Erkrankungen. In der anschließenden Patientenschulung („KOKOS-Rheuma“) werden besonders Situationen ergründet, die Nein-Sagen erfordern, sowie durch das Üben von richtigem Argumentieren und Feedback geben, die Angst vor Kritik und Fehlschlägen reduzieren. Dabei werden

insbesondere schwierige Situationen am Arbeitsplatz und bei Behördengängen fokussiert. Wichtig ist auch, auf altersrelevante Situationen zu achten (Beispiel: Beruf) und Informationen für den Schulungsleiter bereitzustellen, die auf soziodemografische Besonderheiten (Alter, Geschlecht, Sozialstatus) hinweisen, welche sich durch spezifische Gruppenkonstellationen ergeben können.

### Kontakt:

Dr. Juliane Lamprecht  
Med. Fak. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Institut für Rehabilitationsmedizin  
06097 Halle (Saale)  
E-Mail: juliane.lamprecht@medizin.uni-halle.de  
www.rehamedizin.uni-halle.de  
Tel.: +49 345 557-1632

**Literatur:** Mattukat, K.; Thyrolf, A. (2014): Soziale Teilhabe und Alltagsaktivitäten von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Unterstützung durch Selbsthilfe, Bewegungstherapie und neue Medien. In: *Z Rheumatol* 73 (1), S. 42-48/  
Farin, E.; Ullrich, A.; Nagl, M. (2013): Health education literacy in patients with chronic musculoskeletal diseases: development of a new questionnaire and sociodemographic predictors. In: *Health Education Research* 28 (6), S. 1080-1091./ Farin-Glattacker, E. (2015): Entwicklung und Evaluation einer Patientenschulung zur Förderung der Gesundheitskompetenz von chronisch Kranken. In: *Versorgungsnähe Forschung – Chronische Krankheiten und Patientenorientierung. Projekturzfasungen -Abschlussworkshop in Erkner am 05./06.02.2015*, S. 20-21/Albani, C., Schmutzer, G., Blaser, G., Körner, A., Nawroth, C., Geyer, M. & Brähler, E. (2006). Die Entwicklung einer Kurzversion (U-Bogen-24) des Unsicherheitsfragebogens von Ullrich und Ullrich de Muynck. *Psychother Psych Med*, 56, 118-127.

Projektlaufzeit: Jan. 2015 bis Jul. 2017  
Förderer: Deutsche Rheuma-Liga e.V.