
Bachelor Thesis 2013

Fachhochschule Nordwestschweiz Basel

Stationäre klinische Sozialberatung bei Menschen mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung



Verfasserin: Clivia Misteli

Eingereicht bei: Kristina Hermann

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit

Fachhochschule Nordwestschweiz, Basel

Eingereicht im Januar 2013 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit der stationären Klinischen Sozialarbeit und der Beratung von Menschen mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD).

Das Ziel war es zu prüfen, inwiefern die Sozialberatung der Klinik Barmelweid COPD-Betroffene in Bezug auf ihre Herausforderungen unterstützen kann. Dafür wurden die Erkrankten zu ihren konkreten emotionalen sowie sozialen Herausforderungen und kritischen Momenten innerhalb des Krankheitsverlaufs befragt. Ferner sollten sie ihre subjektive Wahrnehmung zum Unterstützungsgehalt der Sozialberatung schildern.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Betroffenen zahlreiche Beeinträchtigungen im Alltag erleben. Ferner verfügen die COPD Erkrankten über unterschiedliche Krankheitsbewältigungsstrategien im Umgang mit der Erkrankung und den Folgebeeinträchtigungen. Die Sozialberatung hat dabei den Auftrag, gemeinsam mit den Betroffenen problemreiche Situationen zu erkennen, ihre Ressourcen zu fördern und adäquate Hilfestellungen zu erarbeiten.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
1.1 Ausgangslage	4
1.2 Gesundheit und Krankheit im Fokus der Sozialen Arbeit.....	5
1.3 Aufbau der Arbeit	6
1.4 Fragestellung	7
1.5 Ziel der Arbeit.....	8
2. Theoretischer Hintergrund	9
2.1 Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD).....	9
2.1.1 Veränderung der Atemwege.....	10
2.1.2 Verlauf der Erkrankung und Diagnostik	11
2.1.3 Prävalenz.....	12
2.1.4 Komorbidität von psychischen Störungen und COPD.....	13
2.1.5 Auswirkungen auf den Alltag nach ICF.....	13
2.2 Krankheitsbewältigung bei chronischen Erkrankungen.....	16
2.2.1 Krankheitserleben	16
2.2.2 Belastungen durch Erkrankung	17
2.2.3 Definition von Krankheitsbewältigung und Coping.....	17
2.2.4 Modelle zur Krankheitsbewältigung	19
2.2.4.1 Transaktionales Stressmodell von Lazarus	19
2.2.4.2 Phasentheorien zur Krankheitsbewältigung.....	20
2.2.5 Erfassung und Effektivität von Krankheitsbewältigung.....	22
2.3 Patientencompliance.....	23
2.4 Klinische Sozialarbeit	24
2.4.1 Stationäre Klinische Sozialarbeit in der Rehabilitation	25
2.4.2 Sozialberatung der KBA.....	26
3. Empirische Untersuchung	28
3.1 Präziser Forschungsgegenstand.....	28
3.2 Das methodische Vorgehen und das Sample.....	28
3.2.1 Sample.....	34
3.2.2 Kurzportrait der Interviewpartner und –partnerinnen	35
3.2.2 Transkriptionsregeln.....	36
3.3 Auswertung des empirischen Materials	37

4. Ergebnisse	39
4.1 Oberkategorie 1: Kritische Momente und Herausforderungen.....	39
4.1.1 Ergebnisse mit Interviewpassagen.....	39
4.1.2 Theoretische Verortung.....	43
4.1.3 Kritische Würdigung.....	44
4.2 Oberkategorie 2: Krankheitsbewältigungsbemühungen.....	46
4.2.1 Ergebnisse mit Interviewpassagen.....	46
4.2.2 Theoretische Verortung.....	49
4.2.3 Kritische Würdigung.....	50
4.3 Oberkategorie 3: Subjektiver Unterstützungsgehalt der Sozialberatung.....	51
4.3.1 Ergebnisse mit Interviewpassagen.....	51
4.3.2 Theoretische Verortung.....	53
4.3.3 Kritische Würdigung.....	54
4.4 Oberkategorie 4: Erwartungen vor Erstkontakt und offene Bedürfnisse.....	54
4.4.1 Ergebnisse mit Interviewpassagen.....	54
4.4.2 Theoretische Verortung.....	56
4.4.3 Kritische Würdigung.....	57
5. Schlussfolgerungen	58
5.1 Beantwortung der Fragestellungen.....	58
5.1.1 Unterfragestellungen.....	58
5.1.2 Hauptfragestellung.....	60
5.2 Zusammenfassung der Ergebnisse und Handlungskonsequenzen.....	60
5.3 Kritische Würdigung.....	62
6. Quellenverzeichnis	63

1. Einleitung

Im nachfolgenden Teil der Arbeit soll der persönliche Bezug aufgezeigt, die Fragestellung hergeleitet und der Bezug zur Sozialen Arbeit erläutert werden. Des Weiteren werden der Aufbau und das Ziel der Bachelorthesis dargelegt.

1.1 Ausgangslage

Seit eineinhalb Jahren arbeitet die Verfasserin in der Sozialberatung der Klinik Barmelweid (KBA). Die KBA ist eine überregionale Rehabilitationsklinik. Zu den medizinischen Kernkompetenzen gehören die Pneumologie, Kardiologie, Psychosomatik und die Schlafmedizin. Patienten und Patientinnen werden während ihrem Aufenthalt ganzheitlich betreut, was bedeutet, dass die Interdisziplinarität einen grossen Stellenwert einnimmt. Fachpersonen aus der Atemtherapie, Ernährungsberatung, Pneumologie, Psychologie, Sozialarbeit, Trainingstherapie und ein spezialisiertes Pflorgeteam arbeiten dabei eng zusammen.

Zum Auftrag der Sozialberatung gehören u.a. die Beratung bei sozialversicherungstechnischen und finanziellen Fragen, das Organisieren von Anschlusslösungen, Gespräche mit Angehörigen, Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen sowie die Beratung bei weiteren verschiedensten Problemstellungen bei der Sozialarbeit.

Seit Beginn ihrer Tätigkeit ist die Verfasserin für die sozialarbeiterischen Fragestellungen der pneumologischen Abteilungen zuständig. Ein beachtlicher Teil der Patienten und Patientinnen sind an einer COPD erkrankt, welche im Volksmund auch unter „Raucherlunge“ bekannt ist. COPD ist eine chronische und nicht vollständig reversible Erkrankung und somit nicht heilbar. Die Betroffenen, welche in der KBA rehabilitiert werden, leiden meist an einer fortgeschrittenen COPD und müssen sich dadurch im Alltag mit teilweise erheblichen Herausforderungen auseinandersetzen.

Im Laufe der vergangenen anderthalb Jahre hat die Autorin die Erfahrung gemacht, dass die Betroffenen sehr unterschiedlich mit ihrer Erkrankung umgehen. Die Spannweite von Umgang und Bewältigung geht dabei von absoluter Akzeptanz und konsequenter Einhaltung der Veränderungsvorschriften bis hin zur Verweigerung der Therapie. Von Anfang an hat die Verfasserin diese Begebenheit fasziniert und gleichermassen herausgefordert. Sie erhielt den Eindruck, dass der Umgang mit der Erkrankung und die damit verbundene Compliance der Betroffenen grossen Einfluss auf die Zusammenarbeit zwischen Klientel und Sozialarbeitenden nehmen. So kommt es immer wieder vor, dass manche Personen sich

weigern, notwendige Unterstützungen und Angebote anzunehmen und umzusetzen, aber auch grosses Misstrauen gegenüber der Sozialberatung hegen. Andere wiederum scheinen sich emotional und gedanklich kaum von der Erkrankung distanzieren zu können und sind froh um jegliche Beratung und Unterstützung. Aufgrund dessen stellte sich der Autorin die Frage, inwiefern die Sozialberatung die Krankheitsverarbeitung bzw. Krankheitseinsicht positiv beeinflussen kann und welche Effekte von Betroffenen der klinischen Sozialarbeit zugesprochen werden.

1.2 Gesundheit und Krankheit im Fokus der Sozialen Arbeit

Wird in der Literatur nach Definitionen zur Gesundheit gesucht, so lassen sich zahlreiche dazu finden, da unterschiedliche Disziplinen verschiedene Schwerpunkte setzen. Die Medizin würde Gesundheit wohl am ehesten als das Gegenteil von Krankheit bestimmen, wobei eine Person dann gesund wäre, wenn keine Symptome vorhanden sind (vgl. Faltermaier 2009: 49). Nach der WHO hingegen wird Gesundheit als positives Attribut definiert: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (WHO Oktober 2006: 1). Gesundheit kann demnach nicht als das alleinige Fehlen von Krankheit und Gebrechen definiert werden. Gesundheit ist vielmehr auch vom mentalen, sozialen und körperlichen Wohlbefinden abhängig. Sie ist als Prozess- Charakter zu verstehen, wobei der Zustand der Gesundheit immer wieder neu hergestellt werden muss (vgl. Fritz 2006: 56). Dieser ist aber in der Definition der WHO als solcher nicht erkennbar. Das bio-psycho-soziale Modell, welches seit Ende des 20. Jahrhunderts an Bedeutung gewann, nimmt denselben Grundgedanken auf. Der Mensch wird darin nicht mehr nur als biologisch isoliertes System verstanden, sondern vielmehr als Individuum, welches auch von sozialen, psychischen und biologisch-organischen Faktoren beeinflusst wird (vgl. Vorhemus 2013: 52).

Gesundheit und Krankheit sind des Weiteren auch an Wertvorstellungen unserer Gesellschaft gebunden, wobei der Gesundheit Attribute wie Leistungsfähigkeit, Attraktivität und Jugend zugesprochen werden. Krankheit und Beeinträchtigung sind möglichst zu vermeiden. Dies führt dazu, dass die Individuen die Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen. Gleichzeitig droht Gesundheit aber auch zur moralischen Pflicht zu verkommen, da scheinbar nur die Gesunden den gesellschaftlichen Leistungsansprüchen gerecht werden und die sozialen Aufgaben erfüllen können (vgl. Faltermaier 2009: 47f.).

Des Weiteren ist der Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit längst bestätigt. Handlungsspielräume und somit Verwirklichungschancen werden durch Erkrankungen eingeschränkt, was wiederum das Wohlergehen beeinflusst (vgl. Homfeldt

2010: 315f.). Die Soziale Arbeit hat deshalb zur Aufgabe, ressourcenorientierte Handlungsansätze zu entwickeln, durch welche die Klientel zur Selbsthilfe befähigt wird. Klienten und Klientinnen sollen letztlich selbstverantwortlich Einfluss auf ihren gesundheitlichen Zustand nehmen können (vgl. Ningel 2011: 45). Die Hochschule für Soziale Arbeit FHNW dehnt das Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit weiter aus auf die psychosozialen Dimensionen von Gesundheit, welche zu gestalten und zu entwickeln sind. Die Interventionen sind dabei auf den Erhalt, Ausbau und die Wiederherstellung von Gesundheit ausgerichtet (vgl. Hochschule für Soziale Arbeit FHNW 2012, Gesundheit und Krankheit im Fokus der Sozialen Arbeit 2012: 2).

COPD-Erkrankte kämpfen mit einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit. Dies führt zu einer Abnahme von Aktivitäten, was wiederum die Teilhabemöglichkeiten und die Handlungsspielräume reduziert. Hinzu kommt, dass die Erkrankten oft von Stigmatisierung und Scham betroffen sind, da sie u.a. der gesellschaftlichen Norm der Leistungsfähigkeit nicht mehr entsprechen. Im Hinblick auf die zunehmende Prävalenz erscheint es sinnvoll, dass die Soziale Arbeit sich darum bemüht, bestehende soziale Unterschiede aufgrund des Gesundheitszustands zu vermindern und Betroffene in ihrer Selbstbestimmung fördert.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist in fünf Teile gegliedert. Das erste Kapitel erläutert die Ausgangslage, den Bezug zur Sozialen Arbeit, den Aufbau, die Fragestellung sowie das Ziel der Arbeit. Im zweiten Kapitel werden die theoretischen Kenntnisse zur COPD, unterschiedliche Krankheitsbewältigungsmodelle, die Patient compliance und das Arbeitsfeld der stationären Klinischen Sozialarbeit erläutert. Es wird hierbei spezifisch Bezug zur Sozialberatung der KBA genommen. Im dritten Kapitel werden das Forschungsfeld, die Erhebungsmethode und die Auswertungsmethode vorgestellt. Die Ergebnisse der qualitativen Erhebung werden im vierten Kapitel dargestellt, mit der Theorie verglichen und kritisch gewürdigt. Im fünften und letzten Kapitel werden die Fragestellungen beantwortet, die resultierenden Ergebnisse zusammengefasst und Handlungskonsequenzen formuliert. Zuletzt folgt die kritische Würdigung der gesamten Theses.

1.4 Fragestellung

Aus den Vorbetrachtungen ergaben sich zu Beginn mehrere Fragestellungen. Ausgangspunkt war die folgende: Wodurch kann die stationäre Klinische Sozialarbeit (anhand des Beispiels der Sozialberatung der KBA) die Krankheitsbewältigung bei Menschen mit einer COPD aus Betroffenenensicht fördern? Aus dieser Überlegung entwickelte sich die Hauptfragestellung: *Wie schätzen COPD-Betroffene den Stellenwert der Sozialberatung in Bezug auf kritische Momente während des Krankheitsverlaufs ein?*

Ausgehend von den Vorkenntnissen der Autorin und aus der Erarbeitung des theoretischen Teils haben sich die nachfolgenden Unterfragen ergeben:

- Welches sind Momente innerhalb des Krankheitsverlaufs der COPD, die sich für die Betroffenen als kritisch herausstellen?
- Welches sind weitere soziale und emotionale Herausforderungen, vor welche COPD Erkrankte gestellt sind?
- Welche Umgangsformen bzw. Krankheitsbewältigungsstrategien zeigen sich in jenen kritischen Momenten?
- Inwiefern ist das bestehende Angebot der Sozialberatung in solchen Momenten sowie auch für weitere soziale und emotionale Herausforderungen im Alltag aus Sicht der Betroffenen unterstützend?
- Welche relevanten Thematiken werden vom Dienstleistungskatalog der Sozialberatung nicht abgedeckt?

1.5 Ziel der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, das bestehende Leistungsangebot der Sozialberatung der KBA aus subjektiver Wahrnehmung der Betroffenen zu überprüfen. Es soll geklärt werden, wie die Patienten und Patientinnen den Stellenwert der Sozialberatung in Bezug auf ihre kritischen Momente und Herausforderungen einschätzen. Vor welche Herausforderungen werden die Betroffenen gestellt? Deckt der Dienstleistungskatalog der Sozialberatung der KBA tatsächlich den Unterstützungs- und Beratungsbedarf im Hinblick auf kritische Momente im Krankheitsverlauf ab oder bleiben letztlich zahlreiche Bedürfnisse und Hoffnungen offen? Da diese Fragen nur unzureichend von Experten und Expertinnen beantwortet werden können, sollen in dieser Bachelorthesis Betroffene zu Wort kommen. Sie erhalten in den Interviews die Chance, ihre spezifischen emotionalen und sozialen Herausforderungen im Alltag sowie kritische Momente im Verlauf der Erkrankung zu erläutern. Zudem sollen sie ihre Erfahrungen mit der Sozialberatung äussern, wodurch zur Erkenntnis gelangt werden soll, welche Interventionen tatsächlich als hilfreich erschienen. Es soll demnach ersichtlich werden, wie erfolgreiche Beratung und Hilfe aus Betroffenenensicht erreicht werden kann.

2. Theoretischer Hintergrund

Um die Frage nach dem Stellenwert der Sozialberatung aus Sicht von COPD- Betroffenen zu klären, bedarf es theoretischem Hintergrundwissen. Zunächst folgen eine allgemeine Darstellung des Krankheitsbilds sowie Zahlen zur Prävalenz und zur Komorbidität von psychischen Störungen. Um den Umfang der Symptomatik und die Lebenssituation zu erfassen, wird das Modell der funktionalen Gesundheit (ICF) hinzugezogen. Mögliche Beeinträchtigungen aber auch Förderfaktoren können damit dargestellt werden. Darauf folgt die Thematik der Krankheitsbewältigung bei chronischen Erkrankungen, bei welcher zwei unterschiedliche Modelle zur Krankheitsverarbeitung dargestellt werden. Zuerst wird eines der wohl bekanntesten Phasenmodelle zur Verarbeitung von belastenden Lebensereignissen erörtert, nämlich jenes von Kübler-Ross. Phasenmodelle beruhen auf der Annahme, dass das Individuum bei Eintritt eines belastenden Ereignisses einen Prozess von verschiedenen Phasen durchläuft bis hin zur Akzeptanz. Weiter wird das Transaktionale Stressmodell von Lazarus erläutert, welches eine der am weitest verbreiteten Copingtheorien darstellt. Bei diesem Modell wird davon ausgegangen, dass ähnlich wie bei den Phasenmodellen ein situativer Faktor (wie der Beginn einer Erkrankung) Auslöser für die Bewältigungsbemühungen ist (vgl. Muthny/Bengel 2009: 361). Im nächsten Kapitel wird die Patientencompliance erläutert, die sich auf den Therapieverlauf im gesamten medizinischen System auswirken kann. Zuletzt wird das Arbeitsfeld der Klinischen Sozialarbeit dargestellt, wobei insbesondere auf die Sozialberatung der KBA eingegangen wird.

2.1 Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Die Abkürzung COPD kommt aus dem Englischen und steht für:

- C** chronic = chronisch, dauerhaft
- O** obstructive = einengend, verengend
- P** pulmonary = pulmonal, die Lunge betreffend
- D** disease = Krankheit (vgl. Schacher/Worth 2009: 1)

Der Begriff der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung, im Volksmund auch „Raucherlunge“ genannt, beschreibt keine eigenständige Erkrankung, sondern umfasst Krankheiten mit ähnlicher Symptomatik und Therapiestrategien. Die Symptomatik umfasst eine funktionale Beeinträchtigung der Lunge, kombiniert mit chronischem Husten, Atemnot (Dyspnoe), gesteigertem Auswurf, Atemwegsobstruktion (Verengung) und eingeschränktem Gasaustausch. Davon abzugrenzen ist die asthmatische Bronchitis (vgl. Deutsche Rentenversicherung 2010: 7). Da sich die Abgrenzung aber als schwierig erweist, wird

COPD je nach Literatur als unterschiedlicher Sammelbegriff verwendet. Da die COPD demnach als Schnittmenge einiger Erkrankungen diene und dadurch keine einheitliche bzw. eindeutige Definition bestand, wurde in Zusammenarbeit mit der WHO (Weltgesundheitsorganisation) und der NIH (National Institutes of Health) die GOLD-Initiative (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) ins Leben gerufen. Diese definiert COPD als eine „progrediente, nicht vollständig reversible Atemwegsobstruktion auf dem Boden einer chronischen Bronchitis- und /oder eines Lungenemphysems (...).“ (Vogelmeier 2003: 16f.) Nach der WHO-Definition liegt eine chronische Bronchitis vor, wenn Husten und Auswurf wenigstens drei Monate in mindestens zwei aufeinander folgenden Jahren bestehen (vgl. Vogelmeier et al., 2007: 4). Das Lungenemphysem ist eine irreversible Überblähung der Lungen, wobei die kleinsten Atemwege und Lungenbläschen dauerhaft erweitert sind und das Lungengewebe somit zerstört wird (vgl. Schacher/Worth 2009: 1). Der Gasaustausch findet nur noch vermindert statt (vgl. Vogelmeier et al. 2007: 4). Es geht häufig mit einer chronisch obstruktiven Bronchitis einher.

2.1.1 Veränderung der Atemwege

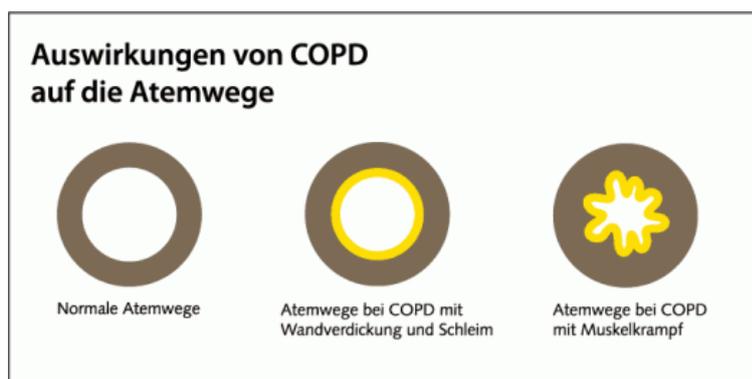


Abb. 2: Auswirkungen von COPD auf die Atemwege
(<http://www.lungenliga.ch/de/krankheiten/copd/was-ist-copd.html>)

Durch inhalative Schadstoffe, meist in Form von Tabakrauch oder anderen exogenen Risikofaktoren wie beispielsweise Luftverschmutzung, werden Flimmerhaare an der Schleimhautoberfläche beschädigt. Als Folge davon tritt ineffektiver (Raucher-) Husten auf. Darauf folgt ein Entzündungsprozess, der die Atemwege anschwellen lässt, zur Verkrampfung der Atemwege und zur vermehrten Schleimbildung führt (siehe Abb. 2). Die Atemwege und Bronchien sind dauerhaft verengt, wobei die Verengung laufend fortschreitet. Der Halteapparat der kleinen Atemwege wird angegriffen, so dass sich die Wände bei der Ausatmung leichter zusammendrücken lassen und dabei mehr Luft in der Lunge verbleibt (vgl. Schacher/Worth 2009: 3). Durch den erhöhten Strömungswiderstand nehmen die Lungenfunktion ab und die Atemnot (Dyspnoe) zu (vgl. Lungenliga o.J.). Die COPD betrifft

jedoch nicht nur die Lunge, sondern wirkt sich auch auf den Herz- Lungenkreislauf, die Psyche, das Skelettsystem und die Skelettmuskulatur aus (vgl. Vogelmeier et al. 2007: 1). Darauf wird im Kapitel 2.1.2 näher eingegangen.

2.1.2 Verlauf der Erkrankung und Diagnostik

Häufig werden erste Symptome wie Husten und Auswurf nicht ausreichend ernst genommen. Hinzu kommt, dass diese sich schleichend verschlimmern und die Belastungsdyspnoe infolge körperlicher Schonung oft nicht als belastend empfunden wird. Daher suchen die Betroffenen erst spät medizinischen Rat, wodurch eine frühzeitige Therapie häufig verhindert wird.

Mit fortschreitender Erkrankung kommt es besonders unter Belastung zu Dyspnoe. Bei schwerwiegender COPD lässt sich wiederkehrender Husten mit Bildung von eitrigem Auswurf, starke Dyspnoe mit röchelnder Atmung und schwere Einschränkung der Bewegungsfreiheit feststellen. Ausserdem kann es zu starkem Gewichtsverlust (Kachexie), Fieber, Lungenhochdruck und Herzinsuffizienz kommen (vgl. Kojda 2005: 37). Weiter können im späteren Verlauf sogenannte Exazerbationen auftreten, welche als akute Verschlechterung der COPD- Symptomatik zu verstehen sind und meist durch virale oder bakterielle Infektionen verursacht werden (vgl. Vogelmeier et al. 2007: 11).

Bei Verdacht auf eine COPD wird eine sorgfältige Anamnese erstellt, bei welcher u.a. die Beeinträchtigung im Alltag, Komorbiditäten, soziale Anamnese, Exposition gegenüber Tabakrauch und anderen Giften etc. erfasst werden. Zudem findet eine körperliche Untersuchung statt, wobei der körperliche Befund bei geringer Ausprägung der COPD unauffällig sein kann. Ein weiteres wichtiges Diagnoseverfahren stellt der Lungenfunktionstest in Form der Spirometrie dar. Dabei wird die forcierte Vitalkapazität (FVC) und die Einsekundenkapazität (FEV1) erfasst, welche die Atemflussbehinderung messen. Vereinfacht heisst dies, dass das Gesamtfassungsvermögen der Lunge und der Widerstand der Atemwege gemessen werden (vgl. Vogelmeier 2007: 5f.). Anhand der Spirometrie kann der Schweregrad der Erkrankung gemessen werden.

Die Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) teilt die COPD in vier Stadien ein:

- **COPD GOLD I** (leicht): Dyspnoe wird oft noch nicht bemerkt. Die Betroffenen wissen zu diesem Zeitpunkt meist noch nicht, dass die Lungenfunktion eingeschränkt ist.
- **COPD GOLD II** (mittel): Die Symptome (Husten und Auswurf) haben zugenommen. Insbesondere die Dyspnoe unter Belastung ist spürbarer. Die Lungenfunktion weicht bereits um 20-50% vom Sollwert ab.
- **COPD GOLD III** (schwer): Dyspnoe, Auswurf und Husten beeinträchtigen die Betroffenen massiv. Kleinste Anstrengungen wie Treppenlaufen bereiten bereits Kurzatmigkeit.
- **COPD GOLD IV** (sehr schwer): Die Lungenfunktion weicht um mehr als 70% vom Sollwert ab. Es besteht chronischer Sauerstoffmangel. Gehäufte Exazerbationen (akute Verschlechterungen) mit lebensbedrohlichem Verlauf treten auf (vgl. ebd. 8f.).

Auf die Auflistung weiterer diagnostischer Verfahren wird an dieser Stelle verzichtet, da diese den Rahmen der Arbeit sprengen würden und letztlich wenig relevant für die Fragestellung sind.

2.1.3 Prävalenz

Daten zur Prävalenz der COPD zeigen immer wieder unterschiedliche Zahlen auf, weshalb es sich als schwierig erweist, genaue Messungen zu erhalten. Criée und Nowak (2006: 205) verweisen sogar auf eine Spannbreite der Prävalenzen zwischen 0,23% - 18%, wobei jedoch unklar ist, wie und wo diese Daten erhoben wurden. Die beiden Autoren nehmen zudem Bezug auf weitere Studien, welche mit spirometrischen Messungen durchgeführt wurden, und gehen innerhalb von Nordamerika und Europa von einer Prävalenz zwischen 5% - 10% aus.

Daten zur Prävalenz in der Schweiz zeigt lediglich die SAPALDIA- Population; eine epidemiologische Langezeitstudie, welche die Auswirkungen von Luftschadstoffen sowie weiteren Faktoren auf die Gesundheit untersuchte (vgl. Sapaldia 2011: o.S.). Die Studie erforschte über elf Jahre zufällig ausgewählte 18- bis 60- jährige. Dadurch konnte eine Prävalenz von 9,1% nachgewiesen werden, wobei sich davon 85% im GOLD- Stadium I befanden. Unter Bezugnahme auf eine Schweizer Praxisstudie, welche 25'000 Spirometriemessungen durchführte und bei 28% der über 40- jährigen Rauchenden pathologische Werte aufzeigen konnte, gehen Russi und Brändli von 400'000 Betroffenen innerhalb der Schweiz aus (vgl. Russi/Brändli 2008: 1949). Dies bedeutet eine Prävalenz von knapp 5%. Von derselben Zahl geht auch die Lungenliga im Jahresbericht 2012 aus, wobei die Organisation im Jahr 2012

17'000 Betroffene betreut hatte, was zum Vorjahr einen Anstieg von 1'500 Personen bedeutet (vgl. Lungenliga Jahresbericht 2013: 7).

In der Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumonie gehen die Autoren davon aus, dass die COPD gegenwärtig die vierthäufigste Todesursache weltweit ist und bis im Jahr 2020 gar den dritten Platz der häufigsten Todesursachen erreichen wird (vgl. Vogelmeier et al. 2007: 4).

In einem Medienbericht der Schweizer Ärztezeitung von Karrer (2005: 897) zur pulmonalen Rehabilitation in der Schweiz ist die Rede von Spitalkosten von 100Mio. Franken jährlich und von Folgekosten von über einer Milliarde.

Obwohl die COPD in der Öffentlichkeit kaum bekannt ist, verdeutlichen diese Zahlen, dass es sich um eine ernstzunehmende Erkrankung handelt. Massnahmen wie der Verzicht auf Rauchen oder der Schutz vor giftigen inhalativen Schadstoffen und Passivrauchen sowie eine frühzeitige Diagnose und eine stadiengerechte Therapie sind daher zwingend erforderlich.

2.1.4 Komorbidität von psychischen Störungen und COPD

Die Zahlen zur Prävalenz einer Komorbidität und der COPD gehen auseinander. In einer Studie von Fischer (vgl. Fischer 2007: 156) wurden 200 COPD-Erkrankte zu ihrer Gesundheit und Leistungsfähigkeit befragt. 53% der Befragten zeigten im Gegensatz zur Normalbevölkerung eine erhöhte Auffälligkeit im Bereich Depression, 52% im Bereich der Schlafstörungen und 49% im Bereich der Ängstlichkeit. Dies scheint nicht weiter verwunderlich im Hinblick auf die enormen Einschränkungen durch Dyspnoe, Immobilität, sozialer Isolation und mangelnder Leistungsfähigkeit, aus welchen ein Teufelskreis entsteht.

2.1.5 Auswirkungen auf den Alltag nach ICF

Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) stellt ein Instrument zur Verfügung, welches die verschiedenen Dimensionen des bio-psycho- sozialen Modells einbezieht. Sie wurde im Mai 2001 durch die Vollversammlung der WHO verabschiedet und ergänzt die ICD (Internationale Klassifikation der Krankheiten). Durch die ICF können gesundheitlich bedingte Auswirkungen und Wechselwirkungen in ihrem System erfasst werden.

Sie befasst sich mit den Aspekten der funktionalen Gesundheit, wonach ein Mensch als funktional gesund gilt, wenn

- seine körperlichen Funktionen (einschliesslich den geistigen und seelischen) und seine Körperstrukturen allgemein anerkannten Normen entsprechen,
- er all das machen kann, was von einer Person ohne gesundheitlichen Schäden erwartet wird, und
- er sein Dasein in allen Lebensbereichen derart entfalten und ausführen kann, wie es von einer Person ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder Aktivitäten erwartet wird (vgl. Schuntermann 2011: 1).

Das Konzept der Funktionalen Gesundheit unterscheidet zwischen sechs Elementen und ihrem Zusammenwirken:

- der Körper einer Person (Körperstrukturen und -funktion)
- die Teilhabe und Teilnahme an Gesellschaft und Umwelt (Partizipation)
- die kompetenten Handlungen, welche zur Teilhabe notwendig sind (Aktivitäten)
- die externen Gegebenheiten der Umwelt (Umweltfaktoren)
- die persönlichen Charakterzüge einer Person, Eigenschaften und Attribute (personenbezogene Faktoren)
- mögliche Gesundheitsprobleme und das Zusammenspiel all jener Faktoren (vgl. Oberholzer 2008: 1).

Die COPD beeinflusst nicht nur den Körper und seine Funktionen sondern auch das psychische Wohlbefinden und das Sozialleben der Betroffenen. Die COPD kann als non-normatives Ereignis betrachtet werden, welches im Gegensatz zu normativen kein altersnormiertes Lebensereignis darstellt. Eine chronische Erkrankung erweist sich gerade deshalb als derart belastend, weil die Möglichkeiten einer vorherigen Auseinandersetzung und damit verbundenen Bewältigungsmöglichkeiten begrenzt sind (vgl. Steinebach 2000: 178). Wird im Rahmen dieser Arbeit von kritischen Momenten gesprochen, so werden darunter Folgebeeinträchtigungen der COPD verstanden, welche sich in den oben genannten sechs Elementen zeigen.

Auf die **Beeinträchtigung der Körperstrukturen und- funktionen** wird hierbei nicht erneut detailliert eingegangen. Es soll aber nochmals daran erinnert werden, dass Angst und Depressivität häufige komorbide Erkrankungen darstellen und sich diese wechselseitig beeinflussen können.

Im Bereich der **Aktivitäten** sind Betroffene aufgrund ihrer eingeschränkten Leistungsfähigkeit bei fortgeschrittener Erkrankung stark beeinträchtigt. Die körperliche Belastbarkeit wird u.a. durch Dyspnoe, Auswurf und Husten eingeschränkt, so dass alltägliche Verrichtungen, aber auch Aufgabenbewältigungen am Arbeitsplatz erschwert sind. Treppen und längere Gehstrecken werden zum Hindernis wie auch das Tragen von Lasten. Der Mobilitätsradius nimmt aufgrund der fehlenden Ausdauer ab. Arbeiten am Arbeitsplatz können nur noch verlangsamt oder gar nicht mehr durchgeführt werden, was wiederum Stress erzeugen kann. Zuletzt können sogar die eigene Körperpflege und die Haushaltsführung problematisch werden, weshalb Betroffene oft auf externe Unterstützung angewiesen sind.

Die **Teilhabe an Gesellschaft und Umwelt** wird unter anderem durch den eingeschränkten Mobilitätsradius deutlich erschwert. Menschen mit einer COPD droht, wie bereits erwähnt, bei fortgeschrittener Erkrankung der Arbeitsplatzverlust. Insbesondere körperlich anstrengende Arbeiten können meist nicht mehr verrichtet werden. Zudem kann auch der Kundenkontakt problematisch werden, wenn Betroffene dauerhaft auf Sauerstoffgeräte angewiesen sind. Dies wiederum kann zu Scham und Stigmatisierung führen, weshalb Betroffene nur ungern die eigenen vier Wände verlassen. Des Weiteren können ehemalige Hobbys teilweise nicht mehr verrichtet werden. Einerseits, weil diese körperlich nicht mehr ausgeführt werden können, andererseits, weil bereits die Treppen zur Haustür ein Hindernis darstellen. Zusammenfassend droht soziale Isolation.

Die **Kontextfaktoren** (Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren) lassen sich in Förderfaktoren und Barrieren aufteilen. Förderfaktoren wirken sich positiv auf die funktionale Gesundheit aus, Barrieren negativ. Förderfaktoren sind beispielsweise Hilfsmittel, eine finanzielle Absicherung, eine hindernisfreie Wohnung, die Beschaffenheit des Arbeitsplatzes, die Unterstützung durch das soziale Netz und Fachpersonen oder auch eine hohe Resilienz. Zweifelsohne haben nicht alle Betroffenen die Möglichkeit von jeglichen Förderfaktoren Gebrauch zu machen. Häufig verfügen sie auch nicht über das Wissen, wie und wo sie sich Zugang zu Förderfaktoren verschaffen können. Andererseits sind personenbezogene Faktoren von Geburt an gegeben oder entwickeln sich durch Interaktionsprozesse mit der Umwelt (vgl. Kapitel 2.3.1) und sind daher teilweise nur bedingt beeinflussbar. Barrieren können beispielsweise in Form einer abgelegenen oder hindernisreichen Wohnung, einer unzureichenden finanziellen Absicherung, einer ungünstigen Krankheitsverarbeitung oder einem gesundheitsschädigenden Lebensstil vorkommen.

2.2 Krankheitsbewältigung bei chronischen Erkrankungen

Der Ausbruch einer chronischen Erkrankung stellt meist eine äusserst gravierende Belastung für die Betroffenen dar und kann zu einer tiefgreifenden Lebenskrise führen. Anders als andere kritische Lebensereignisse bzw. Krisen wie beispielsweise der Übergang zur Rente oder eine Scheidung, welche häufig oder zumindest teilweise vorhersehbar sind, stellt die Diagnose einer chronischen Erkrankung eine nicht- normative Lebenskrise dar. Solche schwierige Lebenssituationen erfordern eine vollständige Neuanpassung des Erlebens und des Verhaltens, da der Umgang mit der Erkrankung und die Bewältigungsstrategien die Lebensqualität und den Krankheitsverlauf mit beeinflussen (vgl. Tröster 1991: 296).

2.2.1 Krankheitserleben

Nach Kulbe (2009: 40) wird unter Krankheitserleben das individuelle emotionale Erleben der Erkrankung verstanden, wobei das Individuum sich mit seiner Krankheit und seinem Körper auseinandersetzt. Dies beinhaltet auch das Erleben der eigenen physischen, seelischen und psychischen Grenzen. Das Krankheitserleben ist von folgenden Faktoren abhängig:

- Dauer der Erkrankung
- Art und Schwere der Erkrankung
- Betroffenheit der physischen Regionen
- Beeinträchtigungen und Folgen der Erkrankung für den Lebensalltag (vgl. ebd.: 40).

Die Autorin fügt der Aufzählung zudem die gesellschaftliche Bewertung der Krankheit hinzu, da die Art der Erkrankung und die damit verbundene gesellschaftliche Haltung das individuelle seelische und psychische Erleben zusätzlich beeinflussen. Unterschiedliche Erkrankungen werden von der Gesellschaft unterschiedlich bewertet. So kann es sein, dass Menschen, welche im Alltag auf ein Sauerstoffgerät angewiesen sind, diskriminiert und stigmatisiert werden (vgl. ebd.: 40). Dies hat zur Folge, dass die Betroffenen in ihrer sozialen Interaktion sowie in der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eingeschränkt sind (vgl. Tröster 2009: 149). Des Weiteren erhalten stigmatisierte Menschen weniger soziale Unterstützung und sind letztlich in ihrem psychischen Gleichgewicht und in ihrem Selbstkonzept verletzlicher (vgl. Kulbe 2009: 40).

2.2.2 Belastungen durch Erkrankung

Im Rahmen einer chronischen Erkrankung können unterschiedliche Belastungen auftreten, welche auch als Stressoren verstanden werden. Da insbesondere im Kapitel 2.1.5 bereits näher darauf eingegangen wurde, sollen an dieser Stelle nur einige ergänzende Belastungen chronisch Erkrankter genannt werden. Als potenzieller Stressor gelten u.a. die Abhängigkeit vom medizinischen System, die Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufs, die begrenzte Lebensplanung, die Irreversibilität der Erkrankung, die Bedrohung vom Abbruch von sozialen Beziehungen oder die subjektive und objektive Lebensbedrohung (vgl. Bengel/Helmes 2005 zit. nach Muthny/Bengel 2009: 358f.). Die Stressoren werden je nach Individuum als unterschiedlich belastend empfunden. Beeinflusst wird Verarbeitung durch Faktoren wie die Dauer der Erkrankung, den Schweregrad, die Intensität, die eigene Einstellung zur Erkrankung, etc. Weiter sind auch persönliche Eigenschaften wie subjektive Krankheitstheorien oder die Persönlichkeitsstruktur entscheidend. Zuletzt spielt auch das psychosoziale Umfeld eine wichtige Rolle, welches als mehr oder weniger unterstützend empfunden werden kann. Ob eine Belastung als bedrohlich empfunden wird, hängt demnach von der Wahrnehmung und Bewertung ab und davon, ob die Person von ihren eigenen Bewältigungsmöglichkeiten überzeugt ist (vgl. Muthny/Bengel 2009: 358).

2.2.3 Definition von Krankheitsbewältigung und Coping

Je nach Theorie und Klassifikation von Krankheitsbewältigungsverhalten lassen sich unterschiedliche Definitionen finden. Generell lässt sich Krankheitsbewältigung aber als Reaktion auf die Belastung von Erkrankungen verstehen (vgl. Muthny/Bengel 2009: 358). Eine genauere Definition geben Mayer und Filipp (2002: 307) und beschreiben Krankheitsbewältigung als „(...) all jene Versuche (...), die Menschen im Kontext einer Erkrankung einsetzen, um mit den internen und externen Anforderungen umzugehen, die sich in dieser Lebenssituation stellen.“ Unbewusste Handlungen sind in dieser Definition ausgeschlossen, unterschiedliche Reaktions- bzw. Bewältigungsweisen werden wiederum mit eingeschlossen, welche auch unter dem Konstrukt „Coping“ bekannt sind. Die Definition von Mayer und Filipp soll an dieser Stelle von jener von Heim (1986: 367) ergänzt werden, welche Krankheitsverarbeitung erklärt als „(...) das Bemühen, bereits bestehende oder erwartete Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional/kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln aufzufangen, auszugleichen, zu meistern und zu verarbeiten.“ Hierbei wird ersichtlich, dass die Verarbeitung auf den Ebenen des Fühlens, Denkens und Handelns stattfindet. Emotionale Strategien sind durch emotionale Haltungen und Verarbeitungsvorgänge gekennzeichnet und sollen zur emotionalen Entlastung und Stabilisierung führen. Beispiele dafür sind Trauer, Wut oder auch eine optimistische Haltung.

Kognitive Verarbeitungsstrategien haben hingegen zum Ziel, die Erkrankung rational zu verarbeiten, indem diese beispielsweise neu bewertet wird. Strategien auf der Handlungsebene beinhalten alle Verhaltensweisen als Reaktion auf die Erkrankung wie beispielsweise ablenkendes Anpacken (vgl. Weis/Heckl/Brocai/Seuthe-Witz 2006: 71).

Das Bewältigungsverhalten hat zusammenfassend zum Ziel, die Adaptation zwischen der eigenen Person und der Umwelt aufrecht zu erhalten und vor dem Hintergrund der Erkrankung ein Gleichgewicht zu finden. Eingeschlossen werden bei den Adaptationsstrategien Abwehr- und Copingprozesse. Als Copingprozesse werden bewusste und geplante Verhaltensweisen verstanden, als Abwehrprozesse unbewusste und automatisch ablaufende Handlungen (vgl. Schüssler 1994: 30). Wustmann (2004: 76) teilt das Coping- Verhalten auf in folgende Hauptaufgaben:

- die Umstände zur Erholung verbessern
- ein positives Selbstbild erarbeiten und erhalten
- das emotionale und psychische Wohlbefinden sichern
- das soziale Netz aufrecht erhalten
- den schädigenden Einfluss von Umweltbedingungen reduzieren

Die Gesamtheit aller Bewältigungskonzepte lassen sich unterscheiden in:

- den **Bewältigungsstil** (Copingmuster), welches zeitlich stabile Formen der Bewältigung sind,
- die **Bewältigungsflexibilität**, welche Auskunft über die Fähigkeit gibt, angemessen und flexibel, d.h. situationsadäquat zu handeln,
- den **Bewältigungsprozess** (Copingprozess), welcher als Reaktion auf eine konkrete Situation zu verstehen ist,
- die **Bewältigungsressourcen** (Copingressourcen), welche alle inneren Ressourcen (Selbstwirksamkeit, erlernte Fähigkeiten, etc.) und äusseren Ressourcen (soziales Netz, etc.) zusammenfasst (vgl. Schüssler 1994: 32).

2.2.4 Modelle zur Krankheitsbewältigung

2.2.4.1 Transaktionales Stressmodell von Lazarus

Das Transaktionale Stressmodell wurde in den 60er Jahren von Richard S. Lazarus entwickelt und stellt bis heute eine der am weitest verbreiteten Copingtheorien dar. Das Modell beschreibt einen kognitiven Erklärungsansatz, wobei die kognitiven und individuellen Bewertungsprozesse das Kernstück der Theorie darstellen. Diese entscheiden darüber, ob eine ursprüngliche Reizsituation als Stress erlebt wird oder nicht (vgl. Kauffeld/Hoppe 2011: 229). Demnach können beispielweise der Beginn einer Erkrankung oder die Mitteilung einer Diagnose Auslöser für Verarbeitungsbemühungen sein oder eben nicht (vgl. Muthny/ Bengel 2009: 361). Stress kann im Transaktionalen Stressmodell in drei unterschiedlichen Formen vorkommen: Als **Schädigung/Verlust** (hierbei ist der Schaden bereits eingetreten wie bei einer Erkrankung), als **Herausforderung** (die Situation soll gemeistert werden), als **Bedrohung** (der Schaden oder Verlust steht bevor und soll abgewendet werden). Entscheidend für die Entstehung von Stress ist die subjektive Bewertung der Situation bzw. des Reizes und die eigenen Möglichkeiten an Bewältigungsstrategien (vgl. Kauffeld/Hoppe 2011: 229f.).

Lazarus unterscheidet zwischen drei Bewertungsprozessen, welche nicht gezwungenermaßen aufeinander folgen müssen, sondern auch parallel verlaufen oder sich überschneiden und wechselseitig beeinflussen können. Bei der **primären Bewertung** („primary appraisal“) wird ein Ereignis entweder als günstig / positiv, irrelevant oder als stressend eingestuft, wobei aber auch eine Kombination der Einschätzungen stattfinden kann. Wird es als günstig / positiv oder als irrelevant bewertet, so ist kein Schaden zu erwarten, weshalb keine Anpassungs- oder Bewältigungsbemühungen erforderlich sind. Wird das Ereignis bzw. ein Reiz aber als stressend empfunden, muss allenfalls das Verhalten angepasst werden und eine **sekundäre Bewertung** („secondary appraisal“) wird erforderlich. Zu einer solchen Einschätzung kommt es, wenn die Bewältigungsressourcen des Individuums nicht ausreichen, um das Ereignis zu bewältigen und das Wohlbefinden dadurch gefährdet ist. Es werden deshalb bei der sekundären Bewertung die Bewältigungsmöglichkeiten (z.B. zeitliche Bedingungen oder finanzielle Mittel) und die individuellen Bewältigungsfähigkeiten (Ressourcen, Persönlichkeitseigenschaften, etc.) überprüft und gegenüber der Risikosituation eingeschätzt (vgl. ebd.: 229). Die eigene Selbstwirksamkeitserwartung spielt bei der Einschätzung eine wichtige Rolle, da die eigenen Überzeugungen sich auf die Wahl der Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten auswirken. Erzeugt eine Situation beispielweise Angst, so kann es sein, dass die Person versucht, die Situation zu meiden. Wird hingegen eine positive Bewältigung erwartet, so wird

die Person versuchen, die Situation motiviert und mit Vertrauen in sich selbst anzugehen (vgl. Lanz 2009: 45). Vor dem Hintergrund der Einschätzung kommt es zum Bewältigungsverhalten. Je nach Erfolg oder Misserfolg wird die Situation bzw. der Reiz **neu bewertet**. Es wird überprüft ob die Bewältigung gelungen ist, eine Schädigung entstanden ist oder der Reiz weiterhin als bedrohlich empfunden wird (vgl. Kauffeld/Hoppe 2011: 230).

Lazarus und Launier unterscheiden weiter zwischen **emotionsorientierten** und **problemorientierten** Verarbeitungsweisen, also sogenannten Coping- Strategien. Problemorientierte Strategien konzentrieren sich auf das Lösen des Problems und somit auf die Bedingungen, die den Stress verursacht haben. Veränderungen sollen im Bereich der Umwelt, des eigenen Verhaltens und der Bewertungsprozesse stattfinden (vgl. Wustmann 2004: 77). Emotionsorientierte Strategien hingegen zielen auf die Kontrolle und Regulierung der somatischen und emotionalen Reaktionen ab. Beispiele hierfür sind Entspannungsübungen, sich abreagieren oder die Einnahme von Medikamenten. Welche Strategie angemessen ist, hängt von der Kontrollierbarkeit der Stresssituation ab. In gut kontrollierbaren Situationen können problemorientierte Strategien eher angewendet werden; hingegen in weniger kontrollierbaren Situationen eher emotionsorientierte (vgl. ebd.: 78).

Um zu verstehen, ob eine Bewältigungsreaktion erfolgreich ist, muss der situative und persönliche Kontext miterfasst werden. So wird teilweise in der Literatur davon ausgegangen, dass Verleugnung und Vermeidung als dysfunktionale Strategien gelten, andere wiederum sagen, dass Verleugnung in gewissen Kontexten zur psychischen Entlastung beitragen kann wie beispielsweise im Phasenmodell von Kübler-Ross (vgl. Kapitel 2.2.4.2) (vgl. Muthny/Bengel 2009: 360). Mit Bezug auf Lazarus und Folkman stellt Tröster (1991: 309) dennoch fest, dass auf drei allgemeinen Ebenen der Erfolg der Bewältigungsanstrengungen sichtbar wird: auf der **psychischen Ebene** durch die psychische Stabilität, auf der **körperlichen Ebene** durch den Gesundheitszustand und auf der **sozialen Ebene** durch die Zufriedenheit und das Ausmass der gelebten Beziehungen.

2.2.4.2 Phasentheorien zur Krankheitsbewältigung

Phasentheorien beschreiben den Krankheitsbewältigungsprozess als aufeinanderfolgende Verarbeitungsstufen. Die einzelnen Theorien unterscheiden sich durch die unterschiedliche Anzahl der Stufen und im Hinblick auf ihren zeitlichen Verlauf. Die Phasenmodelle gehen von der Annahme aus, dass das Durchlaufen einer Phase notwendig ist, um die nächste Phase zu erreichen. Weiter nimmt die Art der Erkrankung keinen Einfluss auf die Sequenzen des Verlaufs. Zuletzt gilt die Annahme, dass am Ende der Phasenfolge die erfolgreiche Krankheitsverarbeitung steht (vgl. Tröster 1991: 299f.).

Die Phasen werden durch Erlebens- und Verhaltensmuster charakterisiert, welche durch das Auftreten einer Krankheit ausgelöst werden. Das Ziel der Muster ist das Erlangen eines Gleichgewichts, welches durch die Erkrankung erschüttert wurde. Eines der wohl bekanntesten Phasenmodelle ist jenes von Kübler-Ross, welches die Auseinandersetzung mit dem Sterben beschreibt. Da die COPD eine irreversible und deshalb im fortgeschrittenen Stadium eine terminale Erkrankung darstellt, wird hierbei näher auf das Modell von Kübler-Ross eingegangen. Es wird in fünf Phasen aufgeteilt (vgl. ebd. 300). Die erste Phase ist durch das **Nicht-wahrhaben-Wollens** der Erkrankung gekennzeichnet. Die Betroffenen wollen die Diagnose nicht wahrnehmen, Verordnungen werden teilweise nicht eingehalten oder gar Ärzte der Unfähigkeit beschuldigt. Die Verleugnung mildert den ersten Schock (vgl. Ott 2012: 629). Die zweite Phase ist jene des **Zorns und des Aufbegehrens** gegen das eigene Schicksal, aber auch gegen das Umfeld. Diese Phase ist von negativen Emotionen geprägt. Darauf folgt die Phase des **Verhandelns oder Feilschens**, in welcher der drohende Tod zwar anerkannt, dennoch aber versucht wird, diesen hinauszuzögern. Die Betroffenen geben Versprechungen und Bereitwilligkeit vor, sich an den Behandlungsplan usw. zu halten, um an Lebenszeit zu gewinnen. In dieser Phase werden sie oft zu angepassten, aber auch sehr vulnerablen Personen. Anschliessend folgt die Phase der **Depression**, welche von Trauer geprägt ist. Die Betroffenen erleben ein Gefühl von Verlust und gehen durch einen Trauerprozess, durch welchen sie stiller werden und in sich kehren. Die letzte Phase ist jene der **Zustimmung und Versöhnung**, in welcher der Tod akzeptiert wird (vgl. ebd.: 629).

Wie im Modell von Kübler-Ross ersichtlich wird, sind in den Phasenmodellen Depressionen oder aggressives Verhalten als Begleiterscheinung zu verstehen, welche vorübergehen und in jeder Phase notwendig sind, um einen gelingenden Prozess zu vollziehen. Offen gelassen wird aber, wie lange eine Phase dauern muss, ob diese auch parallel verlaufen können und wann die nächste einsetzen muss. Somit ist es schwierig, die Modelle in die Praxis zu transferieren, da Fragen offen bleiben, wie beispielweise, ob Trauer oder depressives Verhalten gefördert werden sollten. Weiter werden auch individuelle Verarbeitungsweisen zu wenig berücksichtigt, so dass die Gefahr droht, den Betroffenen die scheinbar richtige Art zur Verarbeitung aufzudrängen (vgl. Tröster 1991: 302).

Phasenmodelle sind empirisch kaum überprüfbar, da die Anhaltspunkte zur zeitlichen Dimension der einzelnen Phasen fehlen und dadurch alle Verhaltensweisen einer Phase zugeordnet werden bzw. auf Vermeidungstendenzen zurückgeführt werden können (vgl. ebd.: 302).

2.2.5 Erfassung und Effektivität von Krankheitsbewältigung

Wie in den vorgängigen Kapiteln zur Krankheitsbewältigung bereits erläutert, wird das Belastungserleben einerseits durch objektive Merkmale von Stressoren aber auch durch die subjektive Interpretation beeinflusst. Um das Krankheitsbewältigungsverhalten zu erfassen und zu verstehen, muss damit die spezifische individuelle Bedeutung des Verhaltens betrachtet und der situative Kontext miterfasst werden. Schüssler (1994: 32-35) kritisiert, dass sich die Mehrzahl der Untersuchungen zur Krankheitsbewältigung lediglich auf Selbstbeurteilungsfragebögen stützt und meint, dass dies als einzige Informationsquelle ungenügend ist. Diese müssten durch Fremdbeurteilungsverfahren ergänzt werden, so dass ein multidimensionales Vorgehen erreicht werden könne. Er fügt jedoch hinzu, dass selbst durch Fremd- und Selbstbewertung nur ein Teil der gesamten Bewältigungsbemühungen erfasst werden kann und die Grenzen der Aussagefähigkeit mit berücksichtigt werden müssen (vgl. ebd.: 35).

Wenn es um die Wirksamkeit von Krankheitsbewältigung geht, sind Begriffe zu finden wie: effektiv, förderlich, geeignet, gelungen, usw. Bereits diese Begebenheit bringt zum Ausdruck, dass eine grosse Unsicherheit bei der Bewertung von Krankheitsbewältigung besteht. Weber (1994: 49f.) unterscheidet bei der Bewertung zunächst zwei unterschiedliche Zugänge: a-priori Bewertung und empirische Effektivitätsbestimmung. A-priori Bewertungen beziehen sich auf eine theoretische Position, welche bestimmte Formen der Bewältigung als funktional oder dysfunktional bezeichnen. Die meisten Ansätze gehen dabei davon aus, dass eine funktionale und somit effektive Bewältigung in einer realitätsbezogenen und situationsflexiblen Handlungsweise münden, wobei auch die Emotionskontrolle einen wichtigen Stellenwert einnimmt. Emotionsbetontes, passiv-resignatives und defensives Verhalten gilt demnach als dysfunktional. Weber (ebd.: 52) nimmt Bezug zu Lazarus und Folkman und warnt davor, passive Verhaltensweisen an sich zu verurteilen, da diese in unkontrollierbaren Situationen wichtig seien. Empirische Studien hingegen gehen davon aus, dass keine Bewältigung von vornherein als (dys)funktional kategorisiert werden kann, sondern kontextbezogene Urteile gefällt werden müssen.

Bei der Bewertung der Effektivität werden zudem Kriterien festgelegt, an welchen die Wirksamkeit gemessen werden soll. Wie bereits im Kapitel 2.3.4.1 beschrieben haben Lazarus und Folkman die Kriterien „psychisches, physisches und soziales Befinden“ festgelegt. Hierbei müssen auch die Aspekte der Zeitspanne und die der Urteilsinstanz (Betroffene, unmittelbar Involvierte, etc.) berücksichtigt werden. Ein weiteres Kriterium könnte auch sein, ob sich durch Assimilation oder Adaption das Verhältnis zwischen Anforderungen und Handlungsmöglichkeit verbessert hat bzw. ob sich die Belastung

vermindert hat (vgl. Künzel- Schön 2000: 190). Zuletzt muss auch das Untersuchungsdesign bestimmt werden: wird beispielsweise jede Bewältigungsform einzeln betrachtet oder das Verhalten insgesamt bewertet (vgl. ebd.: 58)?

Künzel-Schön (2000: 195f.) geht davon aus, dass bei beeinflussbaren Belastungen ein rational problemlösendes Verhalten günstiger ist. Positives Umdenken und die Neubewertung von Situationen und Zielen führt dazu, unangenehme Emotionen und die Empfindung von Belastung abzufedern. Der Einbezug von sozialer Unterstützung kann zudem hilfreich sein. Bei nicht direkt beeinflussbaren Reizen müssen personenbezogene Strategien gewählt werden wie Umwertung, Reduzieren der Ansprüche, etc. Offensiveres Coping ist laut Künzel-Schön grundsätzlich in allen Fällen effektiver als defensives. Zudem sollten auch die physischen Reaktionen auf Stress mit berücksichtigt werden, und es muss versucht werden, diese zu mildern.

2.3 Patientcompliance

Unter Patientcompliance wird von seitens des medizinischen Dienstleistungssystems die Erwartung zur Kooperation durch die Patienten und Patientinnen verstanden. Die Behandlungsempfehlung der Ärzte und Ärztinnen sowie die Veränderung von risikoreichem Verhalten sollen demnach befolgt, Therapien treu durchgeführt und Medikamente eingenommen werden (vgl. Haubl 1994: 97). Dies setzt voraus, dass die Ärzte und Ärztinnen (aber auch weitere Fachpersonen im medizinischen System) sich mit den Patienten und Patientinnen auf gemeinsame Ziele geeinigt haben und sich beide Parteien um die Erreichung der Ziele bemühen. Unter Compliance wird somit keine Charaktereigenschaft verstanden, sondern eine Verhaltensweise, welche durch Bereitschaft zur aktiven Mitgestaltung gekennzeichnet ist. Compliance ist zudem dynamisch und kontextabhängig und wird durch individuelle Prozesse und Einstellungen (wie beispielsweise die Krankheitsbewältigung und -wahrnehmung) beeinflusst. Gründe für eine geringe Compliance gibt es zahlreiche, wie beispielsweise Misstrauen, Bequemlichkeit, Fehlinformiertheit oder kognitive Überforderung (vgl. Petermann/Ehlebracht-König 2004: 93). Besonders stark nimmt diese ab, wenn sich die Symptome minimieren, die Therapie lange dauert, mehr Medikamente verordnet werden (bei Mehrfacherkrankungen) und unerwünschte Nebenwirkungen auftreten (vgl. ebd.: 92). Auch chronische Erkrankungen, eine schlechte Prognose und eine geringe Krankheitseinsicht beeinflussen die Compliance negativ. Es kann generell davon ausgegangen werden, dass die Compliance besser ist, wenn eine persönliche Betreuung und somit ein gutes Arbeitsbündnis vorliegt, und die Effekte der Behandlung sichtbar sind (vgl. ebd.: 92).

2.4 Klinische Sozialarbeit

Der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen liegt eine lange Tradition zugrunde. Bereits im 19. Jahrhundert entwickelte sich die Medizin auch zu einer sozialen Wissenschaft, da neue Erkenntnisse zum Zusammenhang der gesundheitlichen und sozialen Lage gewonnen wurden. Durch eine Verbesserung der sozialen und hygienischen Zustände sollten Epidemien verhindert werden (vgl. Geissler-Piltz/Mühlum/Pauls 2005: 18). In den USA ist der Begriff „Clinical Social Work“ seit Ende der 60er Jahre im professionellen Sprachgebrauch anzutreffen. Heute macht die Gruppe der „Clinical Social Worker“ den grössten Teil der Sozialarbeiter in den USA aus (vgl. Pauls 2004: 13). In Deutschland und in der Schweiz ist der Begriff der Klinischen Sozialarbeit vergleichsweise weniger bekannt, obschon seit einigen Jahren immer mehr Studiengänge dazu angeboten werden (vgl. Geissler- Piltz et al. 2005: 12). Nichts desto trotz muss aber zwischen der US- amerikanischen „Clinical Social Work“ und der in der Schweiz bekannten Klinischen Sozialarbeit unterschieden werden. Durch die nachfolgende Definition der National Association of Social Workers zur „Clinical Social Work“ wird ersichtlich, dass das Fachgebiet, anders als in der Schweiz, psychologische und soziale Aspekte umfasst:

Clinical social work shares with all social work practice the goal of enhancement and maintenance of psychosocial functioning of individuals, families, and small groups. CSW practice is the professional application of social work theory and methods to the treatment and prevention of psychosocial dysfunction, disability, or impairment, including emotional or mental disorders. (...) CSW services consist of assessment, diagnosis and treatment, including psychotherapy and counselling, client-centres advocacy, consultation, and evaluation. (Swenson 1995: 507).

Die Klinische Sozialarbeit ist Teil der Sozialen Arbeit und hat wie alle Teilgebiete zum Ziel, die psycho-soziale Funktionsfähigkeit zu fördern, verbessern und zu erhalten. Die Expertise liegt dabei in der psycho-sozialen Beratung, Behandlung und Prävention bei Belastungen, Krisen und jeglichen Erkrankungen (vgl. Pauls 2004: 12).

Die Klinische Sozialarbeit agiert zwischen den Disziplinen der Medizin und der Psychologie, indem sie die Wechselwirkung von Psyche, Körper und Sozialität thematisiert, und geht somit von einem bio-psycho-sozialen Paradigma aus. Sie arbeitet in einem multidisziplinären Team, wobei sich ihre Tätigkeit mit jenen anderer Berufsgruppen überschneiden kann (vgl. Geissler- Piltz et al 2005: 13). Obwohl innerhalb dieser Bachelorarbeit insbesondere auf die stationäre Klinische Sozialarbeit in der Rehabilitation eingegangen wird, beschränkt sich die Klinische Sozialarbeit nicht nur auf die Tätigkeit im Krankenhaus. Daher kann die Klinische

Sozialarbeit keinesfalls mit der Arbeit in Kliniken gleichgesetzt werden. Vielmehr ist sie im gesamten Gesundheitsbereich zuständig. Ihr Tätigkeitsfeld ist folglich enorm gross, da es alle Problembereiche der psychosozialen Behandlung und Beratung von gesundheitlichen Problematiken umfasst (vgl. ebd.: 14).

Eine grosse Vielfalt an Methodenkompetenz und eine respektvolle Haltung gegenüber der Klientel sind Grundvoraussetzung, um kompetent zu handeln. Soziale Anliegen müssen sach- und personengerecht wahrgenommen und behandelt werden (vgl. Ningel 2011: 43). Dies verlangt die Fähigkeit zur Abklärung und Prognosestellung sowie zur Einleitung notwendiger Massnahmen und der Miteinbezug anderer Fachpersonen und Institutionen (vgl. Pauls/Mühlum o.J.: 3). Weiter müssen Professionelle über Erklärungs-, Veränderungs-, und Wertewissen verfügen und dies situationsangemessen einsetzen können (vgl. ebd.: 2). Dies beinhaltet auch das Aneignen von administrativen Fähigkeiten und sozialrechtlichem Wissen sowie das Wissen über spezifische Krankheitsbilder. Häufig bringen die Erkrankten schon etliche Erfahrungen mit dem medizinischen System mit und sind gegenüber den Hilfsangeboten teilweise kritisch oder sogar misstrauisch. Der Vertrauensaufbau und somit der Aufbau einer Arbeitsbeziehung sind deshalb von grosser Bedeutung, um Einblick in den Alltag und die Lebenswelten der Klientel zu erhalten. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Dimensionen Wissen, Können und Haltung in der Klinischen Sozialarbeit erforderlich sind, um kompetent handeln zu können (Pauls/Mühlum o.J.: 2). Das Ziel der Klinischen Sozialarbeit darin, die Klienten und Klientinnen im Prozess der Krankheitsbewältigung zu unterstützen und sie dazu zu befähigen, ihre Ressourcen zu erkennen und zu nutzen, um selbstbestimmt und verantwortungsvoll handeln zu können (vgl. Geissler- Piltz et al 2005: 14).

Das Gegenstandsgebiet der Klinischen Sozialarbeit kann kaum präzise eingegrenzt werden, da sie mit der unterschiedlichsten Klientel in unzähligen Settings tätig ist. Zudem überschneidet sich ihr Tätigkeitsbereich mit jenen anderer Disziplinen, weshalb die Grenzen schwammig sind.

2.4.1 Stationäre Klinische Sozialarbeit in der Rehabilitation

Die Klinische Sozialarbeit in der psychosomatischen Rehabilitation ist nicht mehr wegzudenken. Zur Wiederherstellung der Teilhabe am sozialen Leben in Gesellschaft, Familie und Arbeit muss der Bezug zu den individuellen Lebenswelten hergestellt werden (vgl. Geissler- Piltz et al. 2005: 92). Da auch die Massnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation besser aufeinander abgestimmt wurden, hat die soziale Rehabilitation an Bedeutung gewonnen. Das Aufgabengebiet der Klinischen Sozialarbeit in

der Rehabilitation darf allerdings nicht alleine auf die berufliche Wiedereingliederung beschränkt werden. Vielmehr soll die Bewältigung aller sozialen und psychosozialen Aspekte mit einbezogen werden, so dass letztlich die soziale Partizipation angestrebt wird. Die soziale, psychische und medizinische Situation müssen berücksichtigt werden, aber auch die individuellen Ressourcen. Wünsche, Möglichkeiten und die Selbsteinschätzung zum Krankheitsbild sowie zu den Symptomen sollen mit einbezogen werden, um realisierbare und sinnvolle Lösungen zu erarbeiten. Wenn möglich sollten bei diesem Prozess auch die Angehörigen hinzugezogen werden. Spezifisches Wissen über stationäre und ambulante Angebote und klinische Handlungskompetenz sind entscheidend für die kompetente Beratung und Begleitung kranker und älterer Menschen. Zuletzt darf auch die Sensibilität und das Bewusstsein nicht fehlen, dass die Klienten und Klientinnen auf völlig neue, verwirrende und belastende Herausforderungen treffen und sich insbesondere bei chronischen Erkrankungen ein Leben lang damit auseinandersetzen müssen (vgl. ebd.: 92).

2.4.2 Sozialberatung der KBA

Die Sozialberatung der KBA ist ein Angebot in der Behandlungskette des rehabilitativen Aufenthalts und richtet sich an alle Patienten und Patientinnen auf allen Abteilungen. Aus den Grundsätzen der Sozialberatung, welche im Konzept verankert sind, geht hervor, dass die Individualität der Klientel respektiert und eine wertneutrale Haltung angestrebt werden soll. Des Weiteren soll die Klientel in ihren Ressourcen und Bedürfnissen unterstützt werden und sie soll den Prozess aktiv mitgestalten. Zuletzt wird Wert auf Kongruenz, Transparenz und somit auf eine offene Kommunikation gelegt.

Die Ablaufstruktur besagt, dass die Patienten und Patientinnen durch die zuständigen Ärzte und Ärztinnen, Psychologen und Psychologinnen oder Psychiater und Psychiaterinnen bei der Sozialberatung angemeldet werden. Durch den einmal wöchentlich stattfindenden interdisziplinären Rapport wird zudem besprochen, wer sinnvollerweise angemeldet wird. Sozialarbeitende haben dabei den Auftrag, sozialarbeiterische Aspekte mit einzubringen und mitzubestimmen, welche Patienten und Patientinnen angemeldet werden sollen. Zudem ist der interdisziplinäre Austausch während des ganzen Verlaufs von grosser Bedeutung, da die Sozialberatung auf die medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Informationen angewiesen ist, um adäquate Lösungen und Prozesse zu initiieren.

Das Leistungsangebot der Sozialberatung umfasst die individuelle Beratung und Begleitung bei Problemstellungen wie:

- Finanzen/ Versicherungen
- Wohnen
- Arbeit/ Freizeitgestaltung/ Tagesstruktur
- Vernetzung
- Familiäre Probleme

Eine Beratung ist indiziert bei Themen wie Sucht, fehlender Anschlusslösungen in Bezug auf die Wohnsituation, Bedarf an unterstützenden Massnahmen zuhause, sozialer Isolation, familiären Fragen, Beistandschaften, fehlender Tagesstruktur, Probleme am Arbeitsplatz, speziell zu planender Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess, IV-Massnahmen, materiellen Problemen oder unklarer Versicherungssituation.

Die Zusammenarbeit basiert dabei auf Freiwilligkeit. Es wird von einem systemischen Ansatz ausgegangen, so dass das soziale Umfeld wenn immer möglich mit einbezogen wird. Zudem wird in der Sozialberatung fachbereichsübergreifend, ressourcen- und zielorientiert gearbeitet.

COPD Erkrankte haben im Schnitt eine Aufenthaltsdauer von drei bis fünf Wochen. Wird ein Patient oder eine Patientin bei der Sozialberatung angemeldet, so findet ein Erstgespräch statt. Bei diesem werden eine Anamnese sowie ein Hilfsplan erstellt und Massnahmen werden besprochen. Die maximale Zeitressource pro Patient/Patientin beträgt für den ganzen Prozess maximal 4 Stunden. Zuletzt findet ein Austrittsgespräch statt von maximal 30 Minuten. Bis dahin sollten alle involvierten internen und externen Fachkräfte informiert und alle Formalitäten erledigt sein.

3. Empirische Untersuchung

Im theoretischen Teil werden das Krankheitsbild der COPD, die Krankheitsbewältigung, die Patientencompliance sowie die stationäre klinische Sozialarbeit beschrieben. Im empirischen Teil wird erforscht, wie die COPD betroffenen Patienten und Patientinnen der KBA zur internen Sozialberatung stehen und inwiefern sie diese als hilfreich in Bezug auf kritische Momente sowie weitere emotionale und soziale Herausforderungen im Krankheitsverlauf erleben.

3.1 Präziser Forschungsgegenstand

Erforscht wird die subjektive Wahrnehmung der COPD Betroffenen zum Unterstützungsgehalt der Sozialberatung während des Klinikaufenthalts.

COPD Betroffene zeigen sehr unterschiedliche Muster der Krankheitsverarbeitung und bringen verschiedene Ressourcen zur Verarbeitung der Erkrankung mit. Jeder Patient und jede Patientin ist aber auch vor teils erhebliche Herausforderungen gestellt. Diese werden unterschiedlich empfunden und erlebt. Diese Tatsachen beeinflussen den Prozess der Sozialberatung erheblich, weshalb die Beratung sehr individuell geführt werden muss. Bis anhin erhielten die Patienten und Patientinnen in der KBA kaum die Möglichkeit, die Sozialberatung aus Betroffenen­sicht zu bewerten. Ziel ist es, den Stellenwert der Sozialberatung in Bezug auf kritische Momente im Krankheitsverlauf und Herausforderungen im Alltag aus Sicht der Betroffenen zu erörtern. Folglich liegt der genaue Forschungsgegenstand in der Erörterung der subjektiven Wahrnehmung der COPD Erkrankten zum Unterstützungsgehalt der Sozialberatung der KBA.

3.2 Das methodische Vorgehen und das Sample

Um den Stellenwert der Sozialberatung zu untersuchen, werden Patienten und Patientinnen, welche sich zur Rehabilitation in der KBA befinden, befragt. Die Interviews finden nach Abschluss der Beratung statt. Der Prozess der Beratung ist zu diesem Zeitpunkt abgeschlossen, wodurch eine ganzheitlichere Sicht auf den Prozess für die Betroffenen ermöglicht wird. Für die Auseinandersetzung mit den Fragestellungen wird ein qualitatives Verfahren verwendet. Die qualitative Forschung ermöglicht, den subjektiven Sinn des untersuchten Forschungsgegenstandes aus Perspektive der Befragten zu erfassen (vgl. Flick 2009: 25). Die Komplexität der Situation kann aus Sicht der Beteiligten rekonstruiert werden (vgl. ebd.: 25). Die Daten werden anhand von Leitfadenterviews erhoben, da durch die offene Gestaltung der Interviewsituation die subjektiven Sichtweisen zur Geltung

kommen. Zudem besteht der Vorteil, dass der/die Interviewende die Möglichkeit hat, zu entscheiden, wann detaillierter nachgefragt werden soll, um noch genauere und tiefere Informationen erhalten zu können (vgl. Flick 2012: 223). Durch den konstanten Einsatz des Leitfadens wird an Struktur gewonnen und gleichzeitig wird die Vergleichbarkeit der Daten erhöht (vgl. Flick 2010: 224).

Bei der Erstellung des Leitfadens wurden zunächst in einem offenen Brainstorming möglichst viele Fragen gesammelt. Diese wurden in einem zweiten Schritt nach ihrer Eignung überprüft und nicht passende Fragen wurden gestrichen. Die übrig gebliebenen Fragen wurden je nach Thematik eingeteilt und als Hauptfrage oder Nachfrage kategorisiert und nach Bedarf umformuliert (in Anlehnung an Helfferich 2011: 182f.). Zuletzt wurden sie in einem Leitfaden, der während dem Interview verwendet wurde, eingeordnet. Weiter wurde ein Kurzfragebogen zu den Aspekten Alter, Geschlecht, (ehemaliger) Beruf, COPD- Stadium, Dauer seit Stellen der Diagnose und weitere relevante Diagnosen erstellt. Dadurch sollten personenbezogene Fragen vor dem Interview zu erfasst werden. Die Aspekte jener Fragen waren ausschlaggebend für die Zusammenstellung des Samples (vgl. Kapitel 3.2.1).

Der Leitfaden wurde von drei unterschiedlichen Personen gegengelesen und auf seine Verständlichkeit hin überprüft. Es wurde dabei darauf geachtet, dass die drei Personen unterschiedlich viel Hintergrundwissen zur Thematik mitbringen. Zudem sollten alle Personen als Muttersprache Deutsch sprechen, da das Sample deutschsprachige Zielpersonen vorgesehen hat. Eine der Personen arbeitet seit vielen Jahren in der Sozialberatung der KBA und bringt ein grosses Wissen zur COPD Symptomatik und zur klinischen Sozialarbeit mit. Eine weitere Person ist Studentin der Sozialen Arbeit im Mastergang und verfügte bis anhin über wenig Hintergrundwissen zur COPD. Die dritte Person ist weder im sozialen Bereich tätig, noch verfügt sie über Hintergrundwissen zur COPD oder zur klinischen Sozialarbeit. Durch das Gegenlesen wurde ersichtlich, dass womöglich einige Fragen für nicht Professionelle der Sozialen Arbeit nicht verständlich waren, weshalb diese umformuliert wurden. Fragen, welche zur Beantwortung der Fragestellung irrelevant waren, wurden gestrichen. Es wurden ferner einige Fragen präziser gestellt, um das Ziel der Frage zu erreichen.

Hauptfragestellung:

Wie schätzen COPD- Betroffene den Stellenwert der Sozialberatung in Bezug auf kritische Momente während des Krankheitsverlaufs ein?

Unterfragestellungen:

1. Welches sind Momente innerhalb des Krankheitsverlaufs der COPD, die sich für die Betroffenen als kritisch herausstellen?
2. Welchen weiteren sozialen und emotionalen Herausforderungen stehen Menschen mit einer COPD im Alltag gegenüber? Welche Bewältigungsbemühungen werden von den Betroffenen in jenen Situationen beschrieben?
3. Inwiefern wurde die Sozialberatung in Bezug auf kritische Momente und weitere Herausforderungen aus Betroffenenensicht unterstützend erlebt?
4. Welche Bedürfnisse wurden nicht abgedeckt?

Diese vier Unterfragen stellen die Grobstruktur des Leitfadens dar und dienen zur Orientierung der Feinstruktur.

1. Welches sind Momente innerhalb des Krankheitsverlaufs der COPD, die sich für die Betroffenen als kritisch herausstellen?

Frage	Nachfrage	Ziel	Theoretische Verortung
Wie hat sich Ihre Erkrankung seit der Diagnose entwickelt?		Erzählgenerierende Einstiegsfrage: Die zu interviewende Person wird zum Erzählen animiert. Zudem werden der Verlauf sowie kritische Momente erörtert. Möglicherweise kann darauf geschlossen werden, inwiefern die COPD einen tiefgreifenden Lebenschnitt bedeutete.	Je nach Stadium der Erkrankung sind COPD Erkrankte von unterschiedlichen Beeinträchtigungen betroffen. Es ist damit zu rechnen, dass Betroffene, welche sich in der KBA befinden, bereits eine fortgeschrittene COPD aufweisen (vgl. 2.1.2 und 2.1.5).
Welche Momente würden Sie als kritisch bezeichnen?	Wie sind Sie damit umgegangen? Was würden Sie als gelungen bzw. nicht gelungen bezeichnen?	Die subjektiven kritischen Momente werden hinterfragt sowie der Umgang damit. Die zu interviewende Person schätzt den Umgang ein, wodurch das Bewältigungsverhalten erörtert wird. Durch das Ermitteln von kritischen Momenten kann auf die persönlichen Grenzen sowie das emotionale Erleben und somit auf das Krankheitserleben geschlossen werden.	Es können zahlreiche kritische Momente genannt werden, je nach Lebenswelt und Stadium der Erkrankung. Die Belastung wird unterschiedlich empfunden (vgl. 2.1.5 und 2.2.1). Der Umgang damit kann sich in den verschiedenen in Kapitel 2.2 beschriebenen Verhalten zeigen.
Falls jene kritischen Momente in der SB thematisiert wurden: Wie empfanden Sie die Unterstützung der SB in Bezug auf diese kritischen Momente?	Erhielten Sie bereits weitere Unterstützung und wenn ja, welche?	Der Stellenwert der SB wird ermittelt, sowie das emotionale Empfinden bei der Unterstützung. Zudem wird nachgefragt, ob bereits weitere Unterstützungsformen bestanden.	Beantwortung der Fragestellung.

Tabelle 1: Interviewleitfaden (eigene Darstellung)

2. Welchen weiteren sozialen und emotionalen Herausforderungen stehen Menschen mit einer COPD im Alltag gegenüber? Welche Bewältigungsbemühungen werden von den Betroffenen beschrieben?

Frage	Nachfrage	Ziel	Theoretische Verortung
Welchen weiteren Herausforderungen stehen Sie im Alltag gegenüber?	Wie gehen Sie damit um? Erhalten Sie Unterstützung?	Es werden nicht nur kritische Momente sondern auch konkrete Herausforderungen (emotional und sozial) im Alltag hinterfragt. Durch die Frage des Umgangs sollen Bewältigungsstrategien, und das Unterstützungssystem erörtert werden.	Die Herausforderungen sind vielfältig und je nach Lebenswelt und Stadium der Erkrankung (GOLD I-IV) unterschiedlich (vgl. 2.1.2 und 2.1.5). Die Betroffenen empfinden diese subjektiv als unterschiedlich belastend (vgl. 2.2.1).
Wie geht es Ihnen emotional mit der Erkrankung?	Welche Strategien haben Sie im emotionalen Umgang mit der Erkrankung entwickelt?	Das individuelle emotionale Befinden sowie emotionale Herausforderungen werden erörtert. Die Auseinandersetzung und das emotionale Erleben der Erkrankung werden deutlich.	Das Krankheitserleben hängt von unterschiedlichen Stressoren wie der Dauer und Schwere der Erkrankung oder der Betroffenheit der physischen Regionen ab (vgl. 2.2.1 und 2.2.2) Abwehr- und Copingprozesse entscheiden darüber, ob ein emotionales bzw. psychisches Gleichgewicht gefunden wird (vgl. 2.2.3).

Tabelle 2: Interviewleitfaden (eigene Darstellung)

3. Inwiefern wurde die Sozialberatung in Bezug auf kritische Momente und weitere Herausforderungen aus Betroffenenensicht unterstützend erlebt?

Frage	Nachfrage	Ziel	Theoretische Verortung
Welche Erwartungen hatten Sie vor dem Erstkontakt mit der SB?	Wurden Sie vorinformiert und konnten sich darauf einstellen? Inwiefern wären Vorinformationen hilfreich gewesen?	Hoch angesetzte bzw. tiefe Erwartungen werden erkennbar. Zudem wird nachgefragt, ob die Betroffenen genügend vorinformiert wurden.	Prüfung von Erwartungen.
Wie wurde die Beratung bzw. die Unterstützung von den Betroffenen erlebt?	Was war besonders hilfreich? Was war ineffektiv oder gar schädlich bzw. belastend?	Die subjektive Sichtweise der Betroffenen zur SB wird hinterfragt. Interventionen werden kritisch betrachtet.	Subjektive Beantwortung der Gesamtfragestellung.

Tabelle 3: Interviewleitfaden (eigene Darstellung)

4. Welche Bedürfnisse wurden nicht abgedeckt?

Welche Bedürfnisse bleiben offen?	Was hätten Sie sich noch gewünscht?	Der Dienstleistungskatalog der SB wird hinterfragt. Zu hoch angesetzte Erwartungen werden erkenntlich gemacht.	Was leistet die SB nicht?
-----------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------

Tabelle 4: Interviewleitfaden (eigene Darstellung)

3.2.1 Sample

Das Sample der Untersuchung beinhaltet vier Patienten und Patientinnen der KBA, welche die Sozialberatung in Anspruch genommen hatten. Ursprünglich sollten fünf Interviews durchgeführt werden. Die fünfte Person, welche zu Beginn zugesagt hatte, entschied sich am Tag des Interviews aber um und wollte nicht mehr teilnehmen. Es konnte kurzfristig leider keine fünfte Person mehr gefunden werden, welche die Kriterien des Samples erfüllte und dieses sinnvoll ergänzt hätte.

Drei der befragten Personen wurden von der Autorin selbst beraten, da diese für die pneumologischen Stationen zuständig ist. Es konnte deshalb nur eine Betroffene interviewt werden, welche von einer anderen Sozialberaterin begleitet wurde. Es muss deshalb kritisch betrachtet werden, inwiefern die Aussagen der vier Betroffenen über den Nutzen und das Erleben wahrheitsgetreu sind, da diese letztlich die Beratung der Interviewerin auswerten. Dies hat Auswirkungen auf die Ergebnisse und die Vergleichbarkeit mit anderen Aussagen, da vor allem kritische Aussagen im Bezug auf die Beratung eher schwächer oder gar nicht formuliert werden.

Die Auswahl erfolgt nach der maximalen Variation. Obschon nur eine begrenzte Anzahl Interviews durchgeführt wird, soll die maximale Variationsbreite und Unterschiedlichkeit erschlossen werden (vgl. Flick 2012: 165). Dennoch kann mit vier Interviews sicherlich kein Anspruch auf Generalisierung auf eine breite Masse erhoben werden; denn dafür hätte eine quantitative Forschung durchgeführt werden müssen.

Die Auswahl der zu interviewenden Personen erfolgt anhand folgender Kriterien:

- Dauer seit Kenntnis der Diagnose: je nach Dauer seit Kenntnis der Diagnose hatten Betroffene Zeit sich über die Erkrankung zu informieren, neue Bewältigungsstrategien zu erarbeiten, Ressourcen zu erschliessen und sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen oder eben nicht (vgl. Kapitel 2.2- 2.2.4.2).
- Stadium der Erkrankung: gibt Auskunft über die Schwere der zu erwartenden Beeinträchtigungen im Alltag (vgl. Kapitel 2.1.2).
- Alter: je nach Alter und Lebenswelt sind Menschen mit einer COPD vor unterschiedliche Herausforderungen gestellt und verfügen über verschiedene körperliche und emotionale bzw. psychische Ressourcen (vgl. Kapitel 2.1.5 und 2.2.2).
- Geschlecht: männliche und weibliche Betroffene zeigen möglicherweise unterschiedliche Ressourcen und Bewältigungsstrategien.

- Grund der Anmeldung durch den Stationsarzt oder die Stationsärztin: der Dienstleistungskatalog der Sozialberatung ist breit, wodurch unterschiedliche Gründe zu einer Anmeldung führen können (vgl. Kapitel 2.4.2).

Vor den Interviews werden die Patienten und Patientinnen kurz in die Thematik eingeführt. Sie werden darauf hingewiesen, wie die Daten weiter verarbeitet werden (Anonymität) und, dass sie jetzt entscheiden können, ob sie an der Befragung teilnehmen wollen oder nicht.

3.2.2 Kurzportrait der Interviewpartner und –partnerinnen

Die in den Kurzfragebögen erfassten Daten werden in den nachfolgenden Kurzportraits dargestellt.

Interviewpartnerin A: Frau A

Frau A ist zum Zeitpunkt des Interviews 55 Jahre alt und arbeitet als Aussendienstberaterin mit einem 100% Pensum. Die Diagnose COPD erhielt sie vier Wochen vor Klinikeintritt, wobei ihr das Stadium der Erkrankung zum Zeitpunkt der Befragung nicht bekannt war. Durch Akteneinsicht konnte die Autorin feststellen, dass Frau A das Stadium GOLD IV aufweist. Als weitere relevante Diagnose nannte Frau A Schmerzen durch den Ischiasnerv, welche sie im Alltag ein wenig beeinträchtigen würden. In der Anmeldung zur Sozialberatung wurde das Feld „Arbeit und Arbeitslosigkeit“ durch den Stationsarzt angekreuzt. Die Sozialberatung wurde durch eine Arbeitskollegin der Autorin durchgeführt.

Interviewpartnerin B: Frau B

Frau B ist zum Zeitpunkt des Interviews 70 Jahre alt und Hausfrau. Sie lebt gemeinsam mit ihrem Ehemann in einem Einfamilienhaus. Bis 2009 arbeitete sie als Raumpflegerin. Die Diagnose COPD erhielt sie 2008. Durch den Einblick in die Akten wurde ersichtlich, dass Frau B das Stadium GOLD IV aufweist. Als weitere relevante Diagnose gab sie Tremor (Bewegungsstörung mit unwillkürlichen rhythmisch alternierender Kontraktionen) an (vgl. Diener/Weller 2007: 1410). Frau B wurde aufgrund einer Bedarfsabklärung bei der Sozialberatung angemeldet. Im interdisziplinären Rapport wurde der Autorin mitgeteilt, dass die bisherige Unterstützung der Spitex im Haushalt nicht mehr gewährleistet würde und eine neue Unterstützung gesucht werden müsste. Die Beratung fand durch die Autorin statt.

Interviewpartner C: Herr C

Herr C ist zum Zeitpunkt des Interviews 49 Jahre alt. Er ist gelernter Polydesigner, seit zehn Jahren jedoch arbeitslos. Er lebt von der Sozialhilfe und Gelegenheitsjobs. Vor sechs Jahren wurde eine IV- Anmeldung durchgeführt aufgrund von Depressionen und einer Angststörung.

Eine Rente oder berufliche Massnahmen wurden abgelehnt. 2012 kam Herr C auf die psychosomatische Abteilung der KBA aufgrund seiner psychischen Beeinträchtigung. Seitdem, so äusserte Herr C, sei er psychisch stabil. Als vor dem Interview die Frage nach weiteren relevanten Diagnosen nebst der COPD gestellt wurde, nannte er keine. Die Diagnose COPD erhielt Herr C kurz vor Klinikaufenthalt. Er weist das Stadium GOLD III auf. Da Herr C beim Eintrittsgespräch mit der Pflege äusserte, eine erneute IV- Anmeldung durchführen zu wollen, wurde er bei der Sozialberatung angemeldet. Die Beratung wurde durch die Autorin geführt.

Interviewpartner D: Herr D

Herr D ist zum Zeitpunkt des Interviews 85 Jahre alt und war von Beruf Autor. Herr D befand sich aufgrund seiner COPD bereits zum dritten Mal in der KBA. Bei jedem Aufenthalt nahm er die Sozialberatung in Anspruch, welche jedes Mal von der Autorin durchgeführt wurden. Thema der ersten und zweiten Beratung waren die Möglichkeiten und Finanzierung der Unterstützung seiner bettlägerigen Ehefrau. Während dem dritten Aufenthalt wurde in der Sozialberatung ein möglicher Umzug von Herrn D in eine andere Wohnung diskutiert, da dieser vom Passivrauchen durch seine Ehefrau betroffen ist. Die Diagnose COPD erhielt Herr D 2006. Aus den Aktennotizen konnte entnommen werden, dass er das Stadium GOLD IV aufweist. Weitere relevante Diagnosen nannte er nicht.

3.2.2 Transkriptionsregeln

Die Interviews wurden zur persönlicheren Gestaltung auf schweizerdeutsch geführt. Die Interviewpartner und -partnerinnen sollten frei und in ihrer Muttersprache sprechen können, um zum Erzählen animiert zu werden. Die Interviews wurden mit Einverständnis der Befragten auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert. Um die Verständlichkeit und Auswertungsmöglichkeit der Daten zu gewährleisten, wurden die Interviews wörtlich ins Schriftdeutsche übersetzt. Jegliche Namen wurden anonymisiert, um keine Rückschlüsse ziehen zu können. Durch die in den Kurzfragebögen erhobenen Daten könnten aber dennoch interne Mitarbeiter die Interviewpartner und -partnerinnen erkennen. Um die Anonymität zu erhöhen wurden deshalb das Alter und der Beruf leicht abgeändert.

Folgende Regeln wurden zudem berücksichtigt (in Anlehnung an Dresing/Pehl 2013: 16-24):

- Verwendung von Zeilennummerierung und Angaben von Seitenzahlen.
- Kennzeichnung des/der Sprechenden am linken Textrand mit I (Interviewerin) und E (Erzähler/in).
- Markierung der Pausen. Die Anzahl Punkte in Klammern gibt in etwa die Sekunden wieder. Pausen, die länger als drei Sekunden dauern, werden mit der entsprechenden Zahl notiert.
- Festhalten von Planungsmarkieren und Verständnissignalen (ähm, mhm, ja,...).
- Jeder Beitrag erhält einen eigenen Absatz. Zwischen den Beiträgen gibt es eine leere Zeile.
- Emotionale nonverbale Äusserungen oder aussersprachliche Handlungen werden in spitzen Klammern markiert (>lacht<,...).
- Nicht verstandene Beiträge werden mit (unv.) gekennzeichnet.
- Wortabbruch oder Selbstkorrektur wird mit / markiert.
- Wird ein Wort betont, so wird es unterstrichen (schön,...)
- Wird ein Wort gedehnt ausgesprochen, so wird es teilweise unterstrichen (i r g e n d w i e,...).
- Anmerkungen der Autorin, welche zur besseren Verständlichkeit des Interviews dienen, werden in eckigen Klammern notiert [...].
- Dezimalzahlen werden in Ziffern geschrieben.
- Zahlen null bis zwölf im Fließtext mit Namen, größere in Ziffern.
- Weitere Zahlen mit kurzen Namen werden ausgeschrieben.

Die transkribierten Interviews finden sich im Anhang.

3.3 Auswertung des empirischen Materials

Zur Auswertung der Interviews wurde das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt. Das Ziel der Inhaltsanalyse besteht darin, das aus der Kommunikation gewonnene Material zu analysieren. Es werden jedoch nicht nur die Kommunikations-Inhalte, sondern auch formale Aspekte der Kommunikation untersucht wie beispielsweise Satzkorrekturen oder unvollständige Sätze (vgl. Mayring 2010: 11).

Es gelten für die Inhaltsanalyse zusammenfassend folgende Aspekte:

- Durch die Inhaltsanalyse soll fixierte Kommunikation analysiert werden.
- Es soll dabei systematisch, theoriegeleitet und regelgeleitet vorgegangen werden.
- Das Ziel besteht darin, Rückschlüsse auf bestimmte Gesichtspunkte der Kommunikation ziehen zu können (vgl. ebd. 2010: 13).

Ein Vorteil der Inhaltsanalyse besteht darin, dass das zu analysierende Material immer in seinem Kommunikationszusammenhang verstanden wird. Der Text wird also immer „(...) innerhalb seines Kontextes interpretiert.“ (Mayring ebd.: 48). Weiter soll jeder Analyseschritt nach vorab festgelegten Regeln vollzogen werden und deshalb theoretisch begründbar sein. Nur so kann die Nachvollziehbarkeit für Dritte gewährleistet werden (Mayring ebd.: 48).

Das vorliegende Material wurde zum einen Teil durch ein induktives Kategoriensystem (Oberkategorie 1 und 4) und zum anderen durch ein deduktives (Oberkategorie 2 und 3) ausgewertet. Die induktive Auswertung wurde nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse durchgeführt, welche zum Ziel hat, das Material auf das Wesentliche zu reduzieren. Das gekürzte Material soll aber letztlich immer noch Abbild des Grundmaterials sein (vgl. ebd.: 65). Eine induktive Kategoriendefinition zeichnet sich dadurch aus, dass vorab keine Theorienkonzepte formuliert werden und die Kategorien direkt aus dem Verallgemeinerungsprozess abgeleitet werden (vgl. ebd.: 83).

Bei der Oberkategorie 2 wurde eine deduktive Auswertung nach der inhaltlichen Strukturierung vorgenommen. Diese Auswertungsform will das Material zu bestimmten relevanten Inhaltsbereichen extrahieren und zusammenfassen (vgl. ebd.: 94). Es wird dabei ein theoretisch begründetes Kategoriensystem an das Material herangetragen (vgl. ebd.: 83). Dieses bestimmt, welches Material extrahiert werden soll. Letztlich wird das Material in Oberkategorien zusammengefasst (vgl. ebd.: 98).

Die Oberkategorie 4 wurde durch eine skalierende Strukturierung ausgewertet, welche zum Ziel hat, das Material auf einer Skala einzuschätzen. Es werden dabei Strukturierungsdimensionen in ordinalskaliert Form (hoch – mittel – niedrig) festgelegt. Das Material wird dann auf diese Skalen eingeschätzt. Die Zuteilung der ordinalskalierten Form in „hoch – mittel – niedrig“ konnte einer Darstellung eines Beispiels von Mayring (vgl. ebd.: 106f.) entnommen werden. Bei der Formulierung der Dimensionen kann auf Theorien zurückgegriffen werden (vgl. ebd.: 102f.). Es wurde auf diese Auswertungsform zurückgegriffen, da die Fragestellung durch die Bestimmung von Einschätzungsdimensionen effektiv analysiert und die Dimensionen aus der Fragestellung abgeleitet werden konnten. Die Auswertungen finden sich im Anhang dieser Arbeit.

4. Ergebnisse

Es werden im folgenden Kapitel die vier gewonnen Oberkategorien und deren Unterkategorien vorgestellt. Die Ergebnisse der Kategorien sind durch passende Interviewpassagen illustriert. Weiter werden zu jeder Kategorie eine theoretische Verortung sowie eine kritische Würdigung vorgenommen.

Folgende Kategorien werden dargestellt:

- Oberkategorie 1: Kritische Momente und Herausforderungen
- Oberkategorie 2: Krankheitsbewältigungsbemühungen
- Oberkategorie 3: Subjektiver Unterstützungsgehalt der Sozialberatung
- Oberkategorie 4: Erwartungen vor Erstkontakt und offene Bedürfnisse

Die Interviews und deren Auswertungen sind im Anhang der Arbeit zu finden.

4.1 Oberkategorie 1: Kritische Momente und Herausforderungen

4.1.1 Ergebnisse mit Interviewpassagen

Die Interviewpartner und -partnerinnen wurden aufgefordert, die für sie kritischen Momente sowie sozialen und emotionalen Herausforderungen innerhalb des Krankheitsverlaufs zu beschreiben. Bei der Datenauswertung wurde ersichtlich, dass keine Trennschärfe zwischen Herausforderungen und kritischen Momenten erzielt werden kann. Das Erkenntnisinteresse lag bei der Auswertung bei jenen Herausforderungen und kritischen Momenten, die krankheitsbedingt sind, im Wissen, dass der Dienstleistungskatalog der Sozialberatung auch nicht krankheitsbedingte Themen abdeckt. Es wurde somit bei der Auswertung von folgender Fragestellung ausgegangen:

Welche kritischen Momente sowie sozialen und emotionalen Herausforderungen innerhalb des Krankheitsverlaufs werden von den Betroffenen genannt?

Es konnten anhand dieser Fragestellung folgende Unterkategorien gebildet werden:

- Körperstrukturen und –funktionen
- Aktivitäten
- Teilhabe und Teilnahme
- Umweltfaktoren
- Emotionale Herausforderungen bzw. personenbezogene Faktoren

Unterkategorie: Körperstrukturen und –funktionen

Es wurden in zwei Interviews die Wahrnehmung einer Gesundheitsverschlechterung sowie in einem Interview eine akute Verschlechterung der COPD- Symptomatik, sogenannte Exazerbationen, genannt. Frau B (S: 2, Z: 27- 29):

„Ich habe mich immer gerade so halten können. Ausser eben da vor drei Jahren, wo es auch wieder schlimm gewesen ist. Nein respektive ich habe dem Doktor gesagt: „Ich kann einfach nicht mehr.““

Ergänzend dazu Frau A (S: 2, Z: 47- 48):

„Dann bin ich das (Medikament) holen gegangen und mir ist es einfach schlechter gegangen. Auch in meinem Job.“

Weiter berichteten drei Personen über Atemnot, welche u.a. bei der Durchführung von Aktivitäten auftritt. So erzählt Herr D (S: 3, Z: 79- 80).

„Und dann diese unzähligen Male, wenn ich mich zum Beispiel am Morgen beeile. Dann gibt es auch Atemnot.“

Frau B ergänzend (S: 3, Z: 66- 68)

„(Man) versucht das Möglichste zu machen. Und wenn einfach gerade ein Stoss kommt, wo man einfach fast keine Luft hat, halt eine Pause.“

Unterkategorie: Aktivitäten

Es wurden in drei Interviews eine Beeinträchtigung bei der Durchführung von Aktivitäten wie Treppengehen, Hochheben von Lasten und Gehen von Steigungen genannt. Frau A (S: 3, Z: 88- 89):

„Und ich bin neu gekommen und habe gedacht: „Hoffentlich hat der keine Treppen“, oder? Du kannst meistens bei Firmen ran fahren, oder? Aber die Treppen. Ich habe einfach nicht mehr das Zeugs heben können und so, oder? Ich bin manchmal angekommen, keine Luft mehr und nichts mehr und vor der Tür musste ich warten, oder?“

Herr C ergänzend dazu (S: 3, Z: 59- 61):

„Ich weiss es einfach, dass ähm, dass ich/ dass eben/ ich habe Mühe mit Sachen hoch heben, mit schwer heben auf lange Zeit zum Beispiel.“

Alle Interviewpartner und -partnerinnen berichteten zudem über die reduzierte Leistungsfähigkeit, welche zu einer Einschränkung bzw. Reduktion von Aktivitäten führte. Herr D (S: 5, Z: 115- 117):

„Ja eben alles, was mit Anstrengung zu tun hat, hat abgenommen, nicht? Ich kann nicht mehr so viel Leistung bringen (..) wie vorher. Sei es jetzt beim Schaffen, sei es bei irgendwas.“

Frau A (S: 4, Z: 96- 97):

„Aber dann habe ich einfach alles ein bisschen langsamer gemacht. Und es ist so, man geht dann nicht mehr laufen, man mag nicht mehr.“

In zwei Interviews wurde über die erschwerte Haushaltsführung sowie im Interview mit Herrn C über erschwertes Ankleiden berichtet. Herr C (S: 1, Z: 18- 20):

„Nein, es ist einfach alles mühsam. Das Anziehen schon zum Teil. Die Socken anziehen zum Beispiel >lacht< oder Schuhe anziehen >seufzt<, ist schon anstrengend.“

Herr D schilderte, dass er allgemein einen grösseren Aufwand bei Anstrengungen leisten muss (S: 1, Z: 13, 15):

„Ja es ist einfach es sind/ bei Anstrengungen ist es schwieriger geworden. Muss ich mehr/ grösseren Aufwand leisten (..) bei Anstrengungen.“

Es muss festgehalten werden, dass sich das erschwerte Durchführen von Aktivitäten indirekt auch auf die Teilhabe auswirkt. Erschwerte Arztbesuche oder die Reduktion von Freizeitaktivitäten wirken sich auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben aus.

Unterkategorie: Teilhabe und Teilnahme

Im Interview mit Frau A wurde die reduzierte Arbeitsfähigkeit sowie drohende Arbeitsunfähigkeit angesprochen. Sie erwähnte zudem, dass diese wurde vom Arzt attestiert wurde. Frau A (S: 4, Z: 104- 105):

„Und erst dann (...) wo ich eben zum Hausarzt bin, hat er gesagt: “Fertig arbeiten, so können Sie nicht mehr arbeiten.““

Auch Frau B schilderte wiederkehrende krankheitsbedingte Arbeitsausfälle bis hin zur Kündigung, wobei ungeklärt bleibt, weshalb ihr gekündigt wurde (S: 1, Z: 3- 4):

„Ich habe ungefähr eine Woche geschafft. Wieder eine Woche krank. Vierzehn Tage geschafft. Wieder eine Woche krank.“

Weiter berichtete Frau A, dass eine Reduktion der Freizeitaktivitäten stattgefunden hat (S: 4, Z: 103- 104):

„Und äh dann bin ich ja wegen diesen zwei Sachen eigentlich nicht mehr gelaufen und mich nicht mehr gross bewegt dann, oder?“

Unterkategorie: Umweltfaktoren

Es schilderten drei Personen, dass das Wetter sie beeinträchtigt, wobei unterschiedliche Jahreszeiten genannt wurden. Frau B (S: 3, Z: 57- 59):

„Einfach das Schlimmste ist der Herbst. Der Nebel. Und der Föhn (...). Wie heute Morgen der Nebel. Das habe ich den Eindruck gehabt, da hat man einen Deckel.“

Weiter erzählte Herr D, dass das Zusammenleben mit seiner rauchenden Ehefrau problematisch ist und er sich deshalb eine neue Wohnung suchen muss. Zudem ist er seit der Erkrankung auf Medikamente und Sauerstoff angewiesen (S: 10, Z: 283- 284):

„Das ist ein Problem, oder? (...) Ich habe ja vorher leben können ohne Sauerstoff. Jetzt kann ich es nicht mehr.“

Auch Frau A und B schilderten negative Seiten der Medikamenteneinnahme aufgrund der Nebenwirkungen. Frau B (S: 1, Z: 22- 23):

„Und dann bin ich von 52kg gerade auf 62 rauf. So richtig aufgedunsen. Nachher hat es sich so langsam wieder eingespielt.“

Frau A berichtete darüber, dass sie die Leistungsfähigkeit für ihre Enkelkinder aufrecht erhalten möchte, da die abnehmende Leistungsfähigkeit das Familienleben bedroht. Dieser Aspekt wird der Unterkategorie der Umweltfaktoren zugeordnet, da die Familie Teil der Umwelt ist und somit unterstützend bzw. destruktiv wirken kann. Frau A (S: 9, Z: 237- 241):

„Ja auf jeden Fall. Auf jeden Fall. Ich habe fünf Enkelkinder. Alles noch Babies. Also der älteste ist vier. >lacht< Und dann nachher haben sie Zwillinge bekommen. Sind es schon drei. Und meine Tochter hat jetzt das zweite bekommen. Ja und dann willst du ja auch noch ein bisschen/ mit denen ein bisschen fit sein. Halb fit wenigstens, oder?“

Unterkategorie: Emotionale Herausforderungen bzw. personenbezogene Faktoren

Frau A berichtete über ihre Angst vor der drohenden Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und der fortschreitenden Erkrankung (S: 7, Z: 178- 180):

„(...) Nachher bin ich schon ein bisschen so bedrückt gewesen. Und habe gedacht: „Jesses nein, oder, eine IV. Das willst du ja eigentlich auch nicht unbedingt.““

Auch Herr D berichtete über Angstzustände bis hin zur Todesangst (S: 3, Z: 76- 77):

„Plötzlich hast du Angst, weisst du. Unglaubliche Angst. Und das kann man nicht steuern. Das kommt einfach.“

Zudem schilderte er, dass er enttäuscht sei über die Irreversibilität der Erkrankung.

Herr C nahm wahr, dass er auf sich alleine gestellt ist im Umgang mit der Erkrankung. Gleichzeitig schilderte er, dass die Erkrankung eine Entwicklungsaufgabe ist, da diese gewöhnungsbedürftig ist und er sich damit abfinden muss.

4.1.2 Theoretische Verortung

Wird das Konzept der Funktionalen Gesundheit beigezogen, so lässt sich feststellen, dass in allen Bereichen (Körperstrukturen und –funktion, Teilhabe und Teilnahme, Aktivitäten, Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren und Zusammenspiel aller Faktoren) einschneidende Beeinträchtigungen auszumachen sind (vgl. Kapitel 2.1.5).

Alle vier Betroffenen weisen ein fortgeschrittenes COPD- Stadium (III und IV) auf, weshalb mit massiven Einschränkungen im Bereich der Körperstrukturen und –funktionen zu rechnen war. Dies wurde durch die Schilderung von Atemnot und Exazerbationen bestätigt (vgl. Kapitel 2.1.2). Um die Symptome zu minimieren bzw. einen korrekten Umgang zu erlernen, ist ein therapiegerechtes Verhalten seitens der Patienten und Patientinnen äusserst wichtig. Es lässt sich aber auch erkennen, dass die Abhängigkeit von Medikamenten und Sauerstoff und somit die Abhängigkeit vom medizinischen System nicht nur eine Hilfestellung ist, sondern auch als Stressor empfunden wird. Zudem können durch die Einnahme von Medikamenten Nebenwirkungen auftreten, welche zusätzlich belasten.

Insbesondere im Bereich der Aktivitäten wurden schon bei kleinsten Anstrengungen Beeinträchtigungen ersichtlich. Die Möglichkeit aktiv zu sein und an Aktivitäten teilzunehmen, ist ein wichtiger Aspekt der Teilhabe und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Freizeitaktivitäten werden eingeschränkt, da sich Betroffene bei körperlichen Aktivitäten schonen, der Verlust der Erwerbsfähigkeit droht, aber auch schon der Gang zum Arzt wird

erschwert bei Steigungen. Professionelle der Sozialberatung müssen aufgrund dessen über ein breites Wissen zu Hilfestellungen wie beispielsweise Hilfsmittel und Entlastungsdienste, sowie adäquate Freizeitangebote usw. verfügen. So soll der sozialen Isolation entgegen gewirkt werden und die Betroffenen sollen bestmöglich unterstützt werden.

Im Bereich der Kontextfaktoren (personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren) wurde aufgrund der Fragestellung insbesondere auf Barrieren eingegangen. Bei den Umweltfaktoren wurden unterschiedliche Aspekte genannt. Auffällig war die Antwort von Frau A, welche für die Enkelkinder leistungsfähig bleiben möchte. Dies kann als positiver Aspekt betrachtet werden, welcher deshalb ein Förderfaktor ist. Da auch Herr D über sein soziales Umfeld berichtet hatte, wird ersichtlich wie essentiell, aber auch destruktiv das soziale Umfeld wirken kann. So kann das soziale Umfeld beispielsweise durch konkrete Hilfestellungen wie das Übernehmen von pflegerischen Leistungen, durch Hilfe im Haushalt oder durch seelische und moralische Unterstützung assistieren. Destruktiv hingegen können wie im Beispiel von Herrn D rauchende im gleichen Haus wohnende Personen sein oder nahe stehende Personen, welche die Therapie nicht unterstützen etc.

Im Bereich der personenbezogenen Faktoren bzw. emotionalen Herausforderungen wurden zur Antwort oft Angst aber auch weitere negative Emotionen wie Enttäuschung oder Bedrückung genannt.

All die genannten Herausforderungen und kritischen Momente lassen darauf schließen, dass die Betroffenen physische, psychische und seelische Grenzen erleben. Dies führte bei den Betroffenen dazu, dass Neuanpassungen vorgenommen werden mussten, indem beispielsweise Aktivitäten reduziert wurden (vgl. Kapitel 2.2.1).

Weiter wurden unterschiedliche Stressoren genannt wie die Irreversibilität der Erkrankung oder die subjektive Lebensbedrohung durch Atemnot. Inwiefern die Erkrankung aber für die einzelnen Betroffenen als tatsächliche Bedrohung wahrgenommen wird, bleibt eher offen, da diese Frage so nicht gestellt wurde (vgl. Kapitel 2.2.2).

4.1.3 Kritische Würdigung

Die Auswertungsmethode anhand eines induktiven Kategoriensystems vorzunehmen, stellte sich als sinnvoll heraus, da dadurch alle genannten kritischen Momente und Herausforderungen berücksichtigt werden konnten. Durch ein vorab festgelegtes Kategoriensystem hätten womöglich nicht alle relevanten Aspekte berücksichtigt werden können. Die Autorin hatte dennoch beim Vorgang der Reduktion festgestellt, dass ein theoriegeleitetes Kategoriensystems des Kapitels 2.1.5 zugezogen werden konnte

Wie bereits zu Beginn des Kapitels erwähnt, war es bei der Datenauswertung schwierig, eine klare Trennung zwischen kritischen Momenten und sozialen sowie emotionalen Herausforderungen zu ziehen. Einerseits hätte den Betroffenen bereits vor den Interviews erklärt werden müssen, von welchen theoretischen Vorannahmen die Autorin ausgeht. Andererseits bleibt dennoch die Frage offen, wie weit die Betroffenen unter jenen theoretischen Vorkenntnissen hätten frei erzählen können, und ob somit eine Trennschärfe erzielt worden wäre. Bei einigen Aussagen hätte des Weiteren konkreter nachgefragt werden müssen, so dass die Kategorienbildung vereinfacht worden wäre, um differenziertere Schlüsse ziehen zu können. Als Beispiel sei hier die Aussage von Herrn C zu nennen, der erzählte, dass er sich irgendwie mit der Erkrankung abfindet, jedoch unklar bleibt, worin genau die Schwierigkeit im Umgang mit der Erkrankung liegt.

Die Autorin geht davon aus, dass sicherlich noch weitere Herausforderungen (insbesondere im emotionalen Bereich) und kritische Momente hätten genannt werden können, doch war dies aufgrund der knappen zeitlichen Ressourcen zur Befragung der Betroffenen nicht möglich. Zudem muss kritisch betrachtet werden, ob sich die Betroffenen selber über die emotionalen Herausforderungen bewusst sind bzw. ob diese nicht verdrängt werden. Ferner hatten zwei der Betroffenen die Diagnose erst kurz vor dem Klinikaufenthalt erhalten, so dass ihnen möglicherweise das ganze Ausmass der Erkrankung noch nicht bewusst ist. Die Erkrankung muss deshalb ggf. erst bewertet und mit den eigenen Bewältigungsmöglichkeiten in Relation gesetzt werden. Da die Verarbeitung durch diverse individuelle Faktoren beeinflusst wird, wird die Belastung der Erkrankung letztlich auch als unterschiedlich belastend wahrgenommen (vgl. Kapitel 2.2.2).

Insgesamt konnte aber dennoch eine vielfältige Spannbreite von Herausforderungen und kritischen Momenten erhoben werden.

4.2 Oberkategorie 2: Krankheitsbewältigungsbemühungen

4.2.1 Ergebnisse mit Interviewpassagen

In den Interviews wurden die Betroffenen aufgefordert, über Bewältigungsbemühungen zu berichten, indem sie zum Umgang mit kritischen Momenten sowie weiteren Herausforderungen befragt wurden. Es sollte ersichtlich werden, ob die Bemühungen auf kognitiver bzw. emotionaler Ebene oder durch zielgerichtetes Handeln stattfinden (vgl. Kapitel 2.2.3).

Es wurde bei der Datenauswertung von folgender Fragestellung ausgegangen:

Welche Bewältigungsbemühungen werden von den Betroffenen beschrieben im Umgang mit kritischen Momenten und sozialen sowie emotionalen Herausforderungen?

Ausgehend von jener Fragestellung konnten folgende Unterkategorien gebildet werden:

- Emotionale Verarbeitungsstrategie
- Kognitive Verarbeitungsstrategie
- Zielgerichtetes Handeln als Verarbeitungsstrategie
- Verarbeitungsstrategie nicht zuordenbar

Unterkategorie: Emotionale Verarbeitungsstrategie

Drei Personen nannten Optimismus bzw. positives Denken. So Herr C (S: 1, Z: 12- 13):

„Ich hoffe natürlich, dass es immer noch ein bisschen besser kommt.“

Ergänzend dazu Frau A (S: 5, Z: 116- 115):

„Ich habe gedacht, ja das wird ja wieder besser und nachher bist du wieder bei Kräften.“

Frau A fügte im Interview das Gefühl von Bedrückung aufgrund der drohenden Invalidität hinzu. Bei derselben Aussage ist ferner das Gefühl von Hadern mit der Situation erkennbar (S: 7, Z: 178- 180):

„(...) Nachher bin ich schon ein bisschen so bedrückt gewesen. Und habe gedacht: „Jesses nein, oder, eine IV. Das willst du ja eigentlich auch nicht unbedingt.““

Ferner schilderte sie eine emotionale Entlastung durch Weinen (S: 2, Z: 50- 51):

„Und dann bin ich zu ihm (Arzt) und dann musste ich weinen und habe gesagt: „Ich mag nicht mehr.““

Herr D zeigte sich enttäuscht über die Irreversibilität der Erkrankung und beschuldigte zudem zu Beginn der Erkrankung die Medikamente für das Fortschreiten der Erkrankung. Herr D (S: 10, Z: 275- 277, 283- 284):

„Und dann habe ich mir überlegt, wie es langsam schlimmer geworden ist, ob das nicht mit den Medikamenten zu tun hat. Dass ich irgendwie abhängig werde von den Medikamenten.“

Fremdbeschuldigung konnte auch bei Frau A festgestellt werden, welche ihren Arzt beschuldigte, sie zu wenig ernst genommen zu haben (S: 3, Z: 60):

„Aber äh (...) ja er (Arzt) hätte es vielleicht ein bisschen ernster nehmen sollen.“

Unterkategorie: Kognitive Verarbeitungsstrategie

Es konnte bei drei Interviewpartnern und –partnerinnen die Strategie des Sich-Abfindens und Akzeptierens festgestellt werden. So Herr C (S: 1, Z: 11- 12):

„Und wie es mir gegangen ist, ja, hmm wie soll ich sagen? Ich habe mich einfach damit abgefunden, oder?“

Ergänzend dazu Frau C (S: 4, Z: 97):

„Aber mit der Zeit gewöhnt man sich daran.“

Es konnte zudem bei einer Person die Strategie des Umdenkens bzw. der Neubewertung sowie das Bewahren von Haltung ausgemacht werden. Zudem schilderte sie aber auch das Gefühl von Resignation bei Atemnot. Frau A wiederum vergleicht sich mit anderen ebenfalls COPD Betroffenen (S: 9, Z: 228- 230):

„(...) Also mir geht es jetzt besser. Aber ähm, als ich jetzt gesehen habe, wie die Leute hier sind, habe ich auch sagen müssen: „Jesses nein, komme ich dann auch soweit?“ Oder?“

Unterkategorie: Zielgerichtetes Handeln als Verarbeitungsstrategie

Es wurden zahlreiche Krankheitsverarbeitungsstrategien genannt. Zwei Personen schilderten, dass sie den Rauchstopp durchführen, was einerseits auf eine Verhaltensveränderung schliessen lässt und andererseits auf ihre Patientencompliance. Frau A (S: 8, Z: 232- 234):

„Und eben, ich mache auch den Raucherstopp, weil das hat mich jetzt also schon (...) schon ein bisschen vernünftiger gemacht.“

Oder Herr C (S: 1, Z: 13):

„Ich hoffe natürlich, dass es immer noch ein bisschen besser kommt. Ich habe auch aufgehört zu rauchen.“

Zwei Personen zeigen sich compliant, indem sie neu erlernte Strategien durchführen. Frau B (S: 3, Z: 70- 72):

„Einfach sitzen und durch schnaufen. Mit Lippenbremse. Und dann komm ich schneller wieder rauf.“

Eine Person wollte sich zudem zu einer ambulanten Therapie anmelden.

Es wurden weiter verschiedene Wahrnehmungen geschildert, die zu einer Anpassung der Aktivitäten führen. Am häufigsten wurde Atemnot genannt, bei welcher eine Anpassung vorgenommen werden muss. Frau B (S: 3, Z: 66- 67):

„(...) Versucht das Möglichste zu machen. Und wenn einfach gerade ein Stoss kommt, wo man einfach fast keine Luft hat, halt eine Pause.“

Ergänzend Herr C (S: 5, Z: 126- 127):

„Und dann, ich will natürlich ein bisschen mehr laufen gehen als vorher. Weil ich merke, dass es mir gut tut.“

Frau B und Herr C schilderten, dass sie bewährte Aktivitäten beibehalten. Herr D beispielsweise schreibt eine Autobiografie (S: 8, Z: 208- 209):

„Wissen Sie, ich bin ja noch aktiv. Ich schreibe ähm, zurzeit äh eine Autobiografie.“

Bei drei der Befragten wurde die Strategie des Organisierens von externer Hilfe festgestellt, wobei die Hilfe unterschiedlicher Art ist. So wurde zweimal der Arzt genannt sowie je einmal medizinisches Personal, die Lungenliga und Haushaltshilfe. Eine Person erhält ferner soziale Unterstützung durch ihren Lebenspartner im Haushalt.

Zuletzt konnte bei Frau A festgestellt werden, dass sie bei der Arbeit Durchhaltevermögen besitzt und trotz Beeinträchtigungen weiter gearbeitet hat. Zudem möchte sie leistungsfähig für ihre Enkelkinder bleiben, was von Altruismus bzw. Fremdmotivation zeugt. Gleichzeitig stellen die Enkelkinder eine Ressource von Frau A dar, welche sie selber aktiviert, indem sie sich um die Leistungsfähigkeit bemüht.

Unterkategorie: Nicht zuordenbare Verarbeitungsstrategien

Es wurde bei Frau A festgestellt, dass ihre Tochter sie beim Arzt angemeldet hatte und nicht sie selber. Folglich hat sie Unterstützung von aussen angenommen und ging danach zum Arzt, welches erst im zweiten Schritt ein zielgerichtetes Handeln darstellt.

Ferner hatte Frau A auch über die Strategie des Wahrens von Autonomie berichtet, da sie trotz Partner möglich selbstständig bleiben möchte (10, Z: 246- 248):

„Ja. Und eben auch das Schaffen. Ich meine, klar ich habe einen Lebenspartner, aber ich muss ja für mich alleine schauen.“

4.2.2 Theoretische Verortung

Da die Betroffenen nur über bewusste Strategien berichten können, wurden lediglich Copingstrategien erörtert (vgl. Kapitel 2.2.3). Ersichtlich wurde dabei, dass auf allen drei Ebenen (kognitiv, emotional, handlungsbezogen) Strategien auszumachen sind. Insbesondere auf der handlungsbezogenen Ebene wurden zahlreiche genannt. Auf der emotionalen und kognitiven Ebene wurden vergleichsmässig eher wenige Strategien geschildert (vgl. Kapitel 2.2.3).

Wird das transaktionale Stressmodell hinzugezogen, so muss die Erkrankung als Schädigung bzw. Verlust eingeordnet werden, da der Schaden bereits eingetreten ist. Da bei allen Befragten Bewältigungsbemühungen ersichtlich sind, ist davon auszugehen, dass der Reiz, also die Erkrankung, bei der primären Bewertung als stressend empfunden wird. Das Verhalten wird folglich angepasst. Auffallend sind insbesondere die häufig genannten problemorientierten Verhaltensweisen, die darauf abzielen, das Problem und die stressbedingte Ursache zu lösen wie beispielsweise der Rauchstopp, die Durchführung erlernter Techniken bei Atemnot oder das Organisieren von externer Unterstützung (vgl. Kapitel 2.2.4.1).

Wird das Phasenmodell von Kübler- Ross hinzugezogen, so müsste am ehesten davon ausgegangen werden, dass sich Frau A und Herr C aufgrund der kurzen Dauer seit Kenntnis der Diagnose in den Startphasen befinden. Bei Frau A sind jedoch keine Zeichen des Nicht-Wahrhaben- Wollens festzustellen. Es könnten jedoch durch Fremdbeschuldigung Aspekte der zweiten Phase zutreffen, wobei die Zuordnung eher schwierig ist, da die Anhaltspunkte zu den zeitlichen Dimensionen der einzelnen Phasen fehlen und alle Verhaltensweisen verschiedenen Phasen zugeordnet werden könnten. Ferner dürfen die Phasen nicht als linearer Prozess verstanden werden. Aus demselben Grund können auch alle anderen Befragten nicht exakt einer Phase zugeordnet werden (vgl. Kapitel 2.2.4.2).

Es kann festgehalten werden, dass die Betroffenen überwiegend offensive Strategien nutzen, welche laut Künzel-Schön wirksamer sind als defensive. Zudem wurden eher wenig passiv- resignative und defensive Strategien genannt, welche laut einigen a-priori Ansätzen eher dysfunktional sind. Es muss hierbei hinterfragt werden, ob diese Strategien den Betroffenen bewusst sind (vgl. Kapitel 2.2.5).

4.2.3 Kritische Würdigung

Wie im Kapitel 2.2.5 beschrieben wird, stellt die Erfassung der Krankheitsbewältigung ein schwieriges Unterfangen dar. Um das Verhalten zu erfassen und zu verstehen, müsste die spezifische individuelle Bedeutung sowie der situative Kontext miterfasst werden. Zudem kann selbst durch Fremd- und Selbstbewertung nur ein Teil der gesamten Bewältigungsstrategien erfasst werden. Die vorliegende Datenerhebung und –auswertung stellt aus den genannten Gründen und aufgrund knapper zeitlicher Ressourcen ein Versuch dar, das Bewältigungsverhalten auf einfachste Weise zu erfassen und zu kategorisieren. Auch war es der Autorin nicht möglich, Abwehrprozesse zu analysieren, da diese unbewusst stattfinden und durch eine derartige Datenerhebung kaum erfassbar sind (vgl. Kapitel 2.2).

Es muss zudem kritisch betrachtet werden, ob die Äusserungen der Betroffenen kongruent sind. So wird beispielsweise bei diversen Äusserungen der Anschein erweckt, dass Beeinträchtigungen akzeptiert wurden. Bei anderen Äusserungen wiederum scheint es, dass mit der Erkrankung gehadert wird oder das Gefühl der Resignation besteht. So äusserte Herr C beispielsweise, dass er hofft, dass „es besser wird“, gleichzeitig schilderte er aber auch, dass er sich mit den Herausforderungen abgefunden habe.

Ob die Bewältigungsbemühungen letztlich tatsächlich effektiv sind, bleibt trotz der überwiegend offensiven Strategien eher offen. Die Interviewpartner und –partnerinnen hätten vermehrt dazu befragt werden müssen, ob sie ihre Strategien als gelungen einschätzen, um zumindest eine Selbsteinschätzung zu erhalten. Eine zusätzliche Fremdbeurteilung vorzunehmen, hätte sicherlich den Rahmen dieser Arbeit gesprengt. Bereits in den unterschiedlichen theoretischen Zugängen zu den Erfassungsformen ist zudem erkennbar, dass die Bestimmung der Effektivität ein schwieriges Unterfangen darstellt.

4.3 Oberkategorie 3: Subjektiver Unterstützungsgehalt der Sozialberatung

4.3.1 Ergebnisse mit Interviewpassagen

Die Interviewpartner und –partnerinnen wurden zum Unterstützungsgehalt der Sozialberatung befragt. Da im Beratungsprozess von Frau B insbesondere auf Themen eingegangen wurden, welche nicht krankheitsbedingt sind (Eheproblematik), wurde die subjektive Wahrnehmung zum Unterstützungsgehalt aller thematisierten Herausforderungen Problemstellungen erörtert. Folglich wurden auch Themen berücksichtigt, die nicht krankheitsbedingt sind; der Bereich der Herausforderungen wurde somit erweitert.

Es wurde bei der Datenauswertung von folgender Fragestellung ausgegangen:

Inwiefern wurde die Sozialberatung aus Betroffenen­sicht unterstützend erlebt in Bezug auf thematisierte Herausforderungen und Problemstellungen?

Dabei konnten folgende Kategorien gebildet werden:

- Hoher Unterstützungsgehalt
- Mittlerer Unterstützungsgehalt
- Kein Unterstützungsgehalt
- Unterstützungsgehalt nicht eruierbar

Unterkategorie: Hoher Unterstützungsgehalt

Ein Grossteil der Aussagen konnte der Kategorie hoher Unterstützungsgehalt zugeordnet werden. Zwei der Betroffenen berichteten, dass das Aufklären, Anwenden und Vermitteln von sozialrechtlichem Wissen hilfreich war. Herr C dazu (S: 3, Z: 71- 73, 105-106):

„Und ähm, jetzt war ich froh, dass Sie mir geholfen haben, da mit der IV, also ausfüllen. Das war gut ja. Es hätte das sicher ein paar Posten gegeben, bei denen ich ein bisschen hätte studieren müssen.“

Ergänzend dazu Frau A (S: 5, Z: 122, 124- 127):

„Aber sie hat mich aufgeklärt. Auch ähm, wegen der Invalid äh, nein, IV, doch? Und ähm, dass ich mir eigentlich bewusst geworden bin, dass das vielleicht eintreten könnte und, dass man da schauen muss, oder? Und, und ähm, dass dann vielleicht ja nicht mehr hundert Prozent geht und so, oder? Dann hat sie mich dann schon ein bisschen aufgeklärt und dann bin ich also noch froh gewesen.“

Zudem schätzten zwei Personen die Vernetzung mit externen Institutionen bzw. der Ausbau des professionellen Behandlungsnetzes. Frau A (S: 6, Z: 135- 137):

„Wissen Sie, sie hat mir noch ein Prospekt gegeben von der Lungenliga. Da will ich mich in W. melden. Die würden einem auch helfen.“

Zwei Personen schätzten zudem die Arbeitsbeziehung. Frau A (S: 7, Z: 177- 178):

„Ja während der Beratung bin ich dann eigentlich froh gewesen, dass sie so geredet hat mit mir (...).“

Des Weiteren empfand Herr D die ressourcenorientierte Beratung als hilfreich, indem aktiv nachgefragt wurde und neue Ressourcen erschlossen wurden (S: 6 Z: 151, 153- 154):

„Dass Sie sich ähm insofern eingesetzt haben, dass Sie immer nachgefragt haben. „Wie ist denn das, wie ist das, wie ist dieses und jenes?“ Das habe ich gut gefunden.“

Unterkategorie: Mittlerer Unterstützungsgehalt

Ein mittlerer Unterstützungsgehalt wurde nur von Frau B wahrgenommen, welche die Beratung zwar als hilfreich empfand und Denkanstöße erhielt, jedoch Schwierigkeiten in der Umsetzung sah. So Frau B (S: 7, Z: 169- 171):

„Ich muss sagen, es ist schon gut die Beratung und alles. Weil man danach mehr überlegen muss oder studiert danach mehr und, und trotzdem weiss man nicht, was man soll. (...)Ja es ist dann trotzdem einfach noch schwierig zum Abwägen nachher wie, wann, was.“

Unterkategorie: Kein Unterstützungsgehalt

Herr D schilderte, dass es nicht Aufgabe der Sozialberatung sei, auf kritische Momente einzugehen, wobei er diese als medizinisch akute Situationen zu definieren scheint. Weiter äusserte er, dass die Sozialberatung keine Hilfestellung bieten kann im Umgang mit seiner rauchenden Frau (S: 12, Z: 319- 321):

„Sie kennen ja meine Situation, nicht? Das einzige, das problematisch ist, ist meine Frau mit ihrem Rauchen. Das ist das Problem. Aber da können Sie auch nichts machen. Das ist nicht etwas, das sozialbedingt ist.“

Unterkategorie: Unterstützungsgehalt nicht eruierbar

In der dieser Kategorie schilderte Frau A, dass der erste Termin zu früh stattfand. Sie erwähnte zudem, dass die Sozialarbeiterin eine Liebe war, was aber nicht weiterhin hinterfragt oder kommentiert wurde. Diese Aussage lässt zwar auf die Arbeitsbeziehung schliessen, doch ist in erster Linie kein Unterstützungsgehalt eruierbar. Weiter meinte Frau A, dass sie bedrückt gewesen sei aufgrund der IV- Renten- Besprechung, was als Denkanstoss gelten, jedoch nicht klar einer Kategorie zugeordnet werden kann. Zuletzt äusserte sie, dass sie zur Haushaltsführung befragt worden sei, wobei sie sich aber nicht über den Unterstützungsgehalt jener Nachfrage äusserte.

4.3.2 Theoretische Verortung

Um bei derart unterschiedlichen Problemstellungen unterstützend zu wirken, ist das Aneignen von Wissen (über Krankheitsbilder, externe ambulante Angebote, etc.) notwendig (vgl. Kapitel 4.1). Aus demselben Grund muss auch eine Vielfalt an Methodenkompetenzen erlernt werden. Weiter wurde ersichtlich, dass in der Rehabilitation bei Personen im arbeitsfähigen Alter die berufliche Wiedereingliederung bzw. die drohende Invalidität zur wichtigen Thematik werden (vgl. Kapitel 2.5 und 2.5.1).

Eine Grundvoraussetzung, um mit derart unterschiedlichen Personen zusammenarbeiten zu können, sind eine respektvolle Haltung und der Aufbau einer Arbeitsbeziehung, welche von einigen Befragten geschätzt wurden. Das Aufbringen von Empathie und Verständnis sind folglich von Wichtigkeit.

Es lässt sich weiter feststellen, dass die Sozialberatung zwar Hilfestellungen leisten kann, die Umsetzung des Besprochenen aber in den Händen der Patienten und Patientinnen liegt. Ferner kann die Sozialberatung nur bedingt unterstützend wirken, wenn der/die Ehepartner/in bei Eheproblematiken nicht hinzugezogen werden kann. Zudem wurde anhand von Herrn D ersichtlich, dass Betroffene teilweise nicht erkennen, dass gewisse Problemstellungen sozialbedingt sind, obwohl sie es in Wirklichkeit sind (Eheproblematik). Sie sind deshalb der Meinung, dass die Sozialberatung nicht unterstützen kann.

Nach Aussage der Befragten scheint auch die Vernetzung mit ambulanten Institutionen einen wichtigen Stellenwert einzunehmen. Durch die Vernetzung mit ambulanten Institutionen können eingeleitete Massnahmen weiter geführt werden. Zudem kann dies das Gefühl von Sicherheit vermitteln, indem ein weiterer Ansprechpartner im Unterstützungssystem vorhanden ist. Herr C wurde mit der IV vernetzt, Frau A wurde die Vernetzung mit der Sozialberatung der Lungenliga empfohlen. Da sie äusserte, diese in

Anspruch nehmen zu wollen, kann davon ausgegangen werden, dass sie eher gute Erfahrungen mit der Sozialberatung der KBA gemacht hat.

Es kann weiter festgehalten werden, dass die Sozialberatung in Bezug auf kritische medizinische Momente wenig unterstützend wirken kann.

4.3.3 Kritische Würdigung

Kritisch hinterfragt werden muss die Aussage von Herrn D, welcher die Problematik seiner rauchenden Ehefrau als nicht sozialbedingt einschätzt. Aus Sicht der Autorin, welche auch Beraterin war, liegt der Problemstellung eine Eheproblematik zugrunde. Deshalb handelt es sich in Wirklichkeit um eine sozialbedingte Ursache, welche letztlich Thematik in der Sozialberatung war. Es wurden aus diesem Grund Wohnungen gesucht, was Herrn D wiederum geschätzt hatte (und so in den Interviews im Anhang nachzulesen ist).

Es fällt auf, dass kaum negative Äusserungen über den Unterstützungsgehalt gemacht wurden. Diese Tatsache muss insofern kritisch betrachtet werden, als dass die Interviewerin auch die Beratung bei drei der Befragten durchgeführt hatte. Möglicherweise hatten die Befragten deshalb keine negativen Äusserungen zum Unterstützungsgehalt gewagt. Andererseits hätte eine neutralere Interviewerin die Fragen womöglich anders gestellt.

Grundsätzlich geht die Autorin davon aus, dass inhaltlich genauer zum Unterstützungsgehalt hätte nachgefragt werden müssen, um konkretere bzw. inhaltlich dichtere Antworten zu erhalten.

4.4 Oberkategorie 4: Erwartungen vor Erstkontakt und offene Bedürfnisse

4.4.1 Ergebnisse mit Interviewpassagen

Die Befragten wurden dazu aufgefordert, Erwartungen vor dem Erstkontakt mit der Sozialberatung zu schildern, sowie Bedürfnisse zu nennen, welche durch den Beratungsprozess nicht abgedeckt wurden. Durch die erste Frage nach Erwartungen sollten hoch sowie tief angesetzte Erwartungen erörtert werden. Das Ziel der zweiten Frage nach offen gebliebenen Bedürfnissen lag darin, zu erkennen, ob der Dienstleistungskatalog der Sozialberatung der KBA möglicherweise Lücken aufweist. Zudem sollte eruiert werden, ob die Sozialberaterin fachgerecht nach offenen Bedürfnissen und für die Betroffenen relevanten Themen gefragt hatte bzw. ob diese ihre Bedürfnisse geäußert hatten. Bei der Datenauswertung wurde von folgenden Fragestellungen ausgegangen:

Welche Bedürfnisse werden von der Sozialberatung nicht abgedeckt? Welche Erwartungen hegen Betroffene vor dem Erstkontakt?

Folgende Unterkategorien wurden gebildet:

- Erwartungen vor Erstkontakt
- Offene Bedürfnisse

Unterkategorie: Erwartungen vor Erstkontakt

Es konnte festgestellt werden, dass zwei Personen keine Notwendigkeit für die Sozialberatung sahen, da bei ihnen aus subjektiver Sicht bereits alles organisiert war. Herr C (S: 3, Z: 69- 71):

„Nein ich habe eigentlich eben, wie gesagt, nicht unbedingt gewusst, warum ich in die Sozialberatung kommen soll. Weil ich eigentlich soweit organisiert bin. Ich habe alles geregelt.“

Frau A und Herr D schilderten, dass die Sozialberatung ihrer Meinung nach hilfreich für Personen ist, die bedürftiger sind als sie selber. So Frau A (S: 7, Z: 167- 170):

„Wissen Sie, ich denke immer Sozialberatung ist/ solche, die nicht mehr schaffen können. Eben gar nicht mehr schaffen können. Oder alleinstehende Mütter mit Kindern, wo zu wenig Geld haben oder keine Wohnung haben.“

Ergänzend dazu Herr D (S: 11, Z: 312- 316):

„Das ist schon eine Hilfe, die Sie anbieten. Das ist eindeutig. Und dann alle diese/ diese Sachen, die mit dem Sozialen zusammenhängen, das ist/ bei mir spielt jetzt das nicht so eine Rolle, nicht? Aber ich kann mir vorstellen, bei Familien mit Kindern und so, dass es Probleme geben könnte, bei denen sie auf Sie angewiesen sind, nicht?“

Lediglich Frau B und Herr D konnten Erwartungen zu konkreten Dienstleistungen der Sozialberatung schildern. Herr D wollte seine finanzielle Lage besprechen, Frau B wiederum ihre Eheproblematik.

Unterkategorie: Offene Bedürfnisse

In der Kategorie der offenen Bedürfnisse nach der Sozialberatung äusserten zwei Personen, dass keine Bedürfnisse offen geblieben seien. Frau B berichtete, dass zwar Bedürfnisse offen geblieben seien, jedoch kein Handlungsspielraum bestehe. Zudem äusserte sie, dass noch viele weitere Bedürfnisse bestehen würden, doch wollte sie diese nicht nennen. Herr D

sagte, dass er sexuelle Bedürfnisse habe, räumte aber sofort ein, dass diese Thematik nicht in die Sozialberatung gehöre.

4.4.2 Theoretische Verortung

Wird der Blickwinkel auf die teilweise immensen Beeinträchtigungen und Herausforderungen im Alltag gerichtet, so scheint es erstaunlich, dass nur die Hälfte der Befragten vor dem Erstkontakt konkrete Anliegen hatten (vgl. Kapitel 2.1.5, 2.2.2, 4.1). Da einer der Kernaufträge der Rehabilitation jener der beruflichen Wiedereingliederung ist, verwundert es, dass insbesondere jene beiden Befragten, welche noch im arbeitsfähigen Alter sind, keine Erwartungen vor dem Erstkontakt hatten. Möglicherweise lässt sich die Erwartungslosigkeit auf die kurze Dauer seit Kenntnis der Diagnose zurückführen, weshalb sie sich über die Folgen der Erkrankung und mögliche Hilfestellungen noch nicht informiert hatten. Andererseits könnte die Erwartungslosigkeit aber auch auf allfällige Abwehrstrategien im Bereich der Krankheitsbewältigung oder aber auf die Uninformiertheit über den Dienstleistungskatalog der Sozialberatung zurückzuführen sein (vgl. Kapitel 2.2.3).

Interessant scheinen zudem die Äusserungen darüber, dass die Sozialberatung für bedürftigere Personen zuständig sei. Dies erweckt den Anschein, dass entweder das Bild der Sozialberatung für die Klientel unscharf ist, oder sich die betroffenen Personen trotz diverser Beeinträchtigungen als wenig bedürftig einschätzen. Deshalb könnte dies womöglich auch eine Copingstrategie darstellen, da die Betroffenen sich mit anderen Erkrankten vergleichen, die bereits schwerere Symptome und Beeinträchtigungen aufweisen (vgl. Kapitel 2.2.3- 2.2.4.2). Möglicherweise stellt die Sozialberatung aber auch ein Scham auslösendes Angebot dar, welches mit dem Eingeständnis von Hilfebedürftigkeit verbunden ist.

Frau A und Herr C, welche keine Anliegen vor dem Erstkontakt hatten, berichteten, dass keine offenen Bedürfnisse vorhanden seien, was auf die Kongruenz von Erwartung und Ergebnis schliessen lässt. Möglicherweise lässt sich die diffuse Erwartungslosigkeit aber auch darauf zurückführen, dass sie nicht wissen, welche weiteren Bedürfnisse durch den Dienstleistungskatalog abgedeckt werden könnten.

Frau B, welche die Eheproblematik thematisieren wollte, schilderte, dass zwar noch Bedürfnisse offen seien, jedoch kein Handlungsspielraum bestehe. Frau B limitierte somit die Möglichkeiten und den Erfolg der Beratung. Möglicherweise wollte Frau B den Handlungsspielraum aber nicht erkennen. Ferner äusserte Frau B, dass weiterhin viele offene Bedürfnisse bestehen würden, diese wollte sie aber nicht nennen.

Herr D, welcher sexuelle Bedürfnisse äusserte, räumte selber ein, dass dies nicht Thematik der Sozialberatung sei. Jene Thematisierung ist bis anhin nicht Teil des Dienstleistungskatalogs, was nach dieser Auswertung innerhalb der Sozialberatung diskutiert werden müsste.

4.4.3 Kritische Würdigung

Die Auswertungsweise einer induktiven Kategorienbildung war bei dieser Fragestellung sinnvoll, da vorab keine Theorienkonzepte beigezogen werden konnten. Es konnten dadurch alle Aspekte über offene Bedürfnisse und Erwartungen berücksichtigt und eine möglichst getreue Abbildung des Materials ohne Vorannahmen gewährleistet werden.

Wie bereits im Kapitel 4.3.2 geschrieben, muss auch an dieser Stelle festgehalten werden, dass die Ergebnisse der offenen Bedürfnisse kritisch betrachtet werden müssen. Die Befragten würden womöglich bei einer neutraleren Interviewerin andere Aussagen über offene Bedürfnisse tätigen. Womöglich würden auch andere Aussagen gemacht werden, wenn das Angebot der Sozialberatung bekannter wäre. Es muss deshalb kritisch hinterfragt werden, ob die Patienten und Patientinnen ausführlicher über das Angebot der Sozialberatung aufgeklärt werden müssen.

Es müsste im Nachhinein eine Befragung zu Erwartungen vor dem Beratungsprozess stattfinden, um eine aussagekräftigere Auswertung der Bedürfnisbefriedigung gewährleisten zu können. Erwartungen vor der Beratung könnten dadurch mit dem subjektiven Unterstützungsgehalt nach dem Beratungsprozess verglichen werden.

Kritisch betrachtet werden müssen zudem die Aussagen von Frau B, welche offene Bedürfnisse schildert, diese aber nicht nennen möchte. Es muss hinterfragt werden, aus welchen Gründen sie diese nicht schildert. Mögliche Faktoren wären der fehlende Wille zur Veränderung oder Scham.

5. Schlussfolgerungen

Im folgenden Kapitel werden die zu Beginn aufgeworfenen Fragestellungen beantwortet. Weiter werden die Ergebnisse zusammengefasst sowie Konsequenzen für die Praxis formuliert. Zuletzt wird eine kritische Würdigung der Arbeit vorgenommen.

5.1 Beantwortung der Fragestellungen

5.1.1 Unterfragestellungen

- Welches sind Momente innerhalb des Krankheitsverlaufs der COPD, die sich für die Betroffenen als kritisch herausstellen?
- Welches sind weitere Herausforderungen, vor welche COPD Erkrankte gestellt sind?

Es stellte sich heraus, dass die beiden Unterfragestellungen nicht getrennt voneinander eruiert werden konnten. Herausforderungen im sozialen sowie emotionalen Bereich und kritische Momente konnten in allen sechs Elementen des Konzepts der Funktionalen Gesundheit festgestellt werden. Beeinträchtigungen im Bereich der Körperstrukturen und -funktionen, welche krankheitsbedingt sind, wirken sich auf die restlichen Elemente aus. Insbesondere der Bereich der Aktivitäten und somit auch der sozialen Teilhabe ist durch Symptome wie Atemnot stark beeinträchtigt. Die Leistungsfähigkeit nimmt durch die Erkrankung stark ab. Bereits alltägliche Verrichtungen wie sich Ankleiden sind deshalb erschwert. Bei Personen im arbeitsfähigen Alter wird im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung die drohende Erwerbsunfähigkeit zur wichtigen Thematik. Therapiegerechtes Verhalten, wie die Einnahme von Medikamenten, wird nicht nur unterstützend erlebt, sondern ist auch mit belastenden Nebenwirkungen verbunden. Im Bereich der emotionalen Herausforderungen wurde häufig das Gefühl der Angst beschrieben. Hinzu kommen Emotionen wie Bedrückung und Enttäuschung (vgl. Kapitel 4.1).

- Welche Umgangsformen bzw. Krankheitsbewältigungsstrategien zeigen sich in jenen kritischen Momenten?

Die Betroffenen haben unterschiedliche Strategien im Umgang mit der Erkrankung erlernt. Auch Betroffene wie Frau A und Herr C, welche vergleichsweise erst seit wenigen Jahren erkrankt sind bzw. die Diagnose erst seit Kurzem erhielten, zeigen bereits diverse Bewältigungsstrategien auf. Der Grossteil der Strategien konnte den problemorientierten Strategien zugeordnet werden, welche die Ursache bzw. den Stress lösen wollen. Es werden deshalb Aktivitäten angepasst, Unterstützung organisiert, ein Rauchstopp sowie

erlernte Techniken durchgeführt oder ein Umdenken vorgenommen. Es liess sich zudem feststellen, dass die meisten der genannten Strategien auf der handlungsbezogenen Ebene stattfinden. Emotionale sowie kognitive Strategien wurden vergleichsweise weniger geschildert (vgl. Kapitel 4.2). Womöglich wurden vermehrt handlungsbezogene Strategien genannt, weil diese direkt beobachtbar sind und deshalb möglicherweise bewusster wahrgenommen werden. Nichts desto trotz müssen aber auch die emotionalen sowie kognitiven Strategien gefördert werden, da die Krankheitsbewältigung auf allen drei Ebenen stattfindet und letztlich ein Gleichgewicht zwischen Person und Umwelt auf allen drei Ebenen gewährleistet muss.

- Inwiefern ist das bestehende Angebot der Sozialberatung in solchen Momenten sowie auch bei weiteren sozialen und emotionalen Herausforderungen aus der Sicht der Betroffenen unterstützend?

Die meisten Antworten zum subjektiven Unterstützungsgehalt der Sozialberatung waren äusserst positiv. Geschätzt wurden u.a. das Vermitteln und Anwenden von sozialrechtlichem Wissen, die Arbeitsbeziehung und die Triage. Es wurden keine Aussagen getätigt, die einem niedrigen Unterstützungsgehalt zugeordnet werden konnten. Es liess sich aber feststellen, dass die Umsetzung der Hilfestellungen in den Händen der Betroffenen liegt und diese nicht immer einfach für die Betroffenen ist. Bei Problematiken, welche auch das soziale Umfeld betreffen, kann die Sozialberatung nur bedingt unterstützen, wenn dieses nicht aktiv mit einbezogen werden kann. Weiter lässt sich festhalten, dass medizinische Belange eindeutig den medizinischen Disziplinen zuzuordnen sind. Die Sozialberatung kann deshalb bei medizinischen Problemstellungen kaum unterstützend wahrgenommen werden bzw. wirken (vgl. Kapitel 4.3).

- Welche relevanten Thematiken werden vom Dienstleistungskatalog der Sozialberatung nicht abgedeckt?

Anhand der Interviews konnten eher wenige Schlüsse zu offenen Bedürfnissen gezogen werden. Die Hälfte der Betroffenen gab an, dass keine Bedürfnisse mehr offen sind. Eine Person schilderte, dass zwar Bedürfnisse offen sind, jedoch kein Handlungsspielraum besteht. Die Bedürfnisse wollte sie aber nicht nennen. Ein Betroffener nannte sexuelle Bedürfnisse, wobei die Thematisierung jener Bedürfnisse aber nicht im Dienstleistungskatalog der Sozialberatung verankert ist. Dies müsste im Team der Sozialberatung kritisch diskutiert werden. Kann und soll die Sozialberatung die Thematisierung sexueller Bedürfnisse abdecken? Welche ethischen Aspekte müssten dabei berücksichtigt werden?

Es liess sich zudem feststellen, dass die Betroffenen eine eher vage Vorstellung der Sozialberatung mitbringen, weshalb auch nur die Hälfte mit konkreten Erwartungen zur Beratung kam. Weiter empfanden sich zwei der Befragten vor der Beratung als nicht bedürftig, was wiederum Rückschlüsse auf die diffuse Erwartungslosigkeit ziehen lässt (vgl. Kapitel 4.4).

5.1.2 Hauptfragestellung

- Wie schätzen COPD-Betroffene den Stellenwert der Sozialberatung in Bezug auf kritische Momente während des Krankheitsverlaufs ein?

Die Ergebnisse der Datenauswertung zeigen, dass zur Sozialberatung angemeldete Patienten und Patientinnen ihren Unterstützungsbedarf und die Notwendigkeit der Beratung zu Beginn teilweise nicht erkennen. Die Betroffenen schätzten deshalb die Aufklärungsarbeit und das detaillierte Nachfragen der Sozialberatung. Es liess sich zudem feststellen, dass sich die Betroffenen insbesondere mit aktuellen und akuten Thematiken beschäftigen und deshalb diese in der Sozialberatung thematisiert werden. Die Themen sind dabei sehr unterschiedlich. Die Sozialberatung kann bei sozialbedingten Herausforderungen und kritischen Momenten Hilfestellung leisten, jedoch liegt die Umsetzung in Händen der Betroffenen. Können keine Personen des Unterstützungssystems und keine ambulanten Institutionen beigezogen werden, so kann die Umsetzung bei schwerwiegenden Problematiken erschwert sein. Wird eine sofortige Hilfestellung geleistet, so zeigte sich, dass die Betroffenen den Unterstützungsgehalt als hoch einschätzen. Zudem nimmt auch der Aufbau einer Arbeitsbeziehung einen wichtigen Stellenwert ein. Verständnis, Empathie und moralische Unterstützung werden von den Patienten und Patientinnen geschätzt. Erst dadurch kann Zugang zu den Lebenswelten gefunden und adäquate Hilfestellungen geleistet werden.

5.2 Zusammenfassung der Ergebnisse und Handlungskonsequenzen

Die vorliegende Arbeit konnte aufzeigen, dass die Erkrankung COPD einen deutlichen Einschnitt im Leben der betroffenen Personen bedeutet. Erkrankte haben im fortgeschrittenen Stadium mit zahlreichen Herausforderungen zu kämpfen. Einerseits müssen sie sich mit Beeinträchtigungen alltäglicher Verrichtungen auseinandersetzen. Andererseits stellt die Erkrankung auch für das psychische und seelische Gleichgewicht eine Bedrohung dar (vgl. Kapitel 2.1.5, 2.2, 4.1) Viele der Betroffenen verfügen aber über zahlreiche Krankheitsbewältigungsstrategien, welche vom behandelnden Team anerkannt und bestmöglich gefördert werden müssen (vgl. Kapitel 4.2). Die Sozialberatung muss sich

deshalb um Kooperation mit den weiteren Disziplinen bemühen, sodass die Bewältigungsbemühungen auf allen Ebenen gefördert werden können und die Betroffenen über ihre Erkrankung und mögliche Beeinträchtigungen informiert sind. Ferner besteht eine wichtige Aufgabe der Sozialberatung in der detaillierten Abklärung, um den Unterstützungsbedarf, aber auch die vorhandenen Ressourcen zu erkennen. Da das Dienstleistungsangebot der Sozialberatung oftmals nur wenig bekannt ist und sich Betroffene trotz Problemstellungen teilweise nicht als bedürftig empfinden, müssen Professionelle Vertrauen aufbauen und sorgfältig nachfragen (vgl. Kapitel 4.4). Eine empathische Gesprächsführung wie sie beispielsweise auch Carl Rogers forderte, ist folglich von Wichtigkeit (vgl. McLeod 2004: 140). Gerade im schnelllebigen Alltag einer rehabilitativen Klinik, in welcher das behandelnde Personal kaum Zeit hat für tiefere Gespräche, empfindet es die Autorin als äusserst wichtig den Betroffenen zuzuhören. Durch empathisches Verständnis und Wertschätzung können die Betroffenen über ihre Herausforderungen und Problemstellungen berichten und sich dadurch zumindest teilweise entlasten (vgl. ebd.: 140). Sind aber psychische Auffälligkeiten zu erkennen, so ist eine Vernetzung mit psychologischen oder psychiatrischen Disziplinen erforderlich.

Um personengerechte adäquate Hilfestellungen leisten zu können, stellt die Lebensweltorientierung einen zentralen Punkt dar. Ansonsten besteht die Gefahr, weder mit Problemen belastete Situationen zu erkennen, noch Ressourcen zu fördern oder erschliessen zu können. Aus demselben Grund sollten, wenn immer möglich, möglichst viele Personen und Institutionen aus dem bereits vorhandenen Unterstützungssystem hinzugezogen werden. Ferner müssen die Sozialberatenden zahlreiche Angebote zu Hilfestellungen wie Spitex, Haushaltshilfen, Entlastungsdiensten, Besuchsdiensten, Hilfsmitteln zur Verbesserung der Mobilität etc. kennen. Hinzu kommt das Wissen über adäquate Freizeitangebote, zu welchen die Betroffenen körperlich in der Lage sind. Dadurch soll die soziale Teilhabe bestmöglich erhalten werden.

Um die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Umsetzung zu erhöhen, betrachtet es die Autorin bei medizinisch komplexen und problemreichen Situationen als sinnvoll, gemeinsame Gespräche mit Ärzten und Ärztinnen sowie mit dem Pflegepersonal durchzuführen.

Damit sich die Betroffenen ein Bild über das Angebot der Sozialberatung machen können, muss zu Beginn des Aufenthalts in der Klinik vermehrt über das Angebot informiert werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Personen nicht angemeldet werden und sie zudem ihren eigenen Bedarf nicht erkennen.

5.3 Kritische Würdigung

Um die Herausforderungen und kritischen Momente innerhalb des Krankheitsverlaufs zu erfassen, war die Erhebungsmethode sinnvoll. Sicherlich hätten durch Interviews mit mehr Betroffenen noch mehr Herausforderungen erhoben werden können, doch war dies innerhalb dieser Bachelorthesis nicht möglich. Müssten statistisch relevantere Aussagen erstellt werden, stellt die vorliegende Thesis bei einer ausgeweiteten Untersuchung eine sinnvolle Basis zur Verfügung und eröffnet mit ihren theoretischen Verortungen gute Analysemethoden.

Weil die Autorin in diesem Projekt sowohl Beraterin wie auch Forscherin war, müssen die Antworten zum Unterstützungsgehalt kritisch betrachtet werden. Zwar wurde dem Unterstützungsgehalt der Sozialberatung von den Betroffenen einen äusserst positiven Effekt zugesprochen, doch muss dieser letztlich mit Vorsicht genossen werden. Die Beratung und deren Auswertung wurden schliesslich von derselben Person durchgeführt. Eine erneute Datenerhebung müsste deshalb unbedingt von einer neutralen Person durchgeführt werden. Die Autorin stellte zudem fest, dass die Durchführung einer qualitativen Forschung äusserst schwierig war. Bereits die Durchführung der Interviews durch offene Fragestellungen und einer adäquaten Leitfadensführung war für eine wenig geübte Person mit zahlreichen Schwierigkeiten verbunden. Um ferner die Ergebnisse kritisch diskutieren und möglich alle Aspekte berücksichtigen zu können, würde die Autorin eine nächste empirische Arbeit mit mindestens einer zweiten Person durchführen.

6. Quellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Titelbild: <http://sozialarbeitstudium.info/wp-content/uploads/2013/03/H%C3%A4nde-alt-und-Jung-2-350x195.jpg>

Abbildung 2: Auswirkungen von COPD auf die Atemwege. Lungenliga (o.J.). In: <http://www.lungenliga.ch/de/krankheiten/copd/was-ist-copd.html> [Zugriffsdatum: 7. September 2013].

Literaturverzeichnis

Crée, Carl- Peter/Nowak, Dennis (2006). Chronisch obstruktive Lungenerkrankung-Einsparpotenzial durch Prävention bei COPD. In: Schauder, Pater/Eckel, Heiko/Ollenschläger, Günther. Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker. Verwirklichung einer realistischen Utopie. Köln: Deutscher Ärzte- Verlag. S. 205-209.

Diener, Hans-Christoph/Weller, Michael (2007). Tremor. In: Gerok, Wolfgang/Huber, Christoph/Meinertz, Thomas/Zeidler, Henning. Die innere Medizin. Referenzwerk für den Facharzt. 11. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Fachhochschule Nordwestschweiz. Hochschule für Soziale Arbeit. Gesundheit und Krankheit im Fokus der Sozialen Arbeit. Herbstsemester 2012. Basel. S. 2.

Faltermaier, Toni (2009). Gesundheit: körperliche, psychische und soziale Dimensionen. In: Bengel, Jürgen/Jerusalem, Matthias (Hg.). Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 46-60.

Flick, Uwe (2009). Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Flick, Uwe (2010). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Flick, Uwe (2012). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 5. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Fischer, Jürgen Norderney (2007). COPD und Psyche. In: Lingner, Heidrun/Schwartz, Friedrich-Wilhelm/Schultz, Konrad. Volkskrankheit Asthma/COPD. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S. 155-158.

Fritz, Sigrun (2006). Ökonomischer Nutzen „weicher“ Zahlen. (Geld-) Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit. 2. Aufl. Zürich: ETH Hochschulverlag.

Fröhlich- Gildhoff, Klaus/Rönnau- Böse, Maike (2011). Resilienz.2. Aufl. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG Verlag.

Geissler-Piltz, Brigitte/Mühlum, Albert/Pauls, Helmut (2005). Klinische Sozialarbeit. München: Reinhardt Verlag.

Hampel, Petra/Petermann, Franz (1998). Anti- Stress- Training für Kinder. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Haubl, Rolf (1994). Zur Rationalität non-complianter Krankheitsbewältigung. In: Edgar,

- Heim/Perrez, Meinrad (Hg.). Krankheitsverarbeitung. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 10. Göttingen: Hogrefe. S. 96-116.
- Heim, Edgar (1986). Krankheitsauslösung- Krankheitsverarbeitung. In: Heim, Edgar/Willi, Jürg (Hg.). Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit aus bio-psycho-sozialer Sicht. Berlin: Springer. S. 343-390.
- Helfferrich, Cornelia (2011). Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Homfeldt, Günther Hans (2000). Gesundheit und Krankheit im Alter. In: Aner, Kirsten/Karl, Ute (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 315-320.
- Karrer, Werner (2005). Pulmonale Rehabilitation in der Schweiz: Pflichtleistung der Krankenversicherer in der Grundversicherung (KLV) ab 1. Januar 2005. In: Schweizerische Ärztezeitung. (15). S. 897- 900.
- Kauffeld, Simone/Hoppe, Diana (2011). Arbeit und Gesundheit. In: Kauffeld, Simone. Arbeits- Organisations- und Personalpsychologie. Heidelberg: Springer. S. 223- 242.
- Kulbe, Annette (2009). Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Lehrbuch für Pflegeberufe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Künzel-Schön, Marianne (2000). Bewältigungsstrategien älterer Menschen. Grundlagen und Handlungsorientierungen für die ambulante Arbeit. Weinheim: Juventa.
- Lanz, Caroline (2009). Burnout aus ressourcenorientierter Sicht im Geschlechtervergleich. Eine Untersuchung im Spitzenmanagement in Wirtschaft und Verwaltung. Wiesbaden: Springer.
- Lungenliga Schweiz. Jahresbericht 2012 (2013). Warum wir Spezialisten zusammen mit der Lungenliga mehr bewegen. (4). Bern.
- Mayer, Anne-Kathrin/Filipp-Heide, Sigrun (2002). Krankheitsbewältigung. In: Schwarzer, Ralf/Jerusalem, Matthias/ Weber, Hannelore (Hg.). Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch. Göttingen: Hogrefe. S. 307-310.
- McLeod, John (2004). Counselling- eine Einführung in Beratung. Tübingen: dgvt- Verlag.
- Muthny, Fritz/Bengel, Jürgen (2009). Krankheitsverarbeitung. Coping with Sickness. In: Bengel, Jürgen/Jerusalem, Matthias (Hg.). Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 357-367.
- Ningel, Rainer (2011). Methoden der Klinischen Sozialarbeit. Stuttgart: Haupt.
- Oberholzer, Daniel (2008). Das Konzept der Funktionalen Gesundheit – Bedeutung und Einsatzmöglichkeiten. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF. Olten.
- Ott, Ulrike (2012). Ergotherapie Prüfungswissen. Sozialwissenschaften. Stuttgart: Thieme.
- Pauls, Helmut (2004). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim: Juventa.

- Petermann, Franz/Ehlebracht-König, Inge (Hg.) (2004). Motivierung, Compliance und Krankheitsbewältigung. Regensburg: Roderer Verlag.
- Schacher, Christian/Worth, Heinrich (2009). Meine COPD habe ich im Griff! Begleitbuch zu Chronisch obstruktive Bronchitis mit und ohne Emphysem. Ambulantes Schulungsprogramm für COPD-Patienten. Köln: Deutscher Ärzte- Verlag.
- Schneider, Klaus (2011). Die Bewältigung beruflicher Diskontinuität. Handlungsperspektiven für die Jugendberufshilfe. Bielefeld: Schriftenreihe FORWARD.
- Schuntermann, Michael (2011). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In: CAS Funktionale Gesundheit 2011- 2012. Olten.
- Schüssler, Gerhard (1994). Fremd- und Selbstbeurteilung der Krankheitsbewältigung. In: Heim, Edgar/ Perrez, Meinrad. Krankheitsverarbeitung. Hogrefe: Göttingen. S. 31-46.
- Steinebach, Christoph (2000). Entwicklungspsychologie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Swenson, Carol (1995). Clinical Social Work. In : Encyclopedia of Social Work. Washington: NASW-Press. S. 502- 512
- Tröster, Heinrich (1991). Bewältigungsprozesse bei Behinderungen und chronischen Erkrankungen. In: Haisch, Jochen/Zeitler, Hans-Peter (Hg.). Gesundheitspsychologie. Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung. Heidelberg: Asanger. S. 299-324.
- Tröster, Heinrich (2009). Stigma und Stigmabewältigung. In: Bengel, Jürgen/Jerusalem, Matthias (Hg.). Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 147-155.
- Vogelmeier, Claus Franz (2003). Chronisch obstruktive Lungenerkrankung. Was ist gesichert in der Therapie? Ein Querschnitt durch die Innere Medizin. Online erschienen am: 14. Mai 2003. In: Der Internist. (44). S. 16-27.
- Von Hagen, Cornelia/Röper, Gisela (2009): Resilienz und Ressourcenorientierung- Eine Bestandsaufnahme. In: Fookan, Insa/Zinnecker, Jürgen (Hg.). Trauma und Resilienz. Chancen und Risiken lebensgeschichtlicher Bewältigung von belasteten Kindheiten. Weinheim/München: Juventa Verlag. S.15-28.
- Vorhemus, Ursula (2013). „Kaiserschnittmütter“. Das gesamtheitliche Befinden von Frauen 1-2 Jahre nach einem Kaiserschnitt. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Weber, Hannelore (1994) Effektivität von Bewältigung: Kriterien, Methoden, Urteile. In: Edgar, Heim/Perrez, Meinrad (Hg.). Krankheitsverarbeitung. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 10. Göttingen: Hogrefe. S. 49-62.
- Weis, Joachim/Heckl, Ulrike/Brocai, Dario/Seuthe-Witz, Susanne (2006). Psychoedukation mit Krebspatienten. Therapiemanual für eine strukturierte Gruppenintervention. Stuttgart: Schattauer.
- Welter- Enderlin, Rosmarie (2012). Einleitung: Resilienz aus Sicht von Beratung und Therapie. In: Welter- Enderlin, Rosmarie/Hildenbrand, Bruno (Hg.). Resilienz- Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg: Carl- Auer Verlag GmbH. S. 7-19.
- Wettstein, Felix/Anliker, Susanne/Schmid, Holger/Nieuwenboom, Wim (2012). Gesundheit und Krankheit im Fokus der Sozialen Arbeit. Basel.

Wustmann, Corina/ Fthenakis, E. Wassilios (Hg.) (2004). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Berlin: Cornelsen Verlag.

Internetquellen

Constitution of the World Health Organization (2006). In: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [Zugriffsdatum: 14. September 2013].

Deutsche Rentenversicherung (Hg.) (2010). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. In: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208302/publicationFile/12760/leitlinie_leistung_sfaehigkeit_lunge_langfassung_pdf.pdf [Zugriffsdatum: 05. November 2013].

Dresing, Thorsten/Pehl, Thorsten (2013). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitung und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 5. Aufl. In: <http://www.audiotranskription.de/Praxisbuch-Transkription.pdf> [Zugriffsdatum: 24. November 2013].

Kojda, Georg (2005). Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung. URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/kojda-pharmalehrbuch/apothekenmagazin/Editorials/2005-03.pdf> [Zugriffsdatum: 05. November 2013].

Lungenliga (o.J.). In: <http://www.lungenliga.ch/de/krankheiten/copd/was-ist-copd.html> [Zugriffsdatum: 7. September 2013].

Pauls, Helmut/Mühlum, Albert (o.J.). „Klinische Kompetenzen“ .Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit. In: http://www.ash-berlin.eu/fileadmin/user_upload/pdfs/Studienangebot/Master/Klinische_Sozialarbeit/Klinische_kompetenzen.pdf [Zugriffsdatum: 20. Dezember 2013].

Russi, Erich W./Brändli, Otto (2008). COPD – eine chronische Krankheit auf dem Vormarsch. URL: <http://www.saez.ch/docs/saez/archiv/de/2008/2008-45/2008-45-1077.PDF> [Zugriffsdatum: 9. September 2013].

Schweizer Kohorten Studie: Luftverschmutzung und Atemwegserkrankungen bei Erwachsenen (2011). SAPALDIA 3: Hintergrundinformationen für die Medien. URL: <http://www.sapaldia.net/ge/content/blogcategory/22/50/> [Zugriffsdatum: 29. Dezember 2013].

Vogelmeier, Claus Franz/ Buhl, Roland/Criée, Carl-Peter/Gillissen, Adrian/Kardos, Peter/ Köhler, Dieter/Magnussen, Helgo/Morr, Harald/Nowak, Dennis/Pfeiffer-Kascha, Dorothea/Petro, Wolfgang/Rabe, Klaus/Schultz, Konrad/Sitter, Helmut/Teschler, Helmut/Welte, Tobias/Wettengel, Ralf/Worth, Heinrich (2007). Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). URL: <http://www.atemwegsliga.de/copd.html> [Zugriffsdatum: 7. September 2013].

Vogelmeier, Claus Franz/ Buhl, Roland/Criée, Carl-Peter/Gillissen, Adrian/Kardos, Peter/ Köhler, Dieter/Magnussen, Helgo/Morr, Harald/Nowak, Dennis/Pfeiffer-Kascha, Dorothea/Petro, Wolfgang/Rabe, Klaus/Schultz, Konrad/Sitter, Helmut/Teschler, Helmut/Welte, Tobias/Wettengel, Ralf/Worth, Heinrich (2007). Kurzfassung der Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung. URL: <http://www.atemwegsliga.de/copd.html> [Zugriffsdatum: 7. September 2013].

Anhang 8- Auswertung induktiver Kategorien

Welche Bedürfnisse werden von der Sozialberatung nicht abgedeckt? Welche Erwartungen hegen Betroffene vor dem Erstkontakt?

Die Klinische Sozialarbeit ist Teil der Sozialen Arbeit und hat zur Aufgabe, die psycho-soziale Funktionsfähigkeit zu fördern, zu verbessern und zu erhalten. Ihre Expertise liegt in der psycho-sozialen Beratung, sowie in der Behandlung und Prävention bei Belastungen, Krisen und Erkrankungen. (vgl. Kapitel 2.4).

Die Sozialberatung der KBA ist ein Angebot in der Behandlungskette des rehabilitativen Aufenthalts und richtet sich an alle Patienten und Patientinnen der Klinik. Eine Beratung ist indiziert bei Themen wie beispielsweise Sucht, fehlender Anschlusslösungen in Bezug auf die Wohnsituation, Bedarf an unterstützenden Massnahmen zuhause, sozialer Isolation, familiären Fragen oder fehlender Tagesstruktur (vgl. Kapitel 2.4.2). Der Dienstleistungskatalog ist im Konzept der Sozialberatung verankert. Zudem wird auch die Anmeldung der Klientel anhand dieses Katalogs vorgenommen, weshalb möglicherweise nicht alle Bedürfnisse abgedeckt werden. Des Weiteren ist auch zu hinterfragen, ob während des Beratungsprozesses nach weiteren Bedürfnissen gefragt wurde und diese somit thematisiert wurden. Letztlich sollen auch hoch angesetzte bzw. tiefe Erwartungen erörtert werden, indem die Frage nach Erwartungen vor dem Erstkontakt analysiert werden.

Somit werden in der ersten Analyse Aussagen analysiert, welche auf die Erwartungen vor dem Erstkontakt schliessen lassen.

In einer zweiten Analyse sollen offen gebliebene Bedürfnisse eruiert und analysiert werden

Erwartungen vor dem Erstkontakt

Kodiereinheit: Jeder vollständige Satz der Betroffenen über Erwartungen vor dem Erstkontakt

Kontexteinheit: Der einzelne Fall.

Anhang 8- Auswertung induktiver Kategorien

Oberkategorie 4: Erwartungen vor dem Erstkontakt

Kategorie (Generalisierung)	Paraphrase	Fundort	Reduktion
Keine Notwendigkeit für Sozialberatung	Ich habe gedacht, dass ich einmal hören gehe, aber dass ich die Sozialberatung nicht brauche.	Interview A. S: 6 Z: 157- 158, 160- 161	Erwartungen vor Erstkontakt: <ul style="list-style-type: none"> Keine Notwendigkeit für Sozialberatung (da Anschein, dass alles geregelt ist). Sozialberatung ist für bedürftigere Personen Thematisierung von Eheproblematik und Finanzen
Keine Notwendigkeit für Sozialberatung	Ich wusste nicht, warum ich in die Sozialberatung kommen soll. Ich bin organisiert und habe alles geregelt.	Interview C. S: 3 Z: 69- 71	
Sozialberatung für andere bedürftigere Personen	Ich denke, dass Sozialberatung für Personen ist, die nicht mehr arbeiten können oder für alleinstehende Mütter.	Interview A. S: 7 Z: 167- 170	
Sozialberatung für andere bedürftigere Personen	Die sozialbedingten Sachen spielen bei mir keine Rolle. Aber Familien mit Kindern brauchen Ihre Hilfe mehr.	Interview D. S: 11 Z: 312- 316	
Eheproblematik soll thematisiert werden	Ich wollte schauen, was man machen kann wegen der Freiheit und Dings mit dem Ehemann.	Interview B. S: 5 Z: 129- 132	
Finanzen sollen thematisiert werden	Mir ging es um die Situation mit dem Haus. Ich habe gedacht, dass Sie vielleicht eine neue Idee haben.	Interview D. S: 5 Z: 138- 139, 141- 142	

Anhang 8- Auswertung induktiver Kategorien

Oberkategorie 4: Offene Bedürfnisse nach Beratung

Kodiereinheit: Jede vollständige Aussage der Betroffenen auf die Frage hin nach offenen Bedürfnissen.

Kontexteinheit: Der einzelne Fall.

Kategorie (Generalisierung)	Paraphrase	Fundort	Reduktion
Keine Bedürfnisse offen	Nein, es ist nichts offen geblieben nach der Beratung.	Interview A. S: 8 Z: 196- 199	Offene Bedürfnisse:
Keine Bedürfnisse offen	Es ist nichts offen geblieben. Sonst würde ich es sagen.	Interview C. S: 4 Z: 111- 113	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Bedürfnisse offen • Bedürfnisse offen, aber keinen Handlungsspielraum • Offene Bedürfnisse, die verschwiegen werden • Sexuelle Bedürfnisse
Bedürfnisse offen, aber keine Handlungsspielraum	Ich weiss, dass man nichts machen kann, weil der so stur ist.	Interview B. S: 6 Z: 147- 149, 151, 156- 158	
Bedürfnisse offen, die nicht genannt werden wollen	Da wären noch viele Wünsche offen. Ich darf nicht anfangen aufzuzählen.	Interview B. S: 7 Z: 179, 181	
Sexuelle Bedürfnisse	Ich bin nicht wunschlos glücklich wegen den sexuellen Sachen. Aber das gehört hier nicht hin.	Interview D. S: 12 Z: 330- 331	

Anhang 5- Auswertung induktiver Kategorien

Welche kritischen Momente sowie soziale und emotionale Herausforderungen innerhalb des Krankheitsverlaufs werden von den Betroffenen genannt?

COPD Erkrankte leiden nicht nur an physischen Symptomen der Erkrankung, sondern sind teilweise auch in ihrem psychischen Wohlbefinden und Sozialleben stark eingeschränkt (vgl. Kapitel 2.1- 2.1.5) Deshalb stellt die Erkrankung meist eine enorme Belastung dar und kann zu einer tiefgreifenden Lebenskrise führen (vgl. Kapitel 2.2 und 2.2.1). Es stellen sich neue Herausforderungen für die Betroffenen, welche als unterschiedlich belastend empfunden werden. Die Autorin versteht unter kritischen und herausfordernden Momenten Folgebeeinträchtigungen, die sich in den Bereichen der Aktivität, der Teilhabe, der Körperfunktionen und -strukturen, der Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren zeigen (vgl. Kapitel 2.1.5). Weiter sollen auch emotionale Herausforderungen erörtert werden. Das Erkenntnisinteresse liegt in der Erörterung jener Momente, die die Betroffenen selber als kritisch bzw. herausfordernd bezeichnen, und krankheitsbedingt sind.

Kodiereinheit: Jeder vollständige Satz der Betroffenen über subjektiv kritisch empfundene Momente sowie soziale und emotionale Herausforderungen im Alltag, die krankheitsbedingt sind.

Kontexteinheit: Der einzelne Fall.

Anhang 5- Auswertung induktiver Kategorien

Oberkategorie 1: Kritische Momente sowie soziale und emotionale Herausforderungen

Kategorie (Generalisierung)	Paraphrase	Fundort	Reduktion
Verschlechterter Gesundheitszustand, Wahrnehmung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit	Es ging mir schlechter. Ich mochte nicht mehr. Auch in meinem Job nicht.	Interview A. S: 2 Z: 47-48	Kritische Momente und Herausforderungen im Bereich: <i>Körperstrukturen und -funktionen</i>
Wahrnehmung der Gesundheitsverschlechterung, Emotionaler Ausbruch	Ich ging zum Arzt, weinte und sagte, dass ich nicht mehr kann.	Interview A. S: 2 Z: 50-51	<ul style="list-style-type: none"> Wahrnehmung der Gesundheitsverschlechterung und akute Situationen (Exazerbation) Atemnot (bei Durchführung von Aktivitäten)
Wahrnehmung der Gesundheitsverschlechterung	Vor drei Jahren war es schlimm. Ich sagte dem Doktor, dass ich nicht mehr kann.	Interview B. S: 2 Z: 27- 29	<i>Aktivitäten</i>
Akute Gesundheitsverschlechterung	Gestern Nacht bin ich zusammengebrochen im Bad.	Interview D. S: 4 Z: 88	<ul style="list-style-type: none"> Beeinträchtigung bei der Durchführung von Aktivitäten wie Treppengehen, Hochheben von Lasten und Laufen
Möglichkeiten reduzieren sich, Atemnot	Man schickt sich rein und versucht das Möglichste zu machen mit Pausen bei Atemnot.	Interview B. S: 3 Z: 66-68	<ul style="list-style-type: none"> Erschwerte Haushaltsführung Erschwertes Gehen bei Steigungen Erschwertes Ankleiden
Atemnot	Ich habe Mühe zu atmen.	Interview C. S: 3 Z: 63-65	<ul style="list-style-type: none"> Grösserer Aufwand bei Anstrengungen Reduzierte Leistungsfähigkeit
Atemnot bei Aktivitäten	Wenn ich mich beeile am Morgen, entsteht Atemnot.	Interview D. S: 3 Z: 79-80	→ Führt zu Reduktion von Aktivitäten
Beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit	Ich habe gearbeitet und war immer wieder krank. Und dann haben sie mich gestrichen.	Interview B. S: 1 Z: 3-7, 9- 10	
Wahrnehmung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit	Ich habe gemerkt, dass es nicht mehr ging bei der Arbeit.	Interview A. S: 3 Z: 93	

Anhang 5- Auswertung induktiver Kategorien

Wahrnehmung der Beeinträchtigungen zuhause	Ich habe gemerkt, dass es zuhause auch schwierig war.	Interview A. S: 3 Z: 93-94	<i>Teilhabe und Teilnahme</i>
Arbeitsunfähigkeit attestiert durch Arzt	Der Arzt sagte, dass ich aufhören muss zu arbeiten.	Interview A. S: 4 Z: 104-105	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierte Arbeitsfähigkeit und drohende Arbeitsunfähigkeit • Attestierung von Arbeitsunfähigkeit • Reduzierte Leistungsfähigkeit • Reduktion von Freizeitaktivitäten (Laufen und sich Bewegen)
Haushaltsführung erschwert, eingeschränkte Aktivitäten	Staubsaugen und Wischen sind schwierig.	Interview B. S: 4 Z: 93	<i>Umweltfaktoren</i>
Haushaltsführung erschwert	Pfannen versorgen und mich bücken ist schwierig.	Interview B. S: 4 Z: 95	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenleben mit rauchenden Personen ist problematisch, deshalb notwendiger Wohnungswechsel
Haushaltsführung erschwert	Einkaufen, kochen und Waschen sind herausfordernd.	Interview D. S: 7 Z: 185	<ul style="list-style-type: none"> • Aufrechterhalten der Leistungsfähigkeit für Familie
Sommerwetter beeinträchtigt	Der heiße Sommer ist schlimm.	Interview A. S: 3 Z: 81-82	<ul style="list-style-type: none"> • Abnehmende Leistungsfähigkeit bedroht das Familienleben.
Herbstwetter beeinträchtigt	Das Schlimmste ist das Wetter im Herbst. Da hat man einen Deckel.	Interview B. S: 3 Z: 57-59	<ul style="list-style-type: none"> • Wetter beeinträchtigt • Abhängigkeit von Medikamenten und Sauerstoff
Winterwetter beeinträchtigt	Der Winterereinbruch beeinträchtigt mich.	Interview D. S: 4 Z: 102-103	<ul style="list-style-type: none"> • Nebenwirkungen der Medikamente
Schwere Lasten bereiten Mühe	Ich habe eine schwere Arbeitsmappe. Ich habe einen schweren Koffer mit viel Material drin.	Interview A. S: 3 Z: 82-83, 85	<i>Emotionale Herausforderungen bzw. personenbezogene Faktoren</i>
Schwere Lasten bereiten Mühe	Ich konnte meine Arbeitsutensilien nicht hochtragen. Ich bekam keine Luft mehr und musste warten.	Interview A. S: 3 Z: 87-89	<ul style="list-style-type: none"> • Angst vor drohender Arbeitsunfähigkeit und Invaliddität • Angst vor fortschreitender Erkrankung • Wahrnehmung des alleinigen Umgangs mit der Erkrankung • Enttäuschung über Erkrankung • Angstzustände bis hin zur Todesangst
Schwere Lasten bereiten Mühe	Schwere Dinge heben ist anstrengend.	Interview C. S: 1 Z: 22-23.	<ul style="list-style-type: none"> • Erkrankung als Entwicklungsaufgabe

Anhang 5- Auswertung induktiver Kategorien

Schwere Lasten bereiten Mühe	Ich habe Mühe Gegenstände hochzuheben auf lange Zeit.	Interview C. S: 3 Z: 59-61	
Treppengehen bereitet Mühe	Ich habe gehofft, dass es keine Treppen hat. Treppengehen war schwierig.	Interview A. S: 3 Z: 85-87	
Steigungen bereiten Mühe	Ich muss einen Hang rauf laufen.	Interview B. S: 3 Z: 80	
Steigungen bereiten Mühe (und erschweren das Aufsuchen eines Arztes)	Ich muss den Hang rauf laufen, um zum Doktor zu gehen.	Interview B. S: 2 Z: 42	
Steigungen bereiten Mühe	Ich habe Probleme mit der Atmung bei Steigungen.	Interview C. S: 1 Z: 8-9	
Reduktion der Aktivitäten, reduzierte Leistungsfähigkeit	Ich habe alles langsamer gemacht. Man mag nicht mehr und geht nicht mehr laufen.	Interview A. S: 4 Z: 96-97	
Reduktion der Aktivitäten	Ich ging nicht mehr laufen und habe mich nicht mehr bewegt.	Interview A. S: 4 Z: 103-104	
Reduzierte Leistungsfähigkeit	Alles ist mühsam. Mich anziehen und das Bergaufgehen.	Interview C. S: 1 Z: 18-20	
Reduzierte Leistungsfähigkeit, grösserer Aufwand	Anstrengungen sind schwierig. Da muss ich grösseren Aufwand leisten	Interview D. S: 1 Z: 13, 15.	
Reduzierte Leistungsfähigkeit	Anstrengungen sind schwierig.	Interview D. S: 5 Z: 115	
Reduzierte Leistungsfähigkeit	Ich kann nicht mehr viel Leistung erbringen.	Interview D. S: 5 Z: 116-117	

Anhang 5- Auswertung induktiver Kategorien

Reduzierte Leistungsfähigkeit, Reduktion der Aktivitäten	Ich mache gerne viele Dinge. Die Krankheit bremst mich aus.	Interview B. S: 4 Z: 107-108
Aufrechterhalten der Leistungsfähigkeit für Familie	Ich habe fünf Enkelkinder. Für diese möchte ich fit bleiben.	Interview A. S: 9 Z: 237-241
Nebenwirkungen der Medikamente	Ich bekam einen Ausschlag durch die Medikamente.	Interview A. S: 2 Z: 29- 31
Nebenwirkungen der Medikamente	Ich habe zugenommen durch die Medikamente.	Interview B. S: 1 22- 23
Abhängigkeit von Medikamenten und Sauerstoff	Ich bin abhängig vom Sauerstoff und von den Medikamenten.	Interview D. S: 10 Z: 275- 277 , 283- 284
Wohnungswechsel notwendig	<i>Er zeigt auf Wohnungsinserte.</i> Die Wohnungssuche ist herausfordernd.	Interview D. S: 11 Z: 305-307
Zusammenleben problematisch, da Frau raucht	Meine Frau raucht. Dies ist problematisch.	Interview D. S: 12 Z: 319-321
Erkrankung als Entwicklungsaufgabe, Reduktion von Aktivitäten	Es ist gewöhnungsbedürftig. Man muss alles langsamer angehen.	Interview C. S: 1 Z: 26-27
Erkrankung als Entwicklungsaufgabe	Ich finde mich irgendwie damit ab.	Interview C. S: 2 Z: 42-43
Bedrückung aufgrund von drohender Invalidität und Berentung	Ich war bedrückt und habe gedacht, dass ich keine IV- Rente will.	Interview A. S: 7 Z: 178-180
Angst vor fortschreitender Erkrankung	Der Umgang mit der Erkrankung ist schwierig. Ich will nicht so werden wie die Leute hier. Werde ich auch so?	Interview A. S: 9 Z: 226, 228-230

Anhang 5- Auswertung induktiver Kategorien

Angstzustände	Plötzlich habe ich unglaubliche Angst und kann sie nicht steuern.	Interview D. S: 2 Z: 23-40	
Angstzustände	Bei Atemnot habe ich das Gefühl, dass ich sterbe.	Interview D. S: 3 Z: 76-77	
Enttäuschung über Erkrankung	Ich bin enttäuscht, dass man es nicht heilen kann.	Interview D. S: 8 Z: 198, 200-201	

Anhang 6- Auswertung deduktiver Kategorien

Welche Bewältigungsbemühungen werden von den Betroffenen beschrieben im Umgang mit kritischen Momenten und sozialen sowie emotionalen Herausforderungen?

Krankheitsbewältigungsbemühungen haben zum Ziel, Belastungen, welche durch die Krankheit entstehen, aufzufangen, auszugleichen und zu verarbeiten. Es soll folglich ein Gleichgewicht hergestellt werden. Die Krankheitsverarbeitung kann auf den Ebenen des Fühlens, des Denkens und des Handelns stattfinden. Es kann zwischen Abwehr- und Copingprozessen unterschieden werden. Als Copingprozesse werden bewusste und geplante Verhaltensweisen verstanden, als Abwehrprozesse unbewusste und automatisch ablaufende Handlungen (vgl. Kapitel 2.2.3).

Das Erkenntnisinteresse liegt in der Erörterung der Bewältigungsbemühungen im Umgang mit kritischen Momenten und sozialen sowie emotionalen Herausforderungen. Es soll ersichtlich werden, ob die Bemühungen auf kognitiver bzw. emotionaler Ebene oder durch zielgerichtetes Handeln stattfinden. Wie im Kapitel 2.2.5 ersichtlich wird, ist die Erfassung der Krankheitsbewältigung jedoch ein schwieriges Unterfangen. Selbst durch Fremd- und Selbstbewertung kann nur ein Teil der gesamten Bewältigungsstrategien erfasst werden. Es soll deshalb mit dieser Analyse ein Versuch unternommen werden in einfachster Weise und durch möglichst einfache Kategorien (emotional, kognitiv und handlungsorientiert) die genannten Strategien zu kategorisieren und zu analysieren.

Analyseeinheit: Alle Textabschnitte, die Bewältigungsbemühungen betreffen im Umgang mit kritischen Momenten und sozialen sowie emotionalen Herausforderungen, die krankheitsbedingt sind. Demnach soll jede Reaktion auf eine Belastung, die im Zusammenhang mit der Erkrankung steht, analysiert werden.

Kontexteinheit: Der einzelne Fall.

Anhang 6- Auswertung deduktiver Kategorien

Oberkategorie 2: Bewältigungsbemühungen

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K1: Emotionale Verarbeitungsstrategie	Reaktion auf die Erkrankung durch eine emotionale Haltung bzw. emotionale Verarbeitung, welche zur emotionalen Entlastung und Stabilisierung führt.	„Und dann bin ich zu ihm und dann musste ich weinen und habe gesagt: „Ich mag nicht mehr.“.“	Es muss hervorgehen, dass die Verarbeitung vorwiegend auf emotionaler Ebene stattgefunden hat.
K2: Kognitive Verarbeitungsstrategie	Krankheitsverarbeitung auf der rationalen bzw. intellektuellen Ebene, indem die Erkrankung beispielsweise akzeptiert, neu bewertet oder ihr einen Sinn gegeben wird.	„Ich akzeptiere, dass die Leistung abgenommen hat.“	Es muss hervorgehen, dass die Verarbeitung vorwiegend auf kognitiver Ebene stattgefunden hat
K3: Zielgerichtetes Handeln als Verarbeitungsstrategie	Krankheitsbewältigung durch Verhaltensweisen als Reaktion auf die Erkrankung wie beispielsweise ablenkendes Anpacken. Die Verhaltensweisen sind direkt beobachtbar.	„Ich mache den Raucherstopp, weil ich vernünftiger geworden bin.“	Es muss hervorgehen, dass die Verarbeitung vorwiegend auf der handlungsbezogenen Ebene stattgefunden hat.
K4: Verarbeitungsstrategie nicht zuordenbar	Krankheitsbewältigung kann den oben genannten Definitionen nicht zugeordnet werden.	„Meine Tochter hat mich beim Hausarzt angemeldet.“	

Anhang 6- Auswertung deduktiver Kategorien

K1	Kategorie (Generalisierung)	Paraphrase	Fundort	Reduktion
K1: Emotionale Verarbeitungsstrategie	Optimismus	Ich habe gedacht, es wird besser und dann bin ich wieder bei Kräften.	Interview A. S: 5. Z: 116- 117	Emotionale Verarbeitungsstrategie durch: <ul style="list-style-type: none"> • Optimismus bzw. positives Denken • Bedrückung aufgrund drohender Invalidität • Hadern • Enttäuschung über Irreversibilität • Emotionale Entlastung durch Weinen • Fremdbeschuldigung- Arzt und Medikamente
	Optimismus	Ich hoffe, dass es besser wird.	Interview C. S: 1 Z: 12- 13	
	Positives Denken	Ich mache keine Depression.	Interview D. S: 7 Z: 191	
	Bedrückung aufgrund drohender Invalidität, Hadern	Ich war bedrückt und habe gedacht, dass ich keine IV möchte.	Interview A. S: 7 Z: 178- 180	
	Nicht steuerbare Angst eher hinderlich	Plötzlich hat man unglaubliche Angst, die man nicht steuern kann.	Interview D. S: 2 Z: 39 – 40, S. 44- 47	
	Enttäuschung über Irreversibilität	Da ist eine gewisse Enttäuschung, da man es nicht heilen kann.	Interview D. S: 8 Z: 198, 200- 201	
	Emotionale Entlastung durch Weinen	Ich habe geweint und gesagt, dass ich nicht mehr kann.	Interview A. S: 2 Z: 50- 51	
	Fremdbeschuldigung - Arzt	Die Hausärzte sind zu wenig informiert. Er hat mich nicht ernst genommen.	Interview A. S: 2. Z: 60-66, 68-69	

Anhang 6- Auswertung deduktiver Kategorien

	Fremdbeschuldigung - Medikamente	Ich habe mir überlegt, ob es wegen den Medikamenten schlimmer wurde. Jetzt bin ich abhängig von ihnen.	Interview D. S: 10 Z: 275-277, 283- 284	
--	-------------------------------------	--	--	--

K2	Generalisierung (Kategorie)	Paraphrase	Fundort	Reduktion
Kognitive Verarbeitungsstrategie	Drohende Invalidität erkannt und akzeptiert sowie Handlungsstrategien entwickelt	Mir wurde bewusst, dass eine Invalidität eintreten könnte, und dass ich da schauen muss.	Interview A. S: 5 Z: 124- 125	Kognitive Verarbeitungsstrategien durch: <ul style="list-style-type: none"> • Neubewertung und Umdenken • Akzeptanz bzw. sich Abfinden mit der Erkrankung, der drohenden Invalidität und der eingeschränkten Leistungsfähigkeit • Haltung bewahren • Vergleich mit andern Personen • Resignation
	Vergleich (Relativieren) mit andern Personen	Ich habe die Leute hier gesehen und mich gefragt, ob ich auch soweit komme.	Interview A. S: 9 Z: 228- 230	
	Neubewertung, Umdenken	Ich bekomme keine Depressionen wie früher. Früher hätte ich vielleicht bekommen. Jetzt sehe ich es pragmatisch.	Interview C. S: 2. Z: 34- 35	
	Umdenken	Ich sehe der Tatsache entgegen und wandle es ins Positive um.	Interview C. S: 2 Z: 36-37	
	Akzeptieren, sich abfinden	Man gewöhnt sich daran.	Interview B. S: 4 Z: 97	
	Akzeptieren, sich abfinden	Ich habe mich damit abgefunden. Ich muss schauen, dass es nicht noch schlechter wird.	Interview C. S: 1. Z: 11- 12, 14-15	

Anhang 6- Auswertung deduktiver Kategorien

	Sich abfinden	Man findet sich damit ab.	Interview C. S: 2 Z: 42- 43
	Akzeptanz, sich abfinden	Ich akzeptiere, dass die Leistung abgenommen hat.	Interview D. S: 5 Z: 115-117, 119
	Haltung bewahren	Man muss selber mit dem Problem fertig werden, und ich werde es auch.	Interview C. S: 2 Z: 31- 32
	Resignation	Es ist keine Überraschung. Wenn ich anfangs zu atmen, dann ist das so. Kann man nichts machen.	Interview C. S: 3 Z: 63- 65

K3	Generalisierung (Kategorie)	Paraphrase	Fundort	Reduktion
Zielgerichtetes Handeln als Verarbeitungsstrategie	Rauchstopp -> Verhaltensveränderung (Compliance), externe Hilfe organisieren - Arzt	Wenn ich aufhöre zu rauchen, geht es mir besser. Dann ging ich zum Hausarzt. Ich habe ihm mein Problem genannt.	Interview A. S: 1 Z: 10- 11, 13-15	Zielgerichtetes Handeln als Verarbeitungsstrategie durch: <ul style="list-style-type: none"> • Rauchstopp (Verhaltensveränderung) • Einhaltung der Therapien (Compliance) • Ablenkende und konstruktive Aktivitäten • Anpassung und Einteilung von Aktivitäten • Bewährte Aktivitäten beibehalten • Organisieren von sozialer Unterstützung und externen
	Rauchstopp -> Verhaltensveränderung (Compliance)	Ich mache den Raucherstopp, weil ich vernünftiger geworden bin	Interview A. S: 8 Z: 232- 234	
	Rauchstopp-> Verhaltensveränderung (Compliance)	Ich habe aufgehört zu rauchen.	Interview C. S: 1 Z: 13	
	Aktivitäten anpassen -> Verhaltensveränderung	Ich habe langsamer gemacht.	Interview A. S: 4 Z: 96- 97	

Anhang 6- Auswertung deduktiver Kategorien

	<p>Aktivitäten anpassen</p> <p>Aktivitäten anpassen</p> <p>Aktivitäten anpassen</p> <p>Aktivitäten anpassen</p> <p>Aktivitäten anpassen bei akuter Atemnot, Compliance</p> <p>Aktivitäten anpassen bei akuter Atemnot, Compliance</p> <p>Bewährte Aktivitäten beibehalten</p> <p>Bewährte Aktivitäten beibehalten</p>	<p>Ich versuche das Möglichste zu machen und mache Pausen bei Atemproblemen.</p> <p>Man muss alles langsamer angehen.</p> <p>Ich will mehr laufen gehen als vorher, weil mir das gut tut.</p> <p>Ich probiere fünfzig Prozent zu arbeiten und dann sehen wir wieder weiter.</p> <p>Ich setze mich, atme durch und mache die Lippenbremse.</p> <p>Bei Atemproblemen stelle ich Aktivitäten ein und mache den Kutschersitz. Ich atme ruhig und sage mir dies selber auch.</p> <p>Ich bin aktiv im Kunstbereich.</p> <p>Ich stricke oder lese, weil ich das noch machen kann und gerne mache.</p>	<p>Interview B. S: 3 Z: 66- 67</p> <p>Interview C. S: 1 Z: 26- 27</p> <p>Interview C. S: 5 Z: 126- 127</p> <p>Interview A. S: 8 Z: 217- 218</p> <p>Interview B. S: 3 Z: 70- 72</p> <p>Interview D. S: 1 Z: 49, 51- 52, 64- 67</p> <p>Interview D. S: 8 Z: 215- 218</p> <p>Interview B. S: 4-5 Z: 107- 108, 110, 116</p>	<p>Hilfen (Arzt, Lungenliga, Haushaltshilfe, Lebenspartner)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Atemproblemen Durchführung erlernter Techniken • Altruismus bzw. Fremdmotivation • Durchhaltevermögen
--	---	--	---	---

Anhang 6- Auswertung deduktiver Kategorien

	Konstruktive Aktivität durch Bewältigung und Aufschreiben von Erlebtem	Ich bin aktiv. Ich schreibe eine Autobiografie. Da spielt die COPD auch eine Rolle. Das war bewegend.	Interview D. S: 8 Z: 208-209, 213- 214, 261	
	Durchhaltevermögen	Ich habe einfach weiter gemacht bei der Arbeit, aber fast nicht mehr gekonnt.	Interview A. S: 4, 5 Z: 104-106, 109- 110	
	Soziale Unterstützung organisiert	Mein Lebenspartner hilft mir im Haushalt.	Interview A. S: 8 Z: 191	
	Externe Hilfe organisieren – Therapie (Compliance), konstruktive Aktivität,	Ich gehe ambulant nach M. Dort mache ich Gymnastik, fahre Fahrrad und habe Betreuung.	Interview A. S: 8. Z: 209, 211- 212	
	Externe Hilfe organisieren- Arzt	Ich war beim Doktor und habe ihm gesagt, dass ich nicht mehr kann.	Interview B. S: 2 Z: 27- 28	
	Externe Hilfe organisieren - Arzt	Als ich nicht mehr atmen konnte, bin ich zum Arzt gegangen.	Interview D. S: 10 Z: 271- 272	
	Externe Hilfe organisieren- Lungenliga	Bei der Lungenliga möchte ich mich melden. Die helfen mir.	Interview A. S: 135- 138	
	Externe Hilfe organisieren - Haushaltshilfe	Ich habe mir Unterstützung im Haushalt geholt.	Interview B. S: 4 Z: 98-99	
	Externe Hilfe organisieren- medizinisches Personal	Ich habe geläutet und der Pfleger ist gekommen.	Interview D. S: 4 Z: 92- 94	

Anhang 6- Auswertung deduktiver Kategorien

	Einhaltung der Therapie (Compliance), Altruismus	Ich halte ein, was mir empfohlen wurde. Auch wegen meinen Enkelkindern, weil ich fit bleiben will.	Interview A S: 9 Z: 235- 241	
--	--	--	---------------------------------	--

K4	Kategorie (Generalisierung)	Paraphrase	Fundort	Reduktion
K4: Verarbeitungsstrategie nicht zuordnungsbar	Verwandte organisieren Unterstützung- Arzt	Meine Tochter hat mich beim Hausarzt angemeldet.	Interview A. S: 1. Z: 10- 11, 13- 14	Verarbeitungsstrategie nicht zuordnungsbar: <ul style="list-style-type: none"> • Verwandte organisieren • medizinische Unterstützung • Autonomie wahren
	Autonomie wahren	Ich habe einen Lebenspartner, aber ich muss für mich selber schauen durch das Arbeiten.	Interview A. S: 10 Z: 246- 248	

Anhang 2 – Interview B: Frau B

- 1 I: Sie können einfach mal erzählen! Wie hat sich dann Ihre Erkrankung seit der
2 Diagnose entwickelt oder allgemein wie hat sich die entwickelt?
- 3 E: Ich habe ungefähr eine Woche geschafft. Wieder eine Woche krank. Vierzehn Tage
4 geschafft. Wieder eine Woche krank. Bis mich die Co-Leiterin verrückt gemacht hat,
5 als ich zum Doktor gegangen bin. Obschon, ich bin auch manchmal beim Doktor
6 gewesen und habe immer ein Dings abgegeben (...) Ja dann stellt sich raus, ich habe
7 eine kalte Lungenentzündung.
- 8 I: Mhm.
- 9 E: Und von dann an hat man mich gleich gestrichen (..). Aber kaum habe ich den Zettel
10 vom Doktor abgegeben, haben sie schon eine im Büro gehabt anstelle von mir.
- 11 I: Mhm und wann war das?
- 12 E: Im Januar 2008.
- 13 I: Mhm.
- 14 E: Januar, Februar.
- 15 I: Und wie hat es sich seitdem ungefähr entwickelt?
- 16 E: Eben dann ist eigentlich diese Not gekommen zwischendurch. Das Schnaufen.
- 17 I: Ja.
- 18 E: Und man hat eigentlich, ja, wie ähm Cortison und das gegeben. Spiricort.
19 [Anmerkung der Autorin: Spiricort ist ein Steroid, welches zur Behandlung der COPD
20 eingesetzt wird.]
- 21 I: Mhm.
- 22 E: Und dann bin ich von 52kg gerade auf 62 rauf. So richtig aufgedunsen. Nachher hat
23 es sich so langsam wieder eingespielt.
- 24 I: Mhm.
- 25 E: (...) Gewichtsmässig.
- 26 I: Und mit der COPD?

Anhang 2 – Interview B: Frau B

- 27 E: (Unv.) Ich habe mich immer gerade so halten können. Ausser eben da vor drei
28 Jahren, wo es auch wieder schlimm gewesen ist (unv.). Nein respektive ich habe dem
29 Doktor gesagt: „Ich kann einfach nicht mehr.“ >klopft auf den Tisch<
- 30 I: Mhm.
- 31 E: Wo mich der Magen fertig gemacht hat. Und dann bin ich hier rauf gekommen drei
32 Wochen.
- 33 I: Mhm.
- 34 E: (...) Und dann hab ich mich i r g e n d w i e auffangen können. Und jetzt seit zwei
35 Jahren habe ich schon gemerkt, es geht wieder (..). Aber eben, eher nicht zum
36 Doktor.
- 37 I: Mhm.
- 38 E: Ich sage dir, eine Tochter hat gesagt: „Komm wir gehen jetzt zum Doktor.“
- 39 I: Und was gibt es denn für Gründe, dass sie manchmal selber nicht gehen?
- 40 E: „Musst du jetzt dort rauf (unv.)?“ >ahmt den Ehemann nach< Anschauzen.
- 41 I: Vom Mann denn?
- 42 E: Ja und nachher hätte ich denn Hang rauf laufen müssen.
- 43 I: Mhm
- 44 E: Obschon, wir haben drei Möglichkeiten um zum Doktor gehen zu können. Entweder
45 zwischen Restaurant und Bauernstube und zwischen dem Einfamilienhäuschen rauf.
46 Ein Einfamilienhaus kann man nicht sagen. Es ist eine dreieinhalb-Zimmer-Wohnung
47 mit unten drin Garage, oben dreieinhalb-Zimmer-Wohnung und oben ist Büro vom S.
- 48 I: Mhm.
- 49 E: Und weiter oben hätte ich links S. und rechts vom T. das Einfamilienhaus. Und dann
50 gehe ich unter einer Galerie durch. Nachher muss ich runter. So komme ich zum
51 Doktor. Und eben unter durch, durch den Park rauf. Ja beide/ an allen Orten ein
52 Hang.
- 53 I: Mhm.
- 54 E: Bis ich bei ihm bin (...). Und eben ich bin eine, die nicht so gerne schnell springt.

Anhang 2 – Interview B: Frau B

55 I: Mhm (...). Und ähm wenn Sie so an die Zeit denken seit der COPD, seitdem sie das
56 wissen. Ähm was würden Sie sagen was, was es für kritische Momente gegeben hat?

57 E: Einfach das Schlimmste ist der Herbst. Der Nebel. Und der Föhn (..). Wie heute
58 Morgen der Nebel. Da habe ich den Eindruck gehabt, da hat man einfach einen
59 Deckel.

60 I: Mhm.

61 E: Oder auch wenn bedeckt ist.

62 I: Was passiert dann?

63 E: So, man hat so den Eindruck wie jemandem etwas auf der Lunge sitzt, wo einfach
64 nicht, wo man einfach keine Luft bekommt.

65 I: (4). Wie geht es Ihnen sonst im Alltag mit der COPD?

66 E: Man schickt sich langsam rein. Versucht das Möglichste zu machen. Und wenn
67 einfach gerade ein Stoss kommt, wo man einfach fast keine Luft hat, halt eine Pause.
68 Sie haben das raus gefunden, dass ich mich schnell auffangen kann.

69 I: Wie machen Sie das?

70 E: Einfach sitzen und durch schnaufen. Mit Lippenbremse. Und dann komm ich
71 schneller wieder rauf. Dann komm ich wieder auf neunzig einundneunzig rauf. Aber
72 sobald ich wieder (unv.) kann ich wieder runter auf 87 85.

73 [Anmerkung der Autorin: Lippenbremse ist eine spezielle Atemtechnik, die zur
74 Entspannung der Atemmuskulatur beiträgt.]

75 I: Mhm.

76 E: Das ist dann eindeutig zu wenig.

77 I: (4) Ähm haben Sie dann/ also Sie haben vorher gesagt, oder, einen Hang rauf laufen
78 ist zum Beispiel schon schwierig. Haben Sie dann noch andere Herausforderungen
79 im Alltag?

80 E: Ich/ im Allgemeinen wenn ich ins Dorf gehe, muss ich nachher rauf laufen.

81 I: Ja.

82 E: (..) Weil wir im Oberdorf sind.

Anhang 2 – Interview B: Frau B

- 83 I: Mhm.
- 84 E: Obschon alle da wären. Alle im gleichen Ecken ausser dem Korb, der müsste noch
85 weiter runter (..). Aber eben danach den Hang rauf. Es hat zwar jetzt genug Bänke.
- 86 I: Und dann setzen Sie sich manchmal? >lacht<
- 87 E: Jetzt hat es wieder (unv.)/ beim Gemeindehaus hat es wieder eins gegeben. Und halt
88 von dort müsste ich rauf bis zum Schulhaus. Dort hätte ich nachher auch.
- 89 I: Mhm.
- 90 E: Nachher hat es zwar keine mehr.
- 91 I: Und nebst diesem/ diesem Laufen, das schwierig ist an den Hängen, haben sie sonst
92 noch im Alltag Schwierigkeiten?
- 93 E: Eben wenn ich staubsauge oder wische.
- 94 I: Dann eher im Haushalt?
- 95 E: Oden eben Pfannen versorgen oder so. Sobald ich mich bücken muss.
- 96 I: Mhm.
- 97 E: Aber mit der Zeit gewöhnt man sich daran.
- 98 I: Ja. Und dann haben Sie sich Unterstützung geholt?
- 99 E: Ja eben für einmal/ zuerst hat die eine zweimal kommen müssen und dann haben wir
100 sie einmal gehabt im Monat, weil sie eben blöde getan hat. Und nachher Knall auf
101 Fall sagt sie einfach: „Ich komme nicht mehr.“
- 102 I: Mhm.
- 103 E: Dann haben wir gesagt: „Jetzt probieren wir selber.“ Wenn sie noch sagt, wir müssen
104 die Hunde raus machen. Das sei kompliziert zum Putzen (4). Man kann es auch
105 einfacher machen.
- 106 I: (..) Ja. Wie geht es Ihnen denn so/ so ein bisschen emotional mit der Erkrankung?
- 107 E: Ich bin schon noch die, die gerne dieses und jenes macht. Und dann bremst es mich
108 dann wieder >lacht<.
- 109 I >lacht< Mhm.

Anhang 2 – Interview B: Frau B

- 110 E: Darum hab ich jetzt in der letzten Zeit auch gestrickt.
- 111 I: Wieso meinen Sie? (..) Oder für was?
- 112 E: Für das Kleine habe ich gestrickt. Und dann ist einer gekommen und hat gesagt ich
113 soll Socken machen. Dann habe ich gesagt: „Nein, du hast genug Socken.“
- 114 I: Mhm. Ist denn das auch so ein bisschen gewesen, ähm, weil das noch etwas ist, was
115 Sie machen können?
- 116 E: >fällt ins Wort< Und was ich eben gerne mache.
- 117 I: Ja. Okay.
- 118 E: Was ich eben auch gerne mache. Und dann kann ich auch gut mich hinsetzen und
119 einfach lesen.
- 120 I: (..) Mhm.
- 121 E: Und denken: „Geh du deine Spiele machen. Dann hab ich meine Ruhe.“
- 122 I: Mhm. Wenn Sie so ein bisschen an/ an den Anfang der Sozialberatung denken,
123 wissen Sie noch welche Erwartungen Sie gehabt haben?
- 124 E: Ganz viele >lacht<
- 125 I: An die Sozialberatung?
- 126 E: >klopft auf den Tisch<
- 127 I: (..) Zum Beispiel?
- 128 E: >klopft auf den Tisch< Jetzt müsst Ihr mich mehr fragen >lacht< (..) Ich weiss schon.
- 129 I: Haben Sie Erwartungen gehabt an die Sozialberatung?
- 130 E: Schauen was man machen kann.
- 131 I: Meinen...
- 132 E: >fällt ins Wort< Wegen der Freiheit und Dings.
- 133 I: Jetzt auf zuhause bezogen mit dem Ehemann? Mhm. Haben Sie das Gefühl, da ist
134 etwas gegangen? Haben Sie das Gefühl, dass es hilfreich war oder ist es sogar
135 überhaupt nicht hilfreich gewesen? Wie würden Sie das einschätzen?
- 136 E: Doch, es wäre schon hilfreich. Wenn man es umsetzen würde. Ich muss es so sagen.

Anhang 2 – Interview B: Frau B

- 137 I: Mhm.
- 138 E: Und eben, ich habe das mit der jüngeren Tochter besprochen. Da sagt sie mir
139 gestern nur: „Du musst keine Angst haben. A. und ich stehen voll hinter dir.“ Und sie
140 sagt/ sagt ihm am Samstag/ stupft ihn ein bisschen.
- 141 I: Hätten Sie sich denn von der Sozialberatung aus noch/ noch etwas anderes
142 gewünscht?
- 143 E: Weil ähm die Doktoren hier haben auch gesagt, sie wollen mit ihm reden. Dann sage
144 ich: „Das bringt nichts.“
- 145 I: Ja.
- 146 E: Das bringt nichts. Sonst bin ich nur die Böse.
- 147 I: (4) Aber hätten Sie dann so das Gefühl, man hätte noch etwas anders machen
148 können von hier aus?
- 149 E: Nein eigentlich nicht. Weil der so stur ist.
- 150 I: Mhm.
- 151 E: Ist einfach so stur, dass er sich nicht gerne sagen lässt, was er machen soll (...).
152 Oder wie er es machen soll. Und, und, und. Gibt ja ähm einen bestimmten Spruch:
153 „Zuerst komm ich, dann wieder ich. Dann mein Hund und du noch lange nicht.“ Oder:
154 „Komm gib mir, komm lange mir, komm heb mir, komm zünde mir.“ Das ist einfach
155 so.
- 156 I: (...) Was hätten Sie sich/ hätten Sie sich dann noch etwas gewünscht von der
157 Sozialberatung?
- 158 E: Weil ich weiss, man kann nicht noch mehr machen.
- 159 I: Ja. (...) Und mit welchem Gefühl gehen Sie dann nach Hause?
- 160 E: Mit einem Gemischten vielleicht.
- 161 I: (..) Inwiefern gemischt?
- 162 E: Eher werde ich mir dort denken: „Ooh habe ich es da oben schön gehabt. Jetzt bin
163 ich wieder da. Jetzt kann man mich dann wieder.“ Aber ich will mich dann langsam
164 wehren. (5) Weil es einfach nichts bringt, sich auspressen zu lassen wie eine Zitrone.
165 Aber das bin ich eben bis jetzt.

Anhang 2 – Interview B: Frau B

166 I: Mhm. (8) Hätten Sie ähm so/ wenn man das Ganze jetzt so auf die Sozialberatung
167 runter bricht, möchte Sie dann noch etwas zur Sozialberatung sagen? Haben Sie
168 einen speziellen Eindruck bekommen?

169 E: Ich muss sagen, es ist schon gut die Beratung und alles. Weil man danach mehr
170 überlegen muss oder studiert danach mehr und/ und trotzdem weiss man nicht, was
171 man soll.

172 I: Mhm.

173 E: (4) Ja es ist dann trotzdem einfach noch schwierig zum Abwägen nachher wie, wann,
174 was.

175 I: (...) Haben Sie ähm, haben Sie denn noch Wünsche, die offen bleiben nebst dieser
176 Umsetzung, bei der Sie sagen, dass sie schwierig ist? Aber haben Sie sonst noch
177 Wünsche, bei denen Sie sagen, die hätten Sie gerne eigentlich noch angeschaut, die
178 offen sind?

179 E: Da wären viele. (4) Da wären noch viele Wünsche offen.

180 I: Was für welche?

181 E: Ich darf gar nicht anfangen mit aufzählen.

182 I: Doch das wäre jetzt aber interessant (...) Wollen Sie mir mal drei nennen?

183 E: >schüttelt den Kopf<

184 I: Wollen sie nicht?

185 E: Nein.

186 I: Besser sein lassen?

187 E: Ja.

188 I: Okay.

189 E: Ähm gut. Gibt es noch etwas, was Sie sagen möchten?

190 I: Nein.

191 E: Etwas, das Sie noch anfügen möchten? Nichts? Ist alles gesagt?

192 I: Ausser Ihnen danke sagen.

Anhang 2 – Interview B: Frau B

193 E: Ja. das ist gern geschehen. >lacht< Sehr gerne geschehen. Dann stoppe ich hier
194 mal.

Anhang 1 – Interview A: Frau A

- 1 I: Ähm wenn Sie so erklären müssten, wie hat sich Ihre Erkrankung entwickelt seit der
2 Diagnose? Die ist ja jetzt noch nicht so lange her, aber vielleicht können Sie auch
3 nochmals zurück gehen v o n/ dorthin als Sie zum Hausarzt gingen.
- 4 E: Ich habe seit ich/ ich rauche schon seit dreissig Jahren. Aber ähm die letzten vier
5 Jahre habe ich relativ viel geraucht.
- 6 I: Mhm.
- 7 E: Fast zwei Päckchen. Und dann habe ich auch gemerkt ungefähr vor anderthalb
8 Jahren ja so, es tut mir einfach nicht gut, oder? Sicher das Rauchen.
- 9 I: Mhm.
- 10 E: Wenn ich das aufhöre, geht es mir wieder besser. Dann bin ich zum Hausarzt
11 gegangen.
- 12 I: Ja.
- 13 E: U n d ja. Das erste Mal zu dem gegangen. Und dann habe ich gesagt/ also meine
14 Tochter hat mich angemeldet. Und dann habe ich eben gesagt, mein Problem. Ich will
15 gerne aufhören zu rauchen. Und ich bringe es einfach alleine nicht fertig.
- 16 I: Mhm.
- 17 E: Und ich hätte Atemnot. Und dann hat er mir Tabletten verschrieben. Wegen dem
18 Rauchen. Und hat mir das Symbicort gegeben und hat gesagt, dass tut sie ein wenig
19 unterstützen. Atmen Sie das drei vier Mal am Tag ein.
- 20 [Anmerkung der Autorin: Symbicort ist ein Medikament der Gruppe der Kortisone,
21 welche inhalativ eingenommen wird und entzündungshemmend wirkt.]
- 22 I: Mhm.
- 23 E: Wenn Sie mehr wollen, dann tun sie mehr. Und wenn Sie es nicht brauchen, dann
24 brauchen Sie es halt nicht (...). Dann habe ich das gemacht. Er hat nicht gesagt, dass
25 ich diese Erkrankung hab oder äh so. Er hat einfach gesagt: „Ist gut wenn Sie
26 aufhören wollen.“
- 27 I: Mhm.

Anhang 1 – Interview A: Frau A

- 28 E: Dann habe ich die Tabletten zwei Wochen genommen. Dann habe ich ein riesen
29 Ausschlag bekommen. Ausser im Gesicht. Der ganze Körper so Pusteln und ich habe
30 sonst nie Medikamente genommen. Ich habe nicht gewusst, woher könnte es sonst
31 sein.
- 32 I: Mhm.
- 33 E: Sonst Allergien habe ich eigentlich auch nicht. Dann ist er in den Ferien gewesen,
34 aber sie sind zu zweit in der Praxis. Dann bin ich zu dem Doktor B. gekommen. Ich
35 habe dann/ bin zum Fräulein und habe gesagt: „Sie können Sie mir da etwas
36 geben?“ Und Sie: „Nein nein Frau A also da (...)“ Bin ich eben zum Doktor B.
37 gekommen und der hat mir gerade Gegenmittel gegeben und dann habe ich natürlich
38 die Tabletten nicht mehr genommen (...). Hab das Schnuiferli weiter genommen und
39 das wars.
- 40 I: Mhm.
- 41 E: Wenn ich dort/ wenn er dort schon gesagt hätte: „Frau A Sie müssen zum
42 Lungenarzt.“ Oder? Jetzt habe ich anderthalb Jahre das genommen und mir ist es
43 immer schlechter gegangen. Ich habe einfach bei ihm die Schuiferlis abholen
44 können.
- 45 I: Mhm.
- 46 E: Und das Fräulein hat es dann wieder bestellt (...) und das Dorf hat keine Apotheke.
47 Dann bin ich das holen gegangen und mir ist es einfach schlechter gegangen. Auch
48 in meinem Job. Ich habe einfach nicht mehr gemocht.
- 49 I: Mhm.
- 50 E: U n d dann bin ich zu ihm und dann musste ich weinen und habe gesagt: „Ich mag
51 nicht mehr.“ (...) Und dann hat er die Hände verrührt und: “Uuuuh und aaah und
52 jesses und jetzt müssen wir zum Lungenarzt.“
- 53 I: Mhm.
- 54 E: Und dann bin ich dann zum Doktor S. gekommen nach W. und der hat mich sofort in
55 die Barmelweid verschrieben.

Anhang 1 – Interview A: Frau A

- 56 I: Mhm. Hätten Sie dann das Gefühl, dass etwas anders gelaufen wären, wenn man
57 Sie vor anderthalb Jahren anders behandelt oder ernst genommen hätte?
- 58 E: Mhm ja auf jeden Fall. Ich kann ja nicht dem Arzt jetzt die Schuld geben.
- 59 I: Ja.
- 60 E: Aber äh (..) ja er hätte es vielleicht ein bisschen ernster nehmen sollen. Und lustig ist,
61 ich habe nachher eine Broschüre bekommen vom Doktor S. auch, äh über die
62 Krankheit u n d (..) er hat auch/ dort steht auch drin, dass eben die Hausärzte einfach
63 noch zu wenig informiert sind über diese Krankheit. Oder? Ich kann ihm ja nicht die
64 Schuld geben, aber/ er hat dann schon Röntgenbilder gemacht und hat gesagt:
65 „Jesses Ihre Lunge ist total überbläht wie ein Ballon. Sie müssen sofort zum
66 Lungenarzt.“ Dann ist er erschrocken oder?
- 67 I: Mhm.
- 68 E: (..) Aber vorher, als ich, als ich gekommen bin, hat er das auch nicht so ernst
69 genommen.
- 70 I: Ja.
- 71 E: Sonst hätte er mich ja wieder mal bestellt. Oder gesagt: „Frau A Sie müssen wieder
72 einmal kommen.“ Wenn ich ja immer das Symbicort geholt habe.
- 73 I: Mhm.
- 74 E: Für einmal eine Kontrolle oder so, oder?
- 75 I: Ja.
- 76 E: Ist dann eben nichts gewesen. Und dann ja (..) Jetzt ist es soweit.
- 77 I: Mhm.
- 78 E: Haben Sie dann jetzt so in diesen anderthalb Jahren ähm sehr kritische Momente
79 erlebt oder wenn Sie müssten sagen was bis jetzt am kritischsten gewesen ist. Oder
80 ist das das jetzt, wo Sie hier sind oder was würden Sie so...?

Anhang 1 – Interview A: Frau A

- 81 I: >fällt ins Wort< Nein, also das Schlimmste ist gewesen, dann von diesem Sommer
82 an, wo es dann auch so heiss geworden ist und im Aussendienst. Ich habe eine
83 Mappe, die ist etwa 8,5 neun Kilo.
- 84 I: Mhm.
- 85 E: Plus mein Koffer mit dem Material drin. U n d der Termin ist ja von daheim aus. Und
86 ich bin neu gekommen und habe gedacht: „Hoffentlich hat der keine Treppen“, oder?
87 Du kannst meistens bei Firmen ran fahren, oder? Aber die Treppen. Ich habe einfach
88 nicht mehr das Zeugs heben können und so, oder? Ich bin manchmal angekommen,
89 keine Luft mehr und nichts mehr und vor der Tür musste ich warten, oder? Jetzt kann
90 es manchmal auch sein, dass es eine Sekretärin ist und gerade kommt und sagt:
91 „Frau A“/ Und dann habe ich mich langsam, also richtig langsam geniert, oder?
- 92 I: Ja.
- 93 E: Und äh ich habe einfach gemerkt, es geht nicht mehr vom Job her. Und einfach
94 daheim auch. Ich wohne in einem Einfamilienhaus, oder?
- 95 I: Mhm.
- 96 E: Aber dann habe ich einfach alles ein bisschen langsamer gemacht. Und es ist so,
97 man geht dann nicht mehr laufen, man mag nicht mehr. Wenn ich es nicht mit der Luft
98 gehabt habe, dann hab dafür mit dem Hintern, der Ischiasnerv. Da in der Hinterbacke,
99 da krampft es sich dann so zusammen. Dann gehst du wegen dem nicht. Auch d a s,
100 da habe ich immer Medikamente bekommen jetzt. Dass/ ich habe auch/ Fahrrad
101 fahren macht mir nichts, Gymnastik nicht, aber wenn ich laufe, dann fängt er an.
- 102 I: Mhm.
- 103 E: U n d äh dann bin ich ja wegen diesen zwei Sachen eigentlich nicht mehr gelaufen
104 und mich nicht mehr gross bewegt dann, oder? Und erst dann (...) wo ich eben zum
105 Hausarzt bin hat er gesagt: “Fertig arbeiten, so können Sie nicht mehr arbeiten.“ Und
106 das ist drei Wochen gewesen bevor ich hier rauf gekommen bin.
- 107 I: Wie sind Sie denn vorher damit umgegangen, wenn Sie so eine schwere Mappe
108 gehabt haben und?

Anhang 1 – Interview A: Frau A

- 109 E: >fällt ins Wort< Ja eben einfach gemacht und ja. Und einfach fast nicht mehr
110 gekonnt, aber ich habe es gemacht.
- 111 I: Mhm.
- 112 E: Haben Sie so ein bisschen das Gefühl ähm, jetzt gerade in Bezug auf das Thema
113 Arbeit, dass da die Sozialberatung etwas genützt hat? Ist sie nützlich gewesen, ist sie
114 unterstützend gewesen oder überhaupt nicht? Wie würden Sie das einschätzen?
- 115 I: Also, ich habe mir natürlich noch gar keine Gedanken gemacht über das, oder? Ich
116 habe gedacht, ja das wird ja wieder besser und nachher bist du wieder bei Kräften
117 (...). Besser wird es ja anscheinend ja nicht. Aber ähm, wo ich dann in die
118 Sozialberatung gekommen bin das erste Mal ist es einfach ein bisschen zu früh
119 gewesen. Gerade die erste Woche glaub schon am Mittwoch oder so. Dann habe ich
120 auch noch nicht viel sagen können.
- 121 E: >lacht< Mhm.
- 122 I: Aber sie hat mich aufgeklärt. Auch ähm, wegen der Invalid äh, nein, IV, doch?
- 123 E: Ja.
- 124 I: Oder? Und ähm, dass ich mir eigentlich bewusst geworden bin, dass das vielleicht
125 eintreten könnte und, dass man da schauen muss, oder? Und, und ähm, dass dann
126 vielleicht ja nicht mehr hundert Prozent geht und so, oder? Dann hat sie mich dann
127 schon ein bisschen aufgeklärt und dann bin ich also noch froh gewesen.
- 128 I: Mhm.
- 129 E: Und jetzt bin ich ja gestern wieder gewesen (...) bei der Frau (...)
- 130 I: B. >lacht<
- 131 E: >lacht< ja genau! Ist ganz eine Liebe und ja. Und ja, ich habe jetzt gesagt, ich muss
132 jetzt einmal schauen. Ich hoffe, ich könnte dann noch ein bisschen fünfzig Prozent
133 arbeiten, aber wenn die Firma das dann nicht will auf die Länge.
- 134 I: Mhm.

Anhang 1 – Interview A: Frau A

- 135 E: Und sie hat gesagt „Frau A melden Sie sich an.“ Wissen Sie, sie hat mir noch ein
136 Prospekt gegeben von der Lungenliga. >hustet< Da will ich mich in W. melden. Die
137 würden einem auch helfen. Dass ich dann das kann, alles einmal mitnehmen.
- 138 I: Also Sozialberatung Lungenliga dann?
- 139 E: Genau.
- 140 I: Ja, okay.
- 141 E: Genau, hat sie gesagt, oder? Weil, es ist kompliziert im Aussendienst. Da hast du
142 eben mit Provision. Und das geht ja auch länger eine IV. Also sollte man sich
143 anmelden, dass wenn denn da der Doktor/ auch wenn du durch den Doktor fünfzig
144 Prozent schaffen kannst, dann ist es anders, als wenn du einfach sagst: „Ja ich
145 schaffe jetzt nur noch fünfzig Prozent.“
- 146 I: Mhm.
- 147 E: Und so hat sie es mir erklärt, oder?
- 148 I: Genau.
- 149 E: Und, dass es eben lange geht bis du dann etwas bekommen würdest und so, oder?
150 >hustet< Nein muss ich sagen, ist also schon gut gewesen die Beratung. Ich habe
151 gar nicht so weit gedacht.
- 152 I: Okay hätten Sie sich dann Vorinformationen gewünscht? Dass Sie i r g e n d w i e
153 vorinformiert gewesen wären oder durch Pflege zum Beispiel? Dass es eine
154 Sozialberatung gibt und was wir machen oder sagen Sie...?
- 155 E: >fällt ins Wort< Nein ich habe ja einfach mein Zettel gehabt mit den Terminen. Und
156 dort ist gestanden „Sozialberatung“, oder? Und den habe ich dann eingehalten. Und
157 dann bin ich schwimmen gegangen und das und habe gedacht: „Gehst du einmal
158 hören. Ich brauche das doch nicht.“ So habe ich gedacht.
- 159 I: Okay.
- 160 E: Oder? Ich brauche das doch nicht! Sozialberatung. Ja gehst du einmal hören. Ich
161 brauche das doch nicht. Nachher musste ich sagen: „Aha, bin ich schon noch froh,
162 bin ich gewesen.“

Anhang 1 – Interview A: Frau A

- 163 I: >lacht< Ja.
- 164 E: >lacht< Oder?
- 165 I: Was hatten Sie denn für Erwartungen gehabt, wenn Sie sagen, Sie haben gedacht
166 Sie brauchen es...
- 167 E: >fällt ins Wort< Wissen Sie, ich denke immer Sozialberatung ist/ solche, die nicht
168 mehr schaffen können. Eben gar nicht mehr schaffen können. Oder alleinstehende
169 Mütter mit Kindern, wo zu wenig Geld haben oder keine Wohnung haben. >lacht<
170 Oder einfach solche Sachen, habe ich mir immer nur vorgestellt.
- 171 I: Mhm.
- 172 E: Oder?
- 173 I: Ähm und jetzt haben Sie/ sind Sie ja schon ein wenig darauf eingegangen oder wie
174 Sie es erlebt haben vor allem von den Informationen her, die Sie bekommen haben
175 und alles. Ähm (..) wie es Ihnen denn so emotional gegangen während der Beratung?
176 Wenn Sie so daran zurück denken?
- 177 E: Ja während der Beratung bin ich dann eigentlich froh gewesen, dass sie so geredet
178 hat mit mir und mich einfach aufgeklärt hat, dass das noch wichtig ist. Nachher bin ich
179 schon ein bisschen so bedrückt gewesen. Und habe gedacht: „Jesses nein, oder,
180 eine IV. Das willst du ja eigentlich auch nicht unbedingt.“
- 181 I: Hätte Sie sich dort noch etwas mehr gewünscht oder anders?
- 182 E: Nein, sie hat das gut gemacht. Wirklich. Sie hat das gut gemacht. Mir ähm, schön
183 erklärt, aufgezeichnet. Ich habe erklärt wie ich schaffe, oder? Auch mit dem Lohn. Da
184 hat sie mir gesagt so viel, wenn man 4'000 verdient so, dann könnte man eben. Ich
185 werden dann nicht einfach auf/ also der Zwischendings zahlt und alles hat sie mir also
186 erklärt. Nein, nein das ist tip top gewesen.
- 187 I: Okay. Dann haben Sie auch noch so ein bisschen gesagt im Haushalt sei es auch so
188 ein bisschen langsamer gegangen also ein bisschen anders.
- 189 E: Ja ein bisschen langsamer.
- 190 I: Ähm ist das auch ein Thema gewesen in der Sozialberatung?

Anhang 1 – Interview A: Frau A

- 191 E: (...) Sie hat mich gefragt, aber ich habe gesagt ich habe Hilfe. Mein Lebenspartner.
- 192 I: Mhm okay.
- 193 E: Ähm und die Böden macht mir dann sonst schon immer jemand. Das machen wir
194 nicht, weil wir beide geschafft haben. Wir sind auf vier Etagen. Also ähm von dem her
195 ist das also kein Thema vorläufig. Dass ich da jemand bräuchte oder so.
- 196 I: Mhm. Ähm haben Sie das Gefühl, es ist etwas offen geblieben nach der Beratung?
197 Irgendein Bedürfnis?
- 198 E: Nein. Sogar sie hat mich ja sogar darauf gelupft, dass ich das ja auch einmal
199 besprechen sollte.
- 200 I: Okay.
- 201 E: Oder, wo ich gar nicht daran gedacht hätte. Ich rede doch noch nicht von IV oder,
202 dass mich das jetzt vielleicht dann/ sollte dann mit dem Doktor einmal beantragen
203 oder so. Da hatte sie mich darauf gelupft oder ein bisschen. Nein, ich habe nichts
204 vermisst.
- 205 I: Und wie geht es weiter?
- 206 E: Ja, jetzt gehe ich zuerst einmal nach Hause.
- 207 I: Mhm.
- 208 E: Dann muss ich meinem Chef klar mache, dass vier fünf Wochen ganz sicher nicht
209 geschafft wird und dann gehe ich äh dort in M. ambulant noch.
- 210 I: Was machen Sie dort?
- 211 E: Äh wissen Sie auch ein bisschen Gymnastik und ein bisschen Fahrrad fahren und ein
212 bisschen Betreuung oder wenn etwas ist. Das ist einfach anstatt Barmelweid, hätte
213 ich acht Wochen ambulant dorthin gehen können. Und dann hatte der Doktor gesagt,
214 ich könne wählen, aber er würde mir empfehlen hier rauf, weg, einfach erholen und
215 das habe ja ich dann auch gemacht. Und jetzt mach ich dort noch ein bisschen weiter
216 mit dem Herrn Doktor in einem Kontakt, oder? Und dann probiere ich dann eventuell
217 fünfzig Prozent, wenn er meint, ich könne mal probieren. Und dann sehen wir dann
218 wieder weiter.

Anhang 1 – Interview A: Frau A

- 219 I: Okay. Ja, ich frage mich gerade, ob Sie noch etwas anfügen würden? Etwas was
220 wichtig wäre für Sie, dass gesagt werden muss? Irgendetwas, was wir noch nicht
221 besprochen haben?
- 222 E: Was jetzt mich anbelangt?
- 223 I: Mhm (6) also was mich vielleicht noch Wunder nehmen würde, was mir gerade noch
224 in den Sinn kommt. Wenn Sie so an sich selber denken, was haben Sie das Gefühl,
225 so welche Eigenschaften von Ihnen helfen Ihnen so auch damit umzugehen?
- 226 E: Ja, also wie ich damit umgehe?
- 227 I: Mhm.
- 228 E: Also im Moment schwerlich. Also mir geht es jetzt besser. Aber ähm, als ich jetzt
229 gesehen habe, wie die Leute hier sind, habe ich auch sagen müssen: „Jesses nein,
230 komme ich dann auch soweit?“ Oder?
- 231 I: Mhm.
- 232 E: Also es macht einem schon Gedanken. Und eben, ich mache auch den
233 Raucherstopp, weil das hat mich jetzt also schon (...) schon ein bisschen vernünftiger
234 gemacht.
- 235 I: Mhm. Also in diesem Fall versuchen Sie auch so ein bisschen einzuhalten, was Ihnen
236 empfohlen wird oder?
- 237 E: Ja auf jeden Fall. Auf jeden Fall. Ich habe fünf Enkelkinder. Alles noch Babies. Also
238 der älteste ist vier. >lacht< Und dann nachher haben sie Zwillinge bekommen. Sind
239 es schon drei. Und meine Tochter hat jetzt das zweite bekommen. Ja und dann willst
240 du ja auch noch ein bisschen/ mit denen ein bisschen fit sein. Halb fit wenigstens,
241 oder?
- 242 I: Mhm. Okay. Ist das so ein bisschen die Hoffnung oder auch das, was Ihnen Kraft
243 gibt?
- 244 E: Ja.
- 245 I: Okay.

Anhang 1 – Interview A: Frau A

246 E: Ja. Und eben auch das Schaffen. Ich meine, klar ich habe einen Lebenspartner, aber
247 ich muss ja für mich alleine schauen. Oder? Eigentlich. Und ähm, das hat mir schon
248 auch ein bisschen Gedanken gemacht.

249 I: Mhm. Ja also für mich wäre das so gut.

250 E: Gäll, ich kann Ihnen nicht so viel helfen?

251 I: Doch, also ich habe es sehr gut gefunden.

Anhang 3 – Interview C: Herr C

- 1 I: Okay Herr C wenn Sie so zurück denken, wie hat sich ähm Ihre Erkrankung seit der
2 Diagnose entwickelt? Die haben Sie jetzt zwar noch nicht lange, aber vielleicht
3 können Sie in diesem Fall auch sagen, wie es Ihnen denn einfach so geht damit. Was
4 Sie merken im Alltag?
- 5 E: Ja einfach äh, seitdem ich eine Lungenentzündung gehabt habe vor 2,5 Jahren ist es
6 einfach äh nicht mehr gut gekommen.
- 7 I: Mhm.
- 8 E: Und es ist bis jetzt immer gleich geblieben. Einfach sehr sehr Probleme mit
9 Schnaufen vor allem bei Steigungen. Mhm.
- 10 I: Mhm.
- 11 E: Und wie es mir gegangen ist, ja, hmm wie soll ich sagen? Ich habe mich einfach
12 damit abgefunden, oder? Was will man machen? Ich hoffe natürlich, dass es immer
13 noch ein bisschen besser kommt. Ich habe auch aufgehört zu rauchen. Aber ähm,
14 das wird einfach so bleiben, so wie sie es mir gesagt haben. Ich muss einfach
15 schauen, dass es/ dass es nicht noch schlechter wird.
- 16 I: Mhm. Ähm und wie merken Sie es denn im Alltag nebst dem Schnaufen, welches
17 schwierig ist? Haben Sie besondere Herausforderungen?
- 18 E: Nein, es ist einfach alles mühsam. Das Anziehen schon zum Teil. Die Socken
19 anziehen zum Beispiel >lacht< oder Schuhe anziehen >seufzt<, ist schon
20 anstrengend. Und das Bergaufgehen.
- 21 I: Mhm.
- 22 E: (..) Und schwere Sachen heben. Ja das ist so das, was man am meisten natürlich
23 merkt. Wenn man ruhig ist und sitzt, merkt man eigentlich nichts davon.
- 24 I: Und wie gehen Sie dann damit um wenn diese Sachen schwierig sind? Haben Sie
25 eine Unterstützung?
- 26 E: >fällt ins Wort< Ja ich muss mich einfach/ es ist ähm gewöhnungsbedürftig. Man
27 muss einfach alles viel langsamer angehen.
- 28 I: Mhm.
- 29 E: Ja. Mhm.
- 30 I: Unterstützung an sich haben Sie auch?

Anhang 3 – Interview C: Herr C

- 31 E: Nein, ich weiss nicht, was man da gross unterstützen kann. Da muss man irgendwie
32 selber mit dem Problem fertig werden und ich werde es auch.
- 33 I: Mhm.
- 34 E: Ausserdem, wegen dem bekomme ich keine Depressionen wie früher. Früher hätte
35 ich wahrscheinlich Depressionen bekommen, aber jetzt >seufzt<. Ich sehe es einfach
36 mehr >klopft auf den Tisch< /mehr pragma/ also ja, ich sehe einfach der Tatsache
37 entgegen und ich wandle dies irgendwie ins Positive um. Trotzdem, dass/ dass es
38 natürlich schon ein bisschen eine Einschränkung ist, wie gesagt. >seufzt< Ja.
- 39 I: (...) Und wie ist es Ihnen gegangen, als die Diagnose an sich gerade so bekommen
40 haben?
- 41 E: Ja, wissen Sie, das sind/ das sind Worte. Aber ich meine, was ich/ wie es ist,
42 Tatsache, das habe ich ja vorher/ das habe ich jetzt 2,5 Jahre. Und da findet man
43 sich schon irgendwie damit ab, oder?
- 44 I: Mhm.
- 45 E: Man muss einfach (...). Es gibt keine andere Möglichkeit.
- 46 I: Ja. Sind Sie vorher einmal zum Doktor gegangen, wenn Sie sagen, Sie haben es
47 schon 2,5 Jahre?
- 48 E: Ja natürlich, bei der Lungenentzündung bin ich zum Arzt gegangen, als ich wieder
49 keine Luft bekommen habe. Panik gehabt, aber ich habe eben nicht gewusst, dass es
50 eine Lungenentzündung ist.
- 51 I: Mhm.
- 52 E: Habe das ziemlich lange mit mir rumgeschleppt. Bin einfach zu spät zum Arzt. Das
53 war ein Fehler ja, oder? Ja. Ich hätte es vorher schon behandeln können.
- 54 I: (...) Hat es dann jetzt auch vielleicht so auf diese zwei Jahre gesehen ähm kritische
55 Momente gegeben aus Ihrer Sicht?
- 56 E: In Bezug?
- 57 I: In Bezug auf allgemein. Etwas, bei dem Sie sagen: „Dort ist es jetzt ähm, nicht gut
58 gegangen oder das hat mich besonders getroffen.“

Anhang 3 – Interview C: Herr C

- 59 E: Ja, es/ mich kann nichts erschrecken. Ich weiss es einfach, dass ähm, dass ich/ dass
60 eben/ ich habe Mühe mit Sachen hoch heben, mit schwer heben auf lange Zeit zum
61 Beispiel.
- 62 I: Mhm.
- 63 E: Nein, ist nichts. Eine Überraschung gibt es eigentlich nicht mehr. Es ist nicht etwas
64 äh, ich weiss einfach wenn/ wo/ ich anfangen zu schnaufen, dann ist das einfach so,
65 oder? Kann man nichts machen.
- 66 I: Mhm (...) Okay. Ähm wenn Sie jetzt so ein bisschen an/ an die Sozialberatung
67 denken, wissen Sie noch, welche Erwartungen Sie gehabt haben vor dem Erstkontakt
68 jetzt, vor dem Erstgespräch?
- 69 E: Nein ich habe eigentlich eben, wie gesagt, nicht unbedingt gewusst, warum ich in die
70 Sozialberatung kommen soll. Weil ich eigentlich soweit organisiert bin. Ich habe alles
71 geregelt. Und ähm, jetzt war ich froh, dass Sie mir geholfen haben, da mit der IV, also
72 ausfüllen. Das war gut ja. Es hätte das sicher ein paar Posten gegeben, bei denen ich
73 ein bisschen hätte studieren müssen. Ja.
- 74 I: Aber wären dann Vorinformationen/ wär dann etwas anders gewesen wenn Sie
75 gewusst hätten, um was es hätte gehen können?
- 76 E: Wie meinen Sie?
- 77 I: Wäre es Ihnen ähm hilfreich gewesen oder finden Sie: „Nein es wäre überhaupt
78 nichts anders gewesen, wenn ich jetzt gewusst hätte, um was es hätte gehen können
79 in der Sozialberatung.“ Wenn Sie das gewusst hätten bevor Sie gekommen sind?
80 Wissen Sie wie ich meine?
- 81 E: Nein, ich komme nicht ganz draus.
- 82 I: Hätte Ihnen jetzt vorher zum Beispiel jemand gesagt, ähm, dass man die IV
83 anschauen könnte...
- 84 E: >fällt ins Wort< Nein das hat mir niemand gesagt, oder? Bis jetzt habe ich gemeint,
85 ich müsste das mit dem Hausarzt machen.
- 86 I: Ja.
- 87 E: Oder eben mit der Lungenliga. Es geht mir einfach darum, dass es ein bisschen
88 schnell gehen muss. Jetzt habe ich/ habe ich da sicher schon wieder ein paar
89 Wochen Vorsprung.

Anhang 3 – Interview C: Herr C

- 90 I: Mhm.
- 91 E: Ich habe heute auch den Arzt angesprochen auf das und der, ääh, es/ eben/ da (unv.)
92 ich müsste das hauptsächlich mit meinem Hausarzt dann besprechen oder? Weil so
93 (unv.) oder die technischen Sachen und über äh, schriftliche/ mhm.
- 94 I: Ja. (..) Und wie haben Sie die Beratung hier erlebt? So ganz allgemein?
- 95 E: Sehr gut.
- 96 I: Was ist sehr gut gewesen?
- 97 E: Ja die Beratung.
- 98 I: Einfach an sich?
- 99 E: Jaja allgemein.
- 100 I: Okay.
- 101 E: Mhm.
- 102 I: Haben Sie...
- 103 E: >fällt ins Wort< Ich kann nichts Spezielles sagen.
- 104 I: War etwas besonders hilfreich?
- 105 E: Nein ausser eben diese Formulare ausfüllen, da war ich sehr froh. Und alles andere/
106 viel haben wir ja sonst nicht zusammen gemacht.
- 107 I: Haben Sie sogar das Gefühl, dass etwas schädlich oder ineffektiv war?
- 108 E: Nein, nein überhaupt nicht. Nein was sagen Sie!
- 109 I: Okay.
- 110 E: Nein, nein sehr gut gewesen.
- 111 I: Haben Sie dann das Gefühl, Sie hätten noch sonstige Bedürfnisse, die jetzt offen
112 bleiben?
- 113 E: Nein, sonst würde ich es sagen.
- 114 I: Soweit nicht?
- 115 E: Mmh.

Anhang 3 – Interview C: Herr C

- 116 I: Okay. Ähm haben Sie noch irgendwas, was Sie anfügen möchten? Etwas, was Ihnen
117 wichtig ist oder...?
- 118 E: Da kommt mir jetzt momentan gerade nichts in den Kopf. Ich bin eigentlich wie
119 gesagt/ ich bin/ nein mmh. Ich bin soweit eigentlich bedient damit >lacht<.
- 120 I: Mhm.
- 121 E: Ich wüsste nicht, was ich noch könnte/ was man verbessern könnte.
- 122 I: Und wie geht es jetzt weiter?
- 123 E: Ja es soll wieder so weiter gehen, wie es gegangen ist zuhause. Ich bin einfach
124 zuhause und zwischendurch gehe ich ein zwei Tage in der Woche schaffen. Also
125 wenn es geht. Also geht eigentlich schon, oder? Je nach Arbeit. Wenn ich viel Arbeit
126 habe/ je nachdem wie viel Arbeit er hat, mein Chef. Und dann, ich will natürlich ein
127 bisschen mehr laufen gehen als vorher. Weil ich merke, dass es mir gut tut. Auch von
128 der/ von der ääh sich her. Es ist einfach gut. Ich bin immer ein bisschen zu wenig
129 gelaufen und habe mich ein bisschen zu wenig körperlich betätigt. Und da werde ich
130 schauen, dass ich das ein wenig forciere.
- 131 I: Okay.
- 132 E: Ja mhm.
- 133 I: Also ein bisschen auf sich schauen?
- 134 E: Ja mhm.
- 135 I: Ja das ist gut >lacht< Okay. Gut.
- 136 E: Hätten wir das schon?
- 137 I: Wir sind schon fertig. Sie sind ein Schneller.

Anhang 4 – Interview D: Herr D

- 1 I: Gut, ähm, wenn Sie so frei von der Leber weg erzählen, wie hat sich da Ihre
2 Erkrankung seit der Diagnose entwickelt?
- 3 E: (...) Sie hat sich eigentlich (...) nicht verschlimmert. Es ist immer etwa gleich
4 geblieben.
- 5 I: Mhm.
- 6 E: Ja. (..) Mit Unterbrüchen von (..)/ von äh Atemnot. (..) Sonst ist es immer etwa gleich
7 gewesen.
- 8 I: (..) Haben Sie das Gefühl, dass Sie jetzt im Alltag nicht mehr beeinflusst sind? Seit...
- 9 E: >fällt ins Wort< Doch.
- 10 I: >fällt ins Wort< Seit dem Anfang? Seit der Diagnose?
- 11 E: Doch, doch. >lacht<
- 12 I: Was hat sich dort verändert?
- 13 E: Ja es ist einfach es sind/ bei Anstrengungen ist es schwieriger geworden.
- 14 I: Mhm.
- 15 E: Muss ich mehr (4)/ grösseren Aufwand leisten (..) bei Anstrengungen.
- 16 I: Mhm.
- 17 E: Als vorher. Fünf vier Jahre.
- 18 I: Mhm.
- 19 E: Also mit diesem „es ist etwa gleich“ meine ich nicht, dass es unverändert ist. Aber es
20 ist nicht so, dass es/ man sagen kann es ist wesentlich verschlechtert. Das ist es
21 nicht. Das ist es also nicht. Aber (unv.) man weiss ja diese Kurve, nicht? Es geht
22 immer weiter runter. (..) Ja.
- 23 I: Mhm. (...) Wie zeigt sich das für Sie? (..) Wie merken Sie etwas davon?
- 24 E: Beim Schnaufen.
- 25 I: Ja.
- 26 E: Vor allem. Vor allem. Es sind Probleme mit der Atmung. Atmungsprobleme.
- 27 I: Und wie gehen Sie mit diesen Atmungsproblemen um?

Anhang 4 – Interview D: Herr D

- 28 E: Ja (12). Es kommt darauf an, nicht? Ob/ ob es schwerwiegende sind oder nicht so.
29 Ja. Wenn es nicht so schwerwiegende sind, dann reicht/ reicht äh eine kurze äh (4)
30 Ding Bremse, wissen Sie da die Bremse da?
- 31 I: Lippenbremse?
- 32 [Anmerkung der Autorin: Lippenbremse ist eine spezielle Atemtechnik, die zur
33 Entspannung der Atemmuskulatur beiträgt.]
- 34 E: Ja.
- 35 I: Mhm.
- 36 E: Wenn es aber schwerwiegender ist, dann brauche ich schon etwa fünf Minuten bis ich
37 wieder normal schnaufen kann.
- 38 I: Mhm.
- 39 E: (...) Und dann ist natürlich auch (..)/ Ängste, die auftreten. Plötzlich hast du Angst,
40 weisst du. Unglaubliche Angst. Und das kann man nicht steuern. Das kommt einfach.
- 41 I: (..) In welchen Momenten kommen diese Ängste?
- 42 E: Eben bei Schauf/ äh Atmungsproblemen.
- 43 I: Ja. Und wie gehen Sie mit diesen um?
- 44 E: Man hat das Gefühl man erstickt. Obwohl man weiss, dass man nicht erstickt. Man
45 weiss es ja. Es ist ja schon unzählige Male passiert. Von dem her weiss man es.
46 Trotzdem löst es >hustet< /löst es äh eben Ängste aus. (..) Und die kann man sehr
47 schwer kontrollieren.
- 48 I: (...) Haben Sie dort eine Strategie, wie Sie damit umgehen?
- 49 E: Ja einfach sofort alle Aktivitäten einstellen. Sofort.
- 50 I: Ja.
- 51 E: Wenn möglich absitzen. Da dieser Kutschersitz, dieser äh ist für mich sehr gut.
52 Kennen Sie den?
- 53 I: Nein
- 54 E: >demonstriert den Sitz< Man sitzt so da. Die Arme/ die Hände auf den Knien
55 aufgestützt. Also so hm.

- 56 I: Mhm.
- 57 E: >hustet< Der ist bei mir (..) äh gut. Es ist nicht bei allen gleich, nicht? Bei mir ist es
58 jetzt dieser.
- 59 I: Mhm.
- 60 E: Gut. Oder dann mach ich das, wenn ich/ falls ich sitzen kann! Wenn ich auf der
61 Strasse bin, kann ich natürlich nicht sitzen. Dann muss ich mich gegen eine Wand
62 lehnen. So. >demonstriert die Haltung<
- 63 I: Mhm.
- 64 E: Und oder äh ruhig schnaufen. Das muss man sich immer wieder sagen. Oder ja:
65 „Ruhig, ruhig, ruhig, ruhig, ruhig.“ Und dann geht es wieder zurück und es verbessert
66 sich. Aber es ist nicht so, dass es jeden Tag ist. Das ist/ das ist vielleicht einmal in der
67 Woche.
- 68 I: Mhm.
- 69 E: Nicht mehr.
- 70 I: Dann haben Sie Atemnot oder eine Panikattacke?
- 71 E: Ja Atem/Atemnot ist eben ein schwieriger Begriff. Was heisst Atemnot?
- 72 I: Mhm.
- 73 E: Was heisst das?
- 74 I: Was ist es für Sie?
- 75 E: Ja Atemnot für mich ist, wenn es wirklich (..) äh problematisch wird. Wenn es wirklich
76 um (..) das Leben geht. Dann ist es Atemnot für mich. Also dann hast du das Gefühl,
77 jetzt stirbst du einfach. Jetzt ist Ende, oder? Aber das ist selten. So zweimal im Monat
78 so. Höchstens. Aber es ist furchtbar. Es ist die schlimmste Krankheit, die es gibt. Es
79 gibt keine Krankheit, die vergleichbar ist. Ja. Und dann diese unzähligen Male, wenn
80 ich mich zum Beispiel am Morgen beeile. Dann gibt es auch Atemnot. Aber das ist
81 nicht die gleiche. Das ist dann einfach/dann komm ich ins >demonstriert die Atmung<
82 Schnaufen, nicht? Dann muss ich auch stoppen, nicht? Und das Einatmen und so.
83 Dann geht es auch wieder.
- 84 I: Mhm.

- 85 E: Ja.
- 86 I: Wenn Sie so jetzt an diese Zeit zurückdenken, wo Sie/ seitdem Sie diese Krankheit
87 haben, welches sind dann die Momente, die Sie als kritisch bezeichnen würden?
- 88 E: (5) Ja, (..) gestern Nacht ist so einer gewesen. Ich bin zusammen gebrochen. Im Bad.
89 Und dann schreit der noch blöde >ahmt den Zimmerbachbarn nach<: “Üüüüh ich darf
90 doch das Fenster aufmachen.“ (...) Es gibt schon komische Leute, oder?
- 91 I: Wie sind Sie in diesem Moment damit umgegangen? (..) Als das passiert ist?
- 92 E: Ich habe geläutet. Dann ist der Pfleger gekommen. Er hat es sofort realisiert. Hat den
93 Ding raufgestellt/ den Sauerstoff auf drei vier. Ganz hoch und ist die Ärztin holen
94 gegangen.
- 95 I: Mhm.
- 96 E: Er hat blitzartig reagiert. (..) Ja (...). Das ist natürlich blöd, weil/ weil es mir sehr gut
97 gegangen ist, wo ich gekommen bin.
- 98 I: Mhm.
- 99 E: Wo ich aus dem Unispital ausgetreten bin, ist/ haben sie ja alle/ alle Abklärungen
100 gemacht, nicht? Alles. Es fehlt mir nichts. Es geht mir gut, abgesehen von der COPD.
101 Das ist äh einfach/ blöde Umstände, dass einfach das Fenster offen gewesen ist,
102 nicht? Wenn das nicht gewesen wäre, dann wäre das nicht passiert. Das ist/ich
103 glaube einfach für jemand, der keine COPD hat/ dieser plötzliche Wintereinbruch.
104 Wenn Sie das Fenster nachts öffnen und Sie es sich nicht gewöhnt sind, dann hat
105 das auch einen Einfluss auf Sie. Nehme ich an, oder?
- 106 I: Mhm.
- 107 E: Eben, ja.
- 108 I: Wahrscheinlich schon >lacht<.
- 109 E: >lacht<
- 110 I: Und wenn Sie zurück denken, rückblickend, hat es da noch andere/ andere kritische
111 Momente gegeben abgesehen von der Atemnot, die Sie immer wieder haben? Aber
112 es sind/ich denke da an kritische Momente wie beispielweise/ jetzt ist Ihnen etwas
113 nicht mehr möglich gewesen. Etwas, dass Sie früher noch gekonnt haben. (...)
114 Wissen Sie wie ich meine?

Anhang 4 – Interview D: Herr D

115 E: (...) Ja eben alles, was mit Anstrengung zu tun hat, hat abgenommen, nicht? Ich kann
116 nicht mehr so viel Leistung bringen (...) wie vorher. Sei es jetzt beim Schaffen, sei es
117 bei irgendwas.

118 I: Wie gehen Sie damit um?

119 E: Ja, (4) es ist so. Ich akzeptiere es.

120 I: Mhm. (...) Jetzt sind Sie ja auch schon ein paarmal hier in der Klinik gewesen und
121 auch paarmal in der Sozialberatung. Haben Sie das Gefühl, die Sozialberatung hat in
122 Hinblick jetzt auf diese Momente oder ähm, ja, vor allem jetzt in Hinblick auf kritische
123 Momente irgendetwas beitragen können?

124 E: Ich glaube nicht.

125 I: Mhm.

126 E: Ich glaube das ist nicht die Aufgabe der Sozialberatung.

127 I: Was würden Sie als Aufgabe der Sozialberatung sehen?

128 E: Eben sozial. Alles, was mit sozial zusammenhängt.

129 I: Mhm.

130 E: Das ist/ das, was Sie meinen ist/ wäre ja dann Krankheit.

131 I: Mhm.

132 E: Das ist nicht Sozialberatung. Gut, es spielt rein. Es hat gewisse Einflüsse auf/ auf die
133 soziale Situation. Das ist klar. Aber das ist nicht die Aufgabe von/ Ihre Aufgabe ist das
134 auf keinen Fall.

135 I: Mhm. Was haben Sie dann/wissen Sie noch, als sie den allerersten Kontakt/ vor
136 diesem Erstkontakt mit der Sozialberatung gehabt haben, welche Erwartungen Sie
137 dort gehabt haben?

138 E: (...) Mir ist es mehr darum gegangen, diese Situation mit dem Haus, Sie erinnern
139 sich?

140 I: Mhm.

141 E: Zu klären. Das/ ich habe gedacht, vielleicht haben Sie eine andere Idee, eine neue
142 Idee, die ich noch nicht gehabt habe.

Anhang 4 – Interview D: Herr D

- 143 I: Meinen Sie den Hausverkauf? Ist es darum gegangen, oder?
- 144 E: Ja, um das Haus zu verkaufen. Und dann hätte ich ja Ergänzungsleistung. Nein, ich
145 hätte sie eben nicht >lacht<. Ich hätte sie ja nicht.
- 146 I: Genau >lacht<.
- 147 E: Nein, ich hätte dann (...). Was hätte ich eigentlich für Vorteile? Dass ich einfach über
148 einen grösseren Betrag verfügen könnte. Das ja.
- 149 I: (5) Und ähm wie haben Sie dann die Beratung erlebt? Jetzt auch über die ganze
150 Zeitspanne?
- 151 E: Ja positiv. Sehr gut (...). Ja, doch.
- 152 I: Inwiefern (...) sind Ihre Erwartungen...?
- 153 E: >fällt ins Wort< Dass Sie sich ähm insofern eingesetzt haben, dass Sie immer
154 nachgefragt haben. „Wie ist denn das, wie ist das, wie ist dieses und jenes?“
- 155 I: Mhm.
- 156 E: Das habe ich gut gefunden. (4) Hat man keine/ haben Sie keinen Stellenbeschrieb?
- 157 I: Doch. Also wir haben einen Leistungsauftrag in diesem Sinn.
- 158 E: Ja.
- 159 I: Wir haben einen Leistungsauftrag mit Themen, die wir abdecken sollen.
- 160 E: Mhm.
- 161 I: Das haben wir.
- 162 E: Ja.
- 163 I: Oder wieso meinen Sie genau?
- 164 E: Ja, das ist eine Frage, die ich stelle. Es würde mich interessieren, ob Sie einen
165 Stellenbeschrieb haben, der sagt das und das und das ist Ihr/ Ihr
166 Zuständigkeitsbereich.
- 167 I: Mhm wissen Sie, wir haben ja auch in den Rapporten, die wir haben/ gibt es ähm so
168 Felder, die der Arzt ankreuzen kann. Zum Beispiel Unterstützung im Alltag oder
169 Spitex oder wie auch immer. Die er ankreuzen kann, was er das Gefühl hat, wieso
170 Sie angemeldet werden sollen. So haben wir auch einen gewissen Leistungsauftrag.

Anhang 4 – Interview D: Herr D

- 171 E: Ah ja.
- 172 I: Genau. Aber...
- 173 E: Wer ist dann Ihr Chef?
- 174 I: Mein Chef ist ähm...
- 175 E: Ein Arzt?
- 176 I: Nein, das ist also, zuerst einmal der Chef der Sozialberatung natürlich >lacht<. Aber
177 wir sind der Psychosomatik ähm angegliedert.
- 178 E: Ah ja, ja, ja, ja.
- 179 I: Mhm. Und ähm, ja wieso jetzt das genau so ist, das wurde intern einmal bestimmt.
180 Klar ähm, bin ich dem Arzt der Station unterstellt ein Stückweit. Und grundsätzlich der
181 Psychosomatik eher.
- 182 E: Ja.
- 183 I: Genau (...). Um nochmals zurück zu kommen, ähm, im Alltag ganz konkret, was
184 haben Sie für Herausforderungen?
- 185 E: (..) Ja da die Üblichen. Einkaufen, kochen, äh Kleider, Waschen und solche Sachen.
- 186 I: Mhm. Und wie geht es Ihnen emotional mit der Erkrankung?
- 187 E: Mir?
- 188 I: Mhm.
- 189 E: Was heisst das >lacht<?
- 190 I: Inwiefern/ inwiefern betrifft sie Sie emotional oder auch psychisch?
- 191 E: Also ich mache keine Depression.
- 192 I: Mhm.
- 193 E: Überhaupt nicht.
- 194 I: Aber es gibt Leute, oder, die nehmen es so/ die sagen: „Ja jetzt habe ich es und ich
195 mache einfach weiter.“ Dann gibt es Leute, die sagen: „Ja, also eigentlich, bin ich
196 schon noch traurig.“ Oder, man kann ja ganz unterschiedlich damit umgehen. Wie
197 gehen Sie damit um?

Anhang 4 – Interview D: Herr D

- 198 E: Mhm, so ja gut. (unv.) eine gewisse Enttäuschung.
- 199 I: Mhm.
- 200 E: Dass man das hat, oder? Und, dass man es nicht heilen kann. Das schon. (4) Aber
201 so richtige Depressionen überhaupt nicht.
- 202 I: Mhm. (6.) Gibt es ähm, jetzt so gesehen Fähigkeiten, bei denen sie selber sagen
203 würden: „Das hilft mir im Umgang damit.“? „Ich habe diese und diese Ressource und
204 ich finde, das hilft mir jetzt mit der COPD umzugehen.“
- 205 E: (..) Zum Beispiel?
- 206 I: Hmm zum Beispiel, dass Sie sich immer wieder aufraffen. Dass Sie ein Mensch sind,
207 der sich immer wieder motivieren kann oder...
- 208 E: >fällt ins Wort< Das ist der Fall. Das ist schon der Fall ja. Wissen Sie, ich bin ja noch
209 aktiv. Ich schreibe ähm, zurzeit äh eine Autobiografie.
- 210 I: Okay.
- 211 E: Und die wird ziemlich umfangreich.
- 212 I: Über was schreiben Sie?
- 213 E: Über mein Leben. Mein Leben, nicht? Das das ist sehr sehr bewegend gewesen,
214 nicht? Es ist sehr viel passiert. (..) Also das mache ich zum Beispiel. Dann habe ich
215 noch gewisse Aktivitäten im Bereich Kunst. Ich habe eine ziemlich grosse
216 Bildersammlung, die ich verkaufen möchte. Da stehe ich in Kontakt mit Leuten und
217 kenne viele Kunstmaler von früher. Ich habe ja früher, ganz am Anfang, habe ich
218 gemalt.
- 219 I: Okay.
- 220 E: Ja (4). Und habe mich dann leider beeinflussen lassen von einem Freund, der
221 wahnsinnig viel Geld verdient hat mit Werbung. Grafiker. Und ich habe eben nichts
222 verdient >lacht<. Einfach Bilder gemalt. Aufgestapelt. Und das hat mich dann
223 beeinflusst, nicht? Und dann hab ich gedacht: „Ja nein.“ Und dann habe ich auch
224 angefangen und habe sehr viel Geld verdient am Anfang. Es ist eine Zeit gewesen,
225 wo man/ wo die Grafiker äh die Werbegrafik in den Anfängen gewesen ist. Und die
226 wurden wahnsinnig gesucht und gut bezahlt. Vor allem in Paris. Ich bin nach Paris
227 gegangen. Da hat es gereicht wenn einer am Telefon sagt: “Je suis dessinateur
228 suisse.“ Da ist man gleich angestellt gewesen.

229 I: >lacht<

230 E: Gerade einen riesigen Auftrag bekommen. Da ist irrsinnig gewesen. Ja eben. Dann
231 habe ich eben eine Bildersammlung, die ich schon lange verkaufen sollte. Ich habe
232 einen grossen Fehler gemacht. An der Art Basel, das ist diese Messe. Kunstmesse.
233 Habe ich gedacht/ das heisst die Messe hat eine Ding rausgegeben und hat gesagt:
234 „Die Kunstmaler dürfen nicht mit Bilder innerhalb der Messe an die Stände und ihre
235 Bilder offerieren.“ Das ist verboten.

236 I: Mhm.

237 E: Das hat die Messeleitung gemacht. Dann habe ich überlegt, wie ich das umgehen
238 kann. Dann habe ich eine Idee gehabt. Ich habe im/ kennen Sie den Messeturm?

239 I: Jaja, klar.

240 E: Dort habe ich ein Appartement gemietet. Ich habe gesagt, sie sollen es leer machen.
241 (unv.) einen grossen Tisch reinstellen. Und habe eine Mappe mit etwa hundert Bilder
242 auf diesen Tisch gelegt und ein kleines Postkärtchen. Ganz klein. Ich bin von Stand
243 zu Stand.

244 I: >lacht<

245 E: (unv.) Bilder verkaufen gegangen, oder?

246 I: Mhm.

247 E: Und äh dann sind zwei Russen gekommen. Die wollten das gleich kaufen. Gleich auf
248 den Tisch so, gleich zahlen. Bar. Und dann habe ich den Fehler gemacht. Ich bin
249 nicht auf/ ich bin einfach nicht so schnell gewesen. Die sind wahnsinnig schnell
250 gewesen. Und ich habe gesagt: „Ja ich will jetzt noch schauen, wer noch kommt und
251 so“, nicht?

252 I: Ja.

253 E: Und dann haben sie gesagt: „Üüühhhh und ääääh und das geht nicht und so und
254 sofort jaaa mmhh.“ Und dann sind sie abgezischt. Das habe ich verpasst. Das ist ein
255 Fehler gewesen. Ja.

256 I: Haben Sie sie dann noch verkauft?

257 E: Eben nicht. Das ist es ja.

258 I: Dann gar nicht mehr? Oh jeh >lacht<.

259 E: Nein, ich habe sie immer noch. Aber das macht nichts. Die sind ja gestiegen im Preis.
260 Jaja. (...) Also das ist eine der Tätigkeiten nebst der Biografie. Die muss ich zum
261 Abschluss bringen. (...) Da spielt die COPD auch eine Rolle, in dieser Biografie, nicht?

262 I: Würden Sie sagen, jetzt diese Biografie, wenn das so eine Verarbeitung ist ein
263 stückweit auch, würden Sie sagen, dass das eine gelungene Verarbeitung ist?
264 Würden Sie diese als weniger gelungen/ wie würden Sie das einschätzen so für Ihre
265 Krankheitsverarbeitung?

266 E: Ja gelungen, äh gelungen (unv.). Ich glaube am besten könnte man das äh
267 formulieren, wenn man die Anfänge anschaut. Wo es angefangen hat. Meine Tochter
268 hat in einem Ding gewohnt äh in einem Penthouse. Auf dem Dach. Und dann musste
269 ich drei Stockwerke rauf laufen. Es ist nicht anders gegangen. Es ist immer gut
270 gegangen. Bis einmal/ es ist einfach in der Mitte, habe ich gedacht: „Was ist denn
271 das? Ich kann nicht mehr schnaufen.“ So hat es angefangen. Dann bin ich zum Arzt
272 gegangen. Dann sagt er: „COPD!“ und ich: „Was COPD?“ >lacht< Er hat das einfach
273 so behauptet.

274 I: Mhm.

275 E: Der hat mir dann ein Ding gegeben äh so, Ventolin. Und dann habe ich mir überlegt,
276 wie es l a n g s a m schlimmer geworden ist, ob das nicht mit den Medikamenten zu
277 tun hat. Dass ich irgendwie abhängig werde von den Medikamenten. Auf jeden Fall
278 habe ich festgestellt, dass/ dass seitdem ich Sauerstoff nehme, bin ich
279 sauerstoffabhängig, was ich vorher nicht gewesen bin.

280 [Anmerkung der Autorin: Ventolin ist ein Medikament, welches bei Behandlung von
281 Atemnot eingesetzt wird.]

282 I: Mhm.

283 E: Das ist ein Problem, oder? (...) Ich habe ja vorher leben können ohne Sauerstoff. Jetzt
284 kann ich es nicht mehr.

285 I: Mhm.

286 E: Das ist doch komisch, oder? (...) Man gewöhnt sich daran eindeutig. (...) Jänu, dann
287 ist es immer ein bisschen, bisschen schlimmer geworden und dann ist es aus einem,
288 sind es zwei, drei, vier und am Schluss sind es zehn Sachen gewesen. Medikamente.
289 Und dann bin ich von einem Arzt zum andern gegangen, nicht? Zuerst zu einem

Anhang 4 – Interview D: Herr D

- 290 allgemeinen, dann zu einem Spezialisten und jetzt bin ich beim grössten Spezialisten
291 für Lungenerkrankungen in der Schweiz >lacht<.
- 292 I: Bei wem sind Sie?
- 293 E: G. Kennen Sie ihn?
- 294 I: Ja, sagt mir etwas.
- 295 E: Der ist in allen Spitälern tätig bei komplizierten Operationen. Der ist also gut.
- 296 I: Mhm.
- 297 E: Ja.
- 298 I: (...) Wenn wir nochmals so ein bisschen auf die Sozialberatung zu sprechen
299 kommen...
- 300 E: Ja.
- 301 I: Ähm (..) wie würden Sie es einschätzen die Sozialberatung in Bezug auf/ auf
302 Herausforderungen, die Sie im Alltag haben? (4)
- 303 E: In meinem Fall?
- 304 I: Mhm. Auf Ihre speziellen Herausforderungen?
- 305 E: (...) Das ist eine >zeigt auf Wohnungsinserte<.
- 306 I: Mit der Wohnungssuche?
- 307 E: Zum Beispiel. (..) Ja.
- 308 I: Inwiefern würden Sie das beispielsweise als unterstützend oder als überhaupt nicht
309 hilfreich einschätzen?
- 310 E: Ja, es ist hilfreich. Das, was Sie jetzt gemacht haben, müsste ich ja machen, nicht?
- 311 I: Ja.
- 312 E: Das ist schon eine Hilfe, die Sie anbieten. Das ist eindeutig. (5) Und dann alle diese/
313 diese Sachen, die mit dem Sozialen zusammenhängen, das ist/ bei mir spielt jetzt das
314 nicht so eine Rolle, nicht? Aber ich kann mir vorstellen, bei Familien mit Kindern und
315 so, dass es Probleme geben könnte, bei denen sie auf Sie angewiesen sind, nicht?
316 Auf Ihre Hilfe. Das ist bei mir jetzt nicht der Fall, oder? Ich kann mir vorstellen, dass
317 es so ist, oder?

Anhang 4 – Interview D: Herr D

- 318 I: Wieso ist es bei Ihnen nicht der Fall? Könnten Sie das noch ein bisschen...
- 319 E: >fällt ins Wort< Ja also, Sie kennen ja meine Situation, nicht? Das einzige, das
320 problematisch ist, ist meine Frau mit ihrem Rauchen. Das ist das Problem. Aber da
321 können Sie auch nichts machen. Das ist nicht etwas, das sozialbedingt ist.
- 322 I: Mhm. Und dort haben Sie auch noch Unterstützung, oder? Haben Sie noch Spitex,
323 wenn ich mich nicht täusche? Mahlzeitendienst für die Frau jetzt?
- 324 E: Ja.
- 325 I: Die noch unterstützend sind.
- 326 E: Jaja das schon. Klar.
- 327 I: (4) Gibt es Bedürfnisse, die offen bleiben?
- 328 E: (13) Ich bin natürlich nicht wunschlos glücklich. >lacht<
- 329 I: Was würden Sie sich noch wünschen?
- 330 E: Ja ich meine die ganze äh sexuellen Sachen. Aber das gehört ja nicht hier hin. Das
331 ist ja verboten darüber zu sprechen. (..) Im Unispital haben sie ein Ding
332 rausgegebenen. Es sei sogar verboten darüber zu reden!
- 333 I: Mhm.
- 334 E: Wie finden Sie das? Ist lächerlich! (...) Und auch das spielt bei mir nicht mehr so eine
335 Rolle. Ich bin ja nicht mehr zwanzig, oder?
- 336 I: Mhm.
- 337 E: Aber was mich interessiert ist, wie haben Sie/ wie wollen Sie das aufbauen?
- 338 I: Was meinen Sie?
- 339 E: Ihre Arbeit.
- 340 I: Meine Arbeit. Also...
- 341 [Anmerkung der Autorin: In den restlichen zwei Minuten diskutieren Herr D und die
342 Autorin über die vorliegende Bachelorthesis, weshalb dies nicht relevant für die
343 Fragestellung ist und nicht transkribiert wird.]

Anhang 7- Auswertung deduktiver Kategorien

Inwiefern wurde die Sozialberatung aus Betroffenen Sicht unterstützend erlebt in Bezug auf thematisierte Herausforderungen und Problemstellungen?

Die Klinische Sozialarbeit ist Teil der Sozialen Arbeit und hat zur Aufgabe, die psycho-soziale Funktionsfähigkeit zu fördern, verbessern und zu erhalten. Ihre Expertise liegt in der psycho-sozialen Beratung, in der Behandlung und Prävention bei Belastungen, Krisen und Erkrankungen. Wichtige Kompetenzen, um professionell handeln zu können, bestehen in den Dimensionen Wissen, Können und Haltung. Es ist eine Vielfalt an Methodenkompetenz erforderlich. Um Zugang zu den Lebenswelten der Klientel zu erhalten und diese zu einem selbstbestimmten Mithandeln zu motivieren, ist der Aufbau einer Arbeitsbeziehung von zentraler Bedeutung (vgl. Kapitel 2.4).

Die Sozialberatung der KBA ist ein Angebot in der Behandlungskette des rehabilitativen Aufenthalts und richtet sich an alle Patienten und Patientinnen der Klinik. Eine Beratung ist indiziert bei Themen wie beispielsweise Sucht, fehlender Anschlusslösungen in Bezug auf die Wohnsituation, Bedarf an unterstützenden Massnahmen zuhause, sozialer Isolation, familiären Fragen oder fehlender Tagesstruktur (vgl. Kapitel 2.4.2). Der Dienstleistungskatalog der Sozialberatung deckt demnach auch Themen ab, welche nicht ausschliesslich krankheitsbedingt sind. Deshalb soll in dieser Auswertung die subjektive Wahrnehmung zum Unterstützungsgehalt aller thematisierten Herausforderungen und Problemstellungen analysiert werden.

Analyseeinheit: Alle Textabschnitte, die auf den Unterstützungsgehalt der Sozialberatung schliessen lassen in Bezug auf thematisierte Herausforderungen und Problemstellungen.

Kontexteinheit: Der einzelne Fall.

Anhang 7 - Auswertung deduktiver Kategorien

Oberkategorie 3: Unterstützungsgehalt der Sozialberatung

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
K1: Hoher Unterstützungsgehalt	Zum Dienstleistungskatalog der Sozialberatung wurde kompetent beraten, indem die Dimensionen von Wissen, Können und Haltung abgedeckt sind. Ein hoher Unterstützungsgehalt resultiert u.a. aus einer hohen Methodenkompetenz, der Fähigkeit zum Aufbau einer Arbeitsbeziehung, dem Verfügen und Vermitteln von Wissen, der Fähigkeit zur Abklärung und zur Kooperation etc. (vgl. Kapitel 2.5).	„Es wurde mir einiges bewusst, weil sie mich aufgeklärt hat über die IV. Da war ich schon froh.“	Es muss hervorgehen, dass der Unterstützungsgehalt aus subjektiver Wahrnehmung der Betroffenen hoch ist. Zu den thematisierten Herausforderungen und Problemstellungen wurde eine kompetente Beratung erlebt, indem mindestens eine Kompetenz abgedeckt wurde.
K2: Mittlerer Unterstützungsgehalt	Die Sozialberatung wurde aus subjektiver Wahrnehmung der Betroffenen nur teilweise als unterstützend erlebt.	„Die Beratung zur Eheproblematik wäre hilfreich, wenn man es umsetzen würde.“	Wenn eine Kompetenz zwar abgedeckt wurde, jedoch auch Schwankungen erkennbar sind.
K3: Kein Unterstützungsgehalt	Der Unterstützungsgehalt der Sozialberatung ist aus subjektiver Wahrnehmung der Betroffenen niedrig.	Kein Ankerbeispiel vorhanden	Keine Kompetenzen abgedeckt. Auch keine Schwankungen erkennbar.
K4: Unterstützungsgehalt nicht eruierbar	Über die Unterstützung wird zwar berichtet, doch kann diese nicht kategorisiert werden.	„Sie hat mich zum Haushalt befragt, aber ich habe gesagt, dass ich Hilfe von meinem Lebenspartner habe.“	

Anhang 7 - Auswertung deduktiver Kategorien

K1	Kategorie (Generalisierung)	Paraphrase	Fundort	Reduktion
K1: Hoher Unterstützungsgehalt	Sozialrechtliches Fachwissen vermittelt	Es wurde mir einiges bewusst, weil sie mich aufgeklärt hat über die IV. Da war ich schon froh.	Interview A. S: 5 Z: 122, 124- 127	Hoher Unterstützungsgehalt durch: <ul style="list-style-type: none"> • Vermitteln von sozialrechtlichem Fachwissen • Anwendung von sozialrechtlichem Fachwissen • Vernetzung mit externen Institutionen bzw. Ausbau von professionellem Behandlungsnetz • Aufbau einer Arbeitsbeziehung • Ressourcenorientierte Beratung
	Sozialrechtliches Fachwissen vermittelt	Man sollte sich bei der IV anmelden, weil es kompliziert ist bei meiner Arbeit. So hat sie es mir erklärt. Die Beratung war gut.	Interview A. S: 6 Z: 141-145, 147, 149- 151	
	Sozialrechtliches Fachwissen vermittelt	Sie hat mir erklärt und aufgezeichnet, wie es geht mit der Arbeit. Das war tip top.	Interview A. S: 7 Z: 182-186	
	Sozialrechtliches Fachwissen vermittelt	Sie hat mich sogar darauf gelüpft mit der IV. Da denke ich alleine nicht dran.	Interview A. S: 8 Z: 198-199, 201-204	
	Sozialrechtliches Fachwissen vermittelt und angewendet, Vernetzung mit externer Institution	Ich war froh, dass Sie mir mit den IV- Formularen geholfen haben. Das war gut. Ich hätte sicher alleine ein bisschen studieren müssen.	Interview C. S: 3 Z: 71-73, 105-106	
	Sozialrechtliches Wissen vermittelt, professionelles Behandlungsnetz ausgebaut	Sie hat mir gesagt, dass ich mich bei der IV anmelden soll und mir einen Prospekt gegeben von der Lungenliga. Dort werde ich mich melden.	Interview A. S: 6 Z: 135-137	
	Sozialrechtliches Fachwissen angewendet, Vernetzung mit externer Institution	Es sollte schnell gehen mit der IV. Jetzt habe ich Vorsprung.	Interview C. S: 3 Z: 87-89	

Anhang 7- Auswertung deduktiver Kategorien

	Arbeitsbeziehung, Sozialrechtliches Fachwissen vermittelt	Ich war froh, dass sie so mit mir geredet hat und mich aufgeklärt hat.	Interview A. S: 7. Z: 177-178
	Arbeitsbeziehung, Ressourcenorientierte Beratung	Die Beratung war positiv, weil Sie sich durch Nachfragen eingesetzt haben. Das habe ich gut gefunden.	Interview D. S: 6 Z: 151, 153- 154
	Ressourcenorientierte Beratung	Die Wohnungsinserate waren hilfreich, weil sonst ich das machen müsste.	Interview D. S: 11 Z: 305, 310-311

	Generalisierung (Kategorie)	Paraphrase	Fundort	Reduktion
K2: Mittlerer Unterstützungsgehalt	Kompetente Beratung, Umsetzung schwierig	Die Beratung zur Eheproblematik wäre hilfreich, wenn man es umsetzen würde.	Interview B. S: 5-6 Z: 132- 136, 149	Mittlerer Unterstützungsgehalt durch: <ul style="list-style-type: none"> • Kompetente Beratung, jedoch schwieriger Umsetzung • Anstoss zu eigenen Überlegungen, jedoch schwieriger Umsetzung
	Kompetente Beratung, Anstoss zu eigenen Überlegungen, Umsetzung schwierig	Die Beratung ist gut, weil man danach überlegen muss. Trotzdem weiss man nicht, was man soll. Das Abwägen danach wie weiter ist schwierig.	Interview B. S: 7 Z: 169- 171, 173- 174	

Anhang 7- Auswertung deduktiver Kategorien

K3	Generalisierung (Kategorie)	Paraphrase	Fundort	Reduktion
Kein Unterstützungsgehalt	Problematik durch rauchende Ehefrau nicht lösbar durch Sozialberatung	Dass meine Frau raucht ist problematisch. Aber da können Sie auch nichts machen. Das ist nicht sozialbedingt.	Interview D. S: 12 Z: 319- 321	<ul style="list-style-type: none"> • Problematik von rauchender Ehefrau nicht lösbar • Aufgabe der Sozialberatung ist nicht Beratung von medizinischen Belangen
	Beratung in Bezug auf krankheitsbedingte (medizinische) Belange nicht hilfreich, da nicht Aufgabe der Sozialberatung	In Bezug auf kritische Momente war die Beratung nicht hilfreich, weil diese krankheitsbedingt sind. Das ist nicht Aufgabe der Sozialberatung.	Interview D. S: 5 Z: 120-134	

K4	Generalisierung (Kategorie)	Paraphrase	Fundort	Reduktion
Unterstützungsgehalt nicht eruierbar	Termin zu früh während Aufenthalt	Der erste Termin in der Sozialberatung war zu früh. Da konnte ich noch nichts sagen.	Interview A. S: 5 Z: 117-120	<ul style="list-style-type: none"> • Termin zu früh während Aufenthalt • Aufbau der Arbeitsbeziehung • Anstoss zu eigenen Überlegungen • Abklärung zur Lebenslage
	Arbeitsbeziehung	Ja, sie war eine ganz Liebe!	Interview A. S: 5. Z: 131-132	
	Anstoss zu eigenen Überlegungen	Nach der Beratung war ich bedrückt und habe gedacht, dass ich noch keine IV will.	I Interview A. S: 7. Z: 178- 180	
	Abklärung zur Lebenslage	Sie hat mich zum Haushalt befragt, aber ich habe gesagt, dass ich Hilfe von meinem Lebenspartner habe.	Interview A. S: 7-8. Z: 187- 191	