Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Berufspädagogik für Gesundheitsfachberufe

LEBEN MIT RHEUMA

-

Bewältigungsstrategien und Maßnahmen zur Vermeidung sozialer Isolation

Bachelorarbeit

zur
Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts, Vocational Education Studies in Nursing and Healthcare

Vorgelegt von: Theresa Marciniak
URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2022-0241-3

Erstbetreuerin: Prof. Dr. Jagla-Franke
Zweitbetreuerin: Prof. Dr. Hanna Janetzke

Tag der Einreichung: 29. November 2022

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der erlaubten Hilfsmittel angefertigt wurde. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Jarmen, 29.11.2022
Ort, Datum

Inhaltsverzeichnis

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG 1

ABBILDUNGSVERZEICHNIS 4

TABELLENVERZEICHNIS 4

1. PROBLEMSTELLUNG 5

2. THEORETISCHE GRUNDLAGEN 6

2.1 RHEUMA 6

2.1.1 EINTEILUNG UND URSACHEN RHEUMATISCHER ERKRANKUNGEN 7

2.1.2 KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG – AKZEPTANZ ODER RESIGNATION? 10

2.2 SOZIALE ISOLATION 11

2.2.1 ENTSTEHUNG UND HINTERGRUND SOZIALER ISOLATION 12

2.2.2 FAMILIEN- UND BEZIEHUNGSLEBEN 13

2.3 SOZIALE EINBINDUNG UNTERSTÜTZEN 14

2.3.1 BEDEUTUNG DER SOZIALEN TEILHABE BETROFFENER 14

2.3.2 GESETZLICHE ANSPRÜCHE AUF CHANCENGLEICHHEIT UND TEILHABE 15

3. METHODIK 19

3.1 LITERATURRECHERCHE 19

3.2 QUALITATIVE FORSCHUNG 19

4. ERGEBNISSE 22

4.1 KATEGORIE 1 – BEWÄLTIGUNG DES KRANKHEITSGESCHEHENS 22

4.2 KATEGORIE 2 – FÖRDERUNG VERBLIEBENDER GESUNDHEIT 24

4.3 KATEGORIE 3 – STÄRKUNG SOZIALER EINBINDUNG 26

4.4 KATEGORIE 4 - AUFKLÄRUNGSARBEIT 27

4.5 KATEGORIE 5 – MULTIMODALITÄT 28

4.6 KATEGORIE 6 – HANDLUNGSBEDARFE 29

5. DISKUSSION 31

6. LIMITATIONEN 37

7. FAZIT UND AUSBLICK 38

LITERATURVERZEICHNIS 40

ANHANG 43

ANHANG 1 – INTERVIEWLEITFADEN 43

ANHANG 2 – EXPERTENINTERVIEW 1 47

ANHANG 3 – EXPERTENINTERVIEW 2 55

ANHANG 4 – EXPERTENINTERVIEW 3 61

ANHANG 5 – ZUSAMMENFASSENDE INHALTSANALYSE NACH MAYRING MIT INDUKTIVER KATEGORIENBILDUNG 66

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verzahnung von Rheuma und Psyche (Linsmayer, Neidlinger, & Braus, 2019) . 13
Abbildung 2: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken, 2015) 21
Abbildung 3: Einflussfaktoren auf die Bewältigung einer chronischen Krankheit (Wolf-Kühn & Morfeld, 2016) 31
Abbildung 4: Soziodemographische und krankheitsbezogene Charakteristika der teilnehmenden Patienten*innen (Mau & Müller, 2008) 34
Abbildung 5: Anhaltszahlen und Berechnungen der ambulanten rheumatologischen Versorgung (Zink, et al., 2017) 36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 = Ergebnisdarstellung Kategorie 1 23
Tabelle 2 = Ergebnisdarstellung Kategorie 2 24
Tabelle 3 = Ergebnisdarstellung Kategorie 3 26
Tabelle 4 = Ergebnisdarstellung Kategorie 4 27
Tabelle 5 = Ergebnisdarstellung Kategorie 5 28
Tabelle 6 = Ergebnisdarstellung Kategorie 6 30

1. Problemstellung

Bei Patient*innen mit häufig chronisch verlaufenden rheumatischen Erkrankungen ist die soziale Einbindung auf Grund zahlreicher gesundheitlicher Probleme und den damit verbundenen reduzierten Ressourcen oftmals gefährdet (Mattukat & Thyrolf, 2014). Trotz deutlicher Fortschritte der medikamentösen Therapie ist das Ausüben von Aktivitäten des täglichen Lebens oft nur noch eingeschränkt oder mit fremder Hilfe möglich. Demnach berichtet jeder neunte Rheumapatient*in über schwere Einschränkungen hinsichtlich der sozialen Teilhabe. Rheumakranke sind somit von der erhöhten Gefahr der sozialen Isolation betroffen, welche erhebliche Auswirkungen auf ihre körperliche und seelische Gesundheit haben kann. Aus diesem Grund sollten behandelnde Ärzt*innen verschiedene Möglichkeiten nutzen, um körperlicher Inaktivität und sozialer Isolation entgegenzuwirken (Mattukat & Thyrolf, 2014).

Somit sollten möglichst alle gesundheitlich relevanten biologischen, individuellen und sozialen Aspekte in die Behandlung der Patient*innen einfließen. Soziale Einbindung ist somit durch individuelle (z.B. Fähigkeiten, Gesundheit) und umweltbezogene Faktoren (z.B. Arbeitsbedingungen) so zu gestalten, dass Rheumakranke die für sich bedeutsamen sozialen Rollen (z.B. in der Familie, Beruf, in der religiösen und politischen Gemeinschaft), auch einnehmen und zu ihrer Zufriedenheit ausfüllen können (Mattukat & Thyrolf, 2014).

Diesbezüglich steht im Fokus der Bachelorarbeit folgende Fragestellung, die es zu beantworten gilt: „Welche Maßnahmen sollten behandelnde Ärzt*innen ergreifen, um Patient*innen mit einer rheumatischen Erkrankung in Hinblick auf das Risiko einer sozialen Isolation zu sensibilisieren und dieser langfristig entgegenwirken zu können?“

Neben der Hauptforschungsfrage der Bachelorarbeit sollen jedoch weitere Fragestellungen zur Thematik Beantwortung finden. Die Frage „Welche Bewältigungsstrategien können Betroffene anwenden, um der potenziellen Gefahr der sozialen Isolation entgegenzusteuern?“ wird ebenso thematisiert.

Des Weiteren soll in Erfahrung gebracht werden, welcher Handlungsbedarf bezüglich der Thematik gesehen wird.

Ziel der Fragestellungen und das Anfertigen dieser Bachelorarbeit soll es sein, insgesamt den Erkrankten und dem potenziellen Problem der sozialen Isolation im Zusammenhang mit der Lebensgestaltung mehr Berücksichtigung zu schenken.

2. Theoretische Grundlagen

Um ein gewisses Verständnis für die Thematik rheumatischer Erkrankungen zu erhalten, wird durch Fachliteratur ein theoretischer Rahmen geschaffen.
Diesbezüglich wird sich mit dem Krankheitsbild, sowie der Einteilung und den Ursachen rheumatischer Erkrankungen befasst. Des Weiteren wird sich mit der Entstehung und dem Hintergrund der sozialen Isolation in Hinblick auf Patient*innen mit einer rheumatischen Erkrankung auseinandergesetzt. Im Zuge dessen werden die Gründe des erhöhten Risikos der sozialen Isolation dieser Patientengruppe beleuchtet. Dabei werden Begriffe, wie eine entzündlich-rheumatische Erkrankung, degenerative Gelenkerkrankungen sowie soziale Isolation geklärt. Vor allem die Frage, „Warum sind Rheumaerkrankte besonders von der potenziellen Gefahr der sozialen Isolation betroffen?“ soll ebenso eine entscheidende Rolle spielen.
Darüber hinaus soll in Erfahrung gebracht werden, welche Bedeutung soziale Teilhabe für Betroffene hat und welche gesetzlichen Ansprüche auf soziale Teilhabe bestehen. Um diese theoretischen Grundlagen aufzugreifen, wurde vor allem der Online-Zugang der Hochschulbibliothek Neubrandenburg genutzt. Um weitere grundlegende Begriffe zu klären, wurde die Literaturrecherche um verschiedene Datenbanken, wie Springer Link, Hogrefe und Google Scholar erweitert. Zur Recherche wurden beispielsweise Suchbegriffe wie „Rheumatische Erkrankungen“, „Soziale Isolation“ Rheuma und soziale Isolation“ und „Rheuma und soziale Teilhabe“ verwendet.

2.1 Rheuma

Unter dem Begriff der rheumatischen Erkrankungen werden Krankheitsbilder zusammengefasst, deren gemeinsames Leitsymptom der Schmerz im Bewegungsorgan ist, welcher zudem oft durch eine Bewegungseinschränkung begleitet wird. Unter diesen symptomatischen Begriff fallen jedoch sehr unterschiedliche Krankheitsbilder, welche sich ätiologisch, pathogenetisch wie auch klinisch-nosologisch differenzieren. Trotz dessen sind diese differentialdiagnostisch gesehen oft nur schwer voneinander abzugrenzen. Diesbezüglich ist für die Therapie nicht die Symptomdiagnose ausschlaggebend, sondern eine exakte Artdiagnose, welche oft erst nach differentialdiagnostischen Erwägungen gestellt werden kann (Zeidler & Michel, 2018).

Dahingehend umfasst Rheuma zahlreiche entzündlich und nicht entzündliche, durch Abnutzung oder Alterungsprozesse hervorgerufene Erkrankungen, welche hauptsächlich an den Gelenken, Knochen und Muskeln auftreten. Zudem können aber auch innere Organe und Gefäße betroffen sein (Loisl & Puchner, 2008).
Laut Zahlen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie leiden etwa ein Viertel aller Deutschen an Funktionseinschränkungen des Bewegungsorgans und knapp fünf Millionen Menschen an symptomatischen Arthrosen. Insgesamt 1,5 Millionen Menschen, somit knapp zwei Prozent der erwachsenen Bevölkerung von Deutschland leiden unter einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung (Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V., 2021).

2.1.1 Einteilung und Ursachen rheumatischer Erkrankungen

Wie vorab erwähnt lassen sich eine Vielzahl an unterschiedlichen rheumatischen Krankheitsbildern zusammenfassen. Diesbezüglich ergeben sich vier Hauptgruppen rheumatischer Erkrankungen (Zeidler & Michel, 2018).
Da jedoch die zentralen Forschungsfragen der Bachelorarbeit auf die Bewältigungsstrategien und Maßnahmen zur Vermeidung sozialer Isolation bei Rheumaerkrankten allgemein liegen, werden im Nachfolgenden ausschließlich ausgewählte Rheumaerkrankungen der vier Hauptgruppen aufgegriffen, lediglich um einen Überblick über die unterschiedlichen Krankheitsbilder mit deren Symptomatik zu erhalten.

Entzündliche Gelenk- und Wirbelsäulenprozesse

Oft werden entzündlich-rheumatische Erkrankungen als „Rheuma im engeren Sinne“ bezeichnet, welche durch eine Störung des Immunsystems einhergeht. In der Regel verlaufen diese Formen von Rheuma chronisch und schubweise (Peters, 2020).
Die rheumatoide Arthritis oder chronische Polyarthritis ist die häufigste Form der entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, wobei die Fehlsteuerung des Immunsystems eine chronische Entzündung der Gelenkinnenhaut bewirkt. Diese können Schwellungen, Überwärmung und Funktionseinschränkungen verursachen. Die rheumatoide Arthritis beginnt zumeist mit Schmerzen und Schwellungen in den

kleineren Gelenken, wie Finger und Zehen. Im Verlauf können dann immer mehr Gelenke erkranken (Peters, 2020).
Auf Grund der akut einsetzenden Entzündungssymptome im Bereich der betroffenen Gelenke resultieren schnell Defizite bei den Aktivitäten des alltäglichen Lebens (Wollenhaupt, 2012). Durch die dementsprechend erschwerte Lebensplanung können depressive Verstimmungen oder sogar Depressionen die Folge sein (Gromnica-Ihle, Rheuma ist behandelbar-Ratgeber für Betroffene, 2018).

Degenerative Gelenk- und Wirbelsäulenprozesse

Bei den degenerativen Gelenkerkrankungen, auch Arthrosen genannt, handelt es sich um Schäden oder Veränderungen des Gelenkknorpels, deren Ursache hauptsächlich altersbedingte Abnutzungserscheinungen sind (Peters, 2020).
Typisch für die Arthrosen sind wechselnde Schmerzen in den betroffenen Gelenken, wie Knie, Hüfte, Finger oder Zehen. Vor allem spüren Betroffene den sogenannten „Anlaufschmerz“, etwa wenn sich die betroffene Person aus einem Sessel aufrichtet oder aus dem Auto aussteigt (Peters, 2020).
Diesbezüglich ist vor allem am Anfang der Erkrankung ein Wechsel von schmerzhaften und schmerzarmen Episoden üblich. Mit Zunahme der Gelenkabnutzung nehmen Morgensteifigkeit, sowie Bewegungseinschränkungen zu. Die Schmerzen führen somit zu einer zunehmenden Behinderung und zu einer Einschränkung eines selbstbestimmten Lebens (Loisl & Puchner, 2008).

Chronische Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates

Die weitaus häufigste Erkrankung unter den chronischen Schmerzsyndromen des Bewegungsapparates ist der chronische Rückenschmerz. Zu den chronischen Schmerzsyndromen zählt auch die sogenannte Fibromyalgie (Peters, 2020).
Das Fibromyalgiesyndrom oder Faser-Muskelschmerz genannt ist eine komplexe muskuloskelettale Schmerzkrankheit, bei welcher Betroffene unter starken allgemeinen Muskelschmerzen und extremer Druckempfindlichkeit leiden. Weitere häufig auftretende Begleiterscheinungen sind Müdigkeit, Schlafstörungen und eingeschränkte Leistungsfähigkeit (Peters, 2020).
Hinzukommend sind seelische Beschwerden, wie innere Unruhe und Antriebsverlust. Bei schweren Verlaufsformen treten zudem nur selten beschwerdefreie Perioden auf,

welche wiederum zu einer starken körperlichen Schonung führen (Gromnica-Ihle, Rheuma ist behandelbar-Ratgeber für Betroffene, 2018).

Rheumatische Manifestationen bei anderen Erkrankungen

Als vierte und letzte Gruppe werden die sogenannten pararheumatischen Krankheitsbilder aufgegriffen, bei welchen das „rheumatische“ Symptom, also der Schmerz in den Gewebsstrukturen des Bewegungsapparates, Zeichen einer anderen Erkrankung ist (Zeidler & Michel, 2018). Diesbezüglich wird die Gicht als Stoffwechselerkrankung zum rheumatischen Formenkreis hinzugezählt, da die Beschwerden vornehmlich an den Gelenken auftreten. In diesem Fall handelt es sich um eine Störung des Purin- und Harnsäurestoffwechsels. Die Folge ist eine erhöhte Harnsäurekonzentration im Blut, sodass diese sich in Form von Harnsäurekristallen in den Gelenken absetzt. Dies bewirkt einen Gichtanfall, welcher typischerweise durch massive Schmerzen mit Rötung, Schwellung und Überwärmung gekennzeichnet ist (Loisl & Puchner, 2008).

Die genauen Ursachen und vielen Zusammenhänge der eben aufgegriffenen unterschiedlichen Krankheitsbilder von Rheuma sind jedoch noch immer unbekannt, sodass oftmals ausschließlich die Symptome behandelt werden (Peters, 2020).

Gerade entzündlich-rheumatische Erkrankungen zeichnen sich durch chronische Entzündungsprozesse aus, in denen sich das Immunsystem gegen den eigenen Körper richtet. Anders als bei den nicht-entzündlichen rheumatischen Erkrankungen können derzeit entzündlich-rheumatische Erkrankungen nur durch eine generelle Unterdrückung des Immunsystems unter Kontrolle gebracht werden, wodurch sich ein Fortschritt der Erkrankung verhindern lässt. Jedoch stellen immunsuppressive Behandlungen keine Heilung dar, da es nach Aussetzen der Behandlung häufig zu einem Rezidiv führt. Bei der Auslösung und Aufrechterhaltung chronisch rheumatischer Entzündungen spielen T-Helfer-Lymphozyten eine entscheidende Rolle. Durch die Ausschüttung entzündungsfördernder Botenstoffe koordinieren sie die Aktivierung von Effektorzellen, die letztendlich die Immunpathologie und Gewebszerstörung auslösen (Chang, et al., 2022).

Unabhängig vom rheumatischen Krankheitsbild wurde erkennbar, dass das gemeinsame Leitsymptom der chronisch auftretende Schmerz ist, welcher zu Funktions- und Bewegungseinschränkungen führen können. Daraus resultieren häufig

Defizite in Bezug auf das Ausführen alltäglicher Aktivitäten, wodurch ein selbstbestimmtes Leben sowie die Lebensqualität Betroffener stark eingeschränkt werden kann. Zusammenfassend wird erkennbar, dass nur durch eine frühzeitige Erkennung und mit konsequenter Therapie schwere Verlaufsformen bei jedem rheumatischen Krankheitsbild verhindert oder zumindest stark abgemildert werden können. Diesbezüglich verbessern sich die Erfolgsaussichten ausschließlich, je eher die rheumatische Erkrankung erkannt und behandelt wird (Peters, 2020). Zudem geht aus der Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen rheumatischen Krankheitsbildern hervor, dass viele der Begleitsymptome mögliche Ursachen für die soziale Isolation darstellen. Gerade Symptome wie Schlafstörungen, eingeschränkte Leistungsfähigkeit oder depressive Verstimmungen können die Inaktivität Betroffener verstärken und zusätzliche Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit haben (Mattukat & Thyrolf, 2014). Damit Betroffene mit möglichst wenigen Beeinträchtigungen leben können, ist neben der frühzeitigen Erkennung der Erkrankung ebenso die Krankheitsbewältigung wichtig, welche im Nachfolgenden kurz thematisiert wird.

2.1.2 Krankheitsbewältigung – Akzeptanz oder Resignation?

Doch was geschieht mit dem Leben eines chronisch Erkrankten und welche Anforderungen ergeben sich daraus? Chronische Krankheiten, so auch Rheuma, zeichnen sich dadurch aus, dass sie dauerhaft oder langanhaltend sind. Die Erkrankung kann das gesamte Alltagsleben verändern und gewohnte Routinen können ihre Gültigkeit verlieren. Zudem werden Betroffene in ihrer Identität sowie in ihrem Rollenhandeln beeinträchtigt (Familie, Erwerbstätigkeit), wodurch das psychische Gleichgewicht bedroht wird. Aus diesem Grund sind nicht nur die Erkrankten selbst, sondern ebenso das gesamte soziale Umfeld betroffen. Daher stehen chronisch Kranke vor vielfältigen Bewältigungsaufgaben. Einerseits müssen sie ihre Lebenssituation neu bewerten und zugleich Gedanken an die Folgen der Erkrankung zeitweise verdrängen können, andererseits müssen sie trotz der Krisensituation in der Lage sein, Kontakte zu Freunden und anderen potenziellen Helfer*innen aufzunehmen (Wolf-Kühn & Morfeld, 2016). Daher ist die Krankheitsbewältigung, welche auf das Erlangen von Lebensqualität und bedingter

Gesundheit abzielen, von großer Bedeutung. Krankheitsbewältigung umfasst dabei alle Handlungen, die anvisieren, nicht nur mit der Krankheit, sondern auch mit dem Kranksein und den daraus resultierenden zahlreichen alltagsweltlichen, beruflichen und familiären Auswirkungen umzugehen (Wolf-Kühn & Morfeld, 2016).
Kumulierte Problemlagen, etwa wenn problembehaftete soziale Beziehungen zu den Krankheitssymptomen hinzukommen, können die Balance zwischen Belastungen und Bewältigungskompetenz dermaßen stören, sodass psychische Krisen sowie klinisch fassbare Störungen auftreten können. Umso wichtiger ist es, dass Betroffene erlernen die chronische Krankheit zu akzeptieren, sowie Krankheitsbewältigung und Alltagsgeschehen in Einklang zu bringen, um eine relativ stabile Lebenssituation aufzubauen (Wolf-Kühn & Morfeld, 2016). Es wird deutlich, dass die Resignation einer chronischen Erkrankung zahlreiche negative Auswirkungen haben kann, welche mögliche Risikofaktoren der sozialen Isolation darstellen können. Warum gerade Rheumaerkrankte von der Gefahr der sozialen Isolation betroffen sind und wie sich dies auf die Bereiche des Lebens auswirken kann, wird im Weiteren aufgegriffen.

2.2 Soziale Isolation

„Soziale Isolation wird als objektiv festzustellender Mangel an Sozialkontakten, Zugehörigkeit und Teilhabe definiert. Einsamkeit, die aus sozialer Isolation erwachsen kann, bezeichnet dagegen einen stets subjektiv empfundenen, emotional negativ besetzen Mangel an bedeutsamen zwischenmenschlichen Beziehungen“ (Pantel, 2021). Als bedeutsamer Risikofaktor für soziale Isolation und Einsamkeit werden beispielsweise chronische Erkrankungen beziehungsweise Multimorbidität mit ungünstigen sozialen, sozioökonomischen Umweltbedingungen gesehen (Pantel, 2021).
Soziale Isolation stellt in jedem Lebensalter psychosoziale Stressoren dar, die erhebliche Beeinträchtigungen auf das psychische Wohlbefinden und die Lebensqualität haben können. Gerade bei körperlich beeinträchtigten Menschen, wozu ebenso Rheumaerkrankte gezählt werden, befördert ein Mangel an wertschätzenden zwischenmenschlichen Erfahrungen Apathie und depressive Entwicklungen (Pantel, 2021). Aus diesem Grund sind die Pflege und Aufrechterhaltung beziehungsweise Wiedererlangung sozialer Kontakte bei funktionell eingeschränkten Patient*innen mit chronisch rheumatischen Erkrankungen für deren

Lebensqualität sowie für die Etablierung eines körperlich aktiven Lebensstils fundamental (Mattukat & Thyrolf, 2014).

2.2.1 Entstehung und Hintergrund sozialer Isolation

Doch warum sind Rheumaerkrankte besonders von der potenziellen Gefahr der sozialen Isolation betroffen? Wie bereits erwähnt ist die soziale Einbindung bei Betroffenen mit chronisch verlaufenden rheumatischen Erkrankungen auf Grund zahlreicher gesundheitlicher Probleme und der damit einhergehenden reduzierten Ressourcen oftmals gefährdet. Vor allem Leitsymptome wie Schmerzen und eingeschränkte Funktionsfähigkeit können zu erheblichen gesundheitlichen und psychosozialen Beeinträchtigungen führen. Der daraus resultierende inaktive Lebensstil birgt zusätzliche Risiken für die physische und psychische Gesundheit Betroffener. Zudem verfügen sie durch die Inaktivität über geringe motivationale Ressourcen. Beispielsweise sind sie weniger zuversichtlich geplante sportliche Aktivitäten auch angesichts von Hindernissen durchzuführen, wodurch weniger Vorteile für körperliche Aktivität wahrgenommen werden (Mattukat & Thyrolf, 2014).
Des Weiteren ist das soziale Netzwerk chronisch Erkrankter deutlich reduziert. Gesunde Probanden nannten im Durchschnitt zehn persönlich bedeutsame Personen, während Betroffene mit einer muskuloskelettalen Krankheit im Mittel nur vier Personen angaben. Ein stabiles soziales Netz ist jedoch ein grundlegender Bestandteil für die Lebensqualität, sowie für die Umsetzung körperlicher Aktivität (Mattukat & Thyrolf, 2014).
Neben zahlreichen gesundheitlichen Problemen und reduzierter Kontakte tragen weitere Begleiterscheinungen rheumatischer Erkrankungen zur Entstehung der sozialen Isolation bei. Denn häufig treten rheumatologische Erkrankungen und psychische Störungen gemeinsam auf, da eine enge Beziehung zwischen immunologischen und neuronalen Prozessen, welche die individuelle Stressantwort regulieren, besteht. Aus diesem Grund leiden Betroffene häufig unter Beschwerden wie Angst, Somatisierung, Depressionen und vegetative Symptome wie Schlafstörungen (Linsmayer, Neidlinger, & Braus, 2019). Wie sich die Verzahnung von Rheuma und Psyche darstellen lässt, wird in Abbildung 1 kenntlich gemacht.

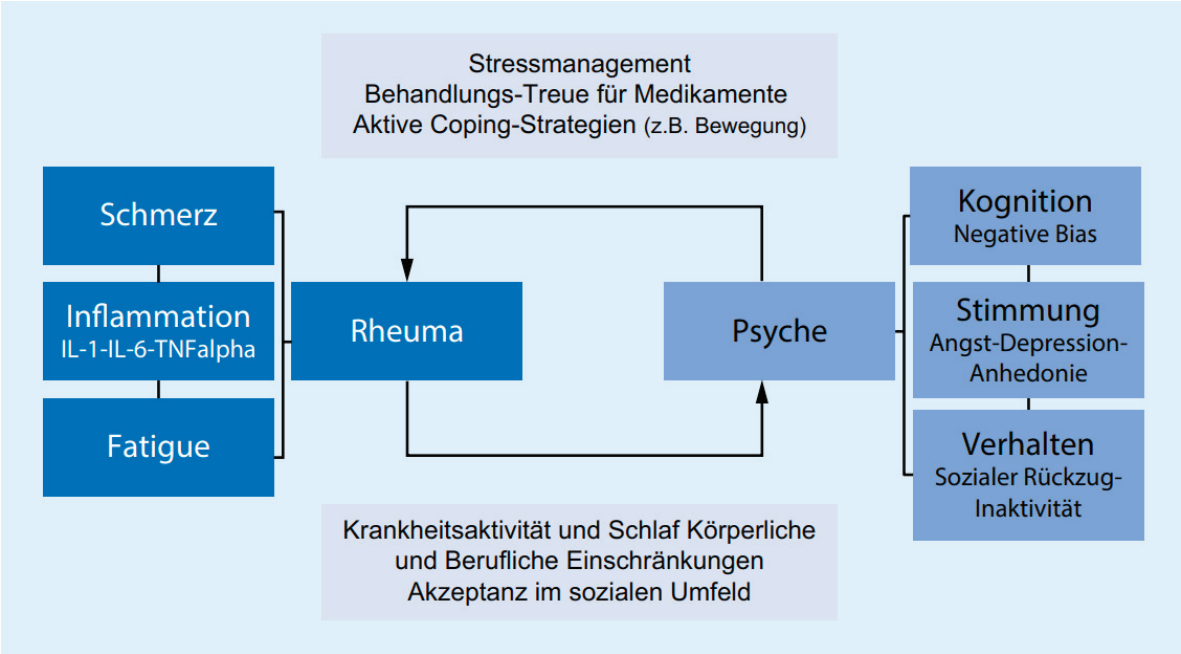

Abbildung 1-Verzahnung von Rheuma und Psyche (Linsmayer, Neidlinger, & Braus, 2019)

Dabei werden die Komorbiditäten oft erst spät oder gar nicht diagnostiziert. Häufig führen diese bei den Betroffenen jedoch zu erheblichem Leidensdruck und wirken sich negativ auf die Lebensqualität und den Therapieerfolg aus (Linsmayer, Neidlinger, & Braus, 2019).

Aus diesem Grund sollten behandelnde Ärzt*innen regelmäßige Bewegungsaktivitäten, sowie eine möglichst gute soziale Einbindung von Patient*innen mit rheumatischen Erkrankungen fördern, umso der körperlichen Inaktivität und der sozialen Isolation entgegenzuwirken (Mattukat & Thyrolf, 2014). Jedoch sollte für eine suffiziente Behandlung, gerade auch in Hinblick auf psychische Komorbiditäten, ein fachübergreifendes, interdisziplinäres Konzept angestrebt werden (Linsmayer, Neidlinger, & Braus, 2019).

2.2.2 Familien- und Beziehungsleben

Zudem können sich die rheumatischen Beschwerden und Begleiterscheinungen auf das Familien- und Beziehungsleben ausüben. Nach wie vor ist trotz aller Freizügigkeit in den Medien das Thema Beziehung oder Sexualität in Verbindung mit chronischen Erkrankungen ein tabuisiertes Thema. Hinzukommen die rheumatischen

Beschwerden, wodurch sich einige Menschen schwertun, Kontakte oder Freundschaften zu knüpfen (Gromnica-Ihle, Leben und Lieben mit Rheuma, 2015).
Das Fehlen positiver Kontakte birgt jedoch ein immenses Gesundheitsrisiko. Dabei zählen soziale Kontakte zu den wichtigsten gesundheitsstiftenden Faktoren. Insbesondere Freundschaften, Familie oder eine Partnerschaft bilden ein Netzwerk an Unterstützung und ermutigen zu geselligen Aktivitäten. Des Weiteren geben sie Sicherheit und helfen Alltagsaufgaben gemeinsam zu bewältigen (Gromnica-Ihle, Leben und Lieben mit Rheuma, 2015). Somit wird die Bedeutsamkeit durch die positiven Effekte sozialer Kontakte erkennbar, welche einen Beitrag zur sozialen Einbindung leisten.

2.3 Soziale Einbindung unterstützen

Oft erfordern rheumatische Krankheiten wegen des chronischen Verlaufes mit wechselnder Krankheitsaktivität, sowie den daraus resultierenden funktionellen und strukturellen Schäden und Folgen in Bezug auf Alltagsaktivitäten und soziale Teilhabe eine umfassende Versorgung. Neben der professionellen Hilfe durch beispielsweise Ärzt*innen und Physiotherapeut*innen hat zudem die Mitwirkung der Betroffenen durch eigene Aktivität eine wesentliche Bedeutung für den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität (Genth, 2008). Inwiefern die soziale Einbindung Betroffener unterstützt werden kann und welche Bedeutung soziale Teilhabe hat, wird im Nachfolgenden aufgegriffen.

2.3.1 Bedeutung der sozialen Teilhabe Betroffener

Ein wesentlicher Aspekt der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft stellt die gleichberechtigte Beteiligung am Arbeitsleben dar. Zu den wichtigsten Zielen der Gesundheitsversorgung von Rheumakranken zählen damit der Erhalt der Erwerbsfähigkeit beziehungsweise die (Wieder-) Eingliederung in das Berufsleben (Parthier & Drambyan, 2014).
Da rheumatische Erkrankungen sich oftmals im jungen und damit erwerbsfähigen und -tätigen Lebensabschnitt manifestieren, ist dies oft mit weitreichenden Folgen für das private und berufliche Leben verbunden. Trotz der insgesamt positiven Entwicklung

bezüglich der Verminderung der Arbeitsunfähigkeitstage und Verrentungen besteht bei einem nicht zu vernachlässigenden Teil der rheumatologisch betreuten Patient*innen Handlungsbedarf für den Erhalt der Erwerbsfähigkeit (Parthier & Drambyan, 2014).

Für viele Rheumapatient*innen ist ein vorzeitiges berufliches Ausscheiden trotz reduziertem Leistungsvermögen keine erstrebenswerte Alternative. Neben dem Einkommen, dessen Verlust durch die Erwerbsminderungsrente weitaus nicht kompensiert werden kann, ermöglicht die Berufsausübung jedoch wichtige soziale Kontakte. Aus diesem Grund sollten Rheumakranke Unterstützung erfahren, um die Erkrankung sowie die daraus resultierenden Folgen und Beeinträchtigungen zu bewältigen. Mit dem Ziel an einem selbstbestimmten Leben im Beruf, in der Familie und Gesellschaft teilnehmen zu können (Parthier & Drambyan, 2014). Inwiefern gesetzlich verankerte Ansprüche ihren Teil dazu beitragen, um Chancengleichheit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, wird im Anschließenden aufgezeigt.

2.3.2 Gesetzliche Ansprüche auf Chancengleichheit und Teilhabe

Menschen mit Rheuma benötigen nicht nur medizinische Hilfe, sondern weitere Unterstützungsangebote, um ihr Leben zu meistern. Denn die chronische Erkrankung kann mit vielen Problemen und Hürden verbunden sein (Gromnica-Ihle, Rheuma ist behandelbar-Ratgeber für Betroffene, 2018).

Um diesbezüglich einen Ausgleich zu finden und Chancengleichheit sowie Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, gibt es gesetzlich verankerte Ansprüche auf Sozialleistungen[1]. Diese sind in den Sozialgesetzbüchern I bis XII geregelt (Liedholz, 2022). Um zu diesem Punkt einen kurzen Überblick zu geben, werden im Folgenden die wichtigsten Hilfen für Rheumakranke in besonderen Notlagen und Lebensabschnitten aufgegriffen.

[1] Sozialleistungen umfassen den Auftrag zur fachlichen, abgesicherten Unterstützung, zum Beispiel in der Erziehung, Pflege, Betreuung oder bezüglich Hilfe und Begleitung des hilfebedürftigen Bürgers (Brinkmann, 2010).

Krankengeld

Was ist, wenn Rheumakranke krankgeschrieben oder stationär in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung behandelt werden? In diesem Fall haben Versicherte einen Anspruch auf das sogenannte Krankengeld. In der Regel wird das Krankengeld von der Krankenversicherung innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren längstens für 78 Wochen wegen ein und derselben Erkrankung bezahlt (Liedholz, 2022). Sollten Betroffene längere Zeit krankgeschrieben sein, kann in diesem Zusammenhang die stufenweise Wiedereingliederung helfen. Eine stufenweise Wiedereingliederung soll der Rückführung zum Arbeitsplatz nach längerer Arbeitsunfähigkeit dienen. Dabei bestehen zwei Möglichkeiten der stufenweise Wiedereingliederung. Einerseits ist eine schrittweise Gewöhnung an die volle Arbeitszeit möglich, indem mit einer reduzierten Stundenanzahl pro Tag begonnen wird, welche wöchentlich je nach Leistungsvermögen gesteigert werden kann. Andererseits besteht die Möglichkeit der schrittweisen Erweiterung des Tätigkeitsprofils. Die Dauer dieser besonderen Arbeitsbedingungen kann zwischen sechs Wochen und sechs Monaten variieren (Gromnica-Ihle, Rheuma ist behandelbar-Ratgeber für Betroffene, 2018).

Medizinische Rehabilitation

Mittlerweile gibt es zahlreiche medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapieoptionen für Patient*innen mit rheumatischen Erkrankungen, welche Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit und Lebensqualität deutlich vermindern konnten. Jedoch nimmt die Erkrankung bei vielen Betroffenen immer noch nicht den gewünschten Verlauf. Von großer Bedeutung sind aus diesem Grund Rehabilitationsmaßnahmen zum Erhalt der sozialen und beruflichen Teilhabe. Rehabilitationsmaßnahmen haben vor allem das Ziel verlorene Funktionen wiederherzustellen, noch vorhandene Funktionen zu erhalten und Folgeschäden zu limitieren. Vor allem jüngere Patient*innen sollen somit länger im Erwerbsleben gehalten und bei Älteren eine Pflegebedürftigkeit durch Stärkung der Selbständigkeit vermieden werden. Daher haben Rehabilitationsmaßnahmen bei Patient*innen mit rheumatischen Erkrankungen einen hohen Stellenwert, da diese zu verschiedenen Zeitpunkten mit unterschiedlichen Schwerpunkten zum Erhalt der funktionalen Gesundheit und der Erwerbstätigkeit beitragen (Bork, 2021).

Erwerbsminderungsrente

Kann bei Betroffenen die Arbeitsfähigkeit weder durch medizinische Rehabilitation noch durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausreichend hergestellt werden, haben sie Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente (Gromnica-Ihle, Rheuma ist behandelbar-Ratgeber für Betroffene, 2018). Besteht auf nicht absehbarer Zeit auf Grund einer rheumatischen Erkrankung oder einer daraus resultierenden Behinderung die Unfähigkeit mindestens drei Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig zu sein, wird eine volle Erwerbsminderungsrente gewährt. Für eine teilweise Erwerbsminderungsrente hingegen darf sich das restliche Leistungsvermögen nur noch auf drei bis weniger als sechs Stunden belaufen (Liedholz, 2022).

Hilfe im Haushalt

Nach und nach stellen sich bei den meisten Rheumakranken Funktionseinschränkungen ein, sodass lediglich am Anfang der Erkrankung Hilfen in kleinerem Umfang erforderlich sind. Da die Kosten für eine professionelle Haushaltshilfe in der Regel selbst finanziert werden muss, sollte geklärt werden, ob es in der Nähe ehrenamtliche Dienste oder Nachbarschaftshilfen gibt, falls die private Unterstützung durch Familie oder Freunde nicht zugesichert werden kann. Ist dies nicht der Fall und es wird nur über ein geringes Einkommen oder Vermögen verfügt, besteht die Möglichkeit „Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes“ zu beantragen, welche in Kapitel 9 unter § 70 im Sozialgesetzbuch XII geregelt ist. Inbegriffen sind die persönliche Betreuung von Haushaltsangehörigen sowie die notwendige hauswirtschaftliche Versorgung. Diese umfasst beispielsweise die Reinigung der Wohnung, Einkaufen und Wäschewaschen. Ziel soll es sein, Personen mit eigenem Haushalt das Verbleiben in der Wohnung weiterhin zu ermöglichen, wenn keine anderen Haushaltsangehörigen da sind oder den Haushalt führen können (Liedholz, 2022).

Unterstützung bei Arbeitslosigkeit

Das Arbeitslosengeld I ist eine Entgeltfortzahlung, welche aus den Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung finanziert wird und der Anspruch nur dann besteht, wenn man arbeitslos und arbeitsfähig ist. Jedoch erhalten im Rahmen der sogenannten

„Nahtlosigkeitsregelung“ (§ 125 SGB III) auch diejenigen Arbeitslosengeld I, die aus gesundheitlichen Gründen für mehr als sechs Monate erheblich leistungsgemindert sind. Dies betrifft ebenso Rheumaerkrankte, bei denen der Krankengeldbezug endet und über deren Rentenantrag wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderungsrente noch nicht endgültig entschieden ist (Liedholz, 2022).

Den eben aufgegriffenen Aspekten stehen zwar weitere Leistungsansprüche, um die Krankheitssituation besser zu meistern, gegenüber. Jedoch soll die prägnante Übersicht im Wesentlichen aufzeigen, wie wichtig solch gesetzlich verankerten Ansprüche sind, um Chancengleichheit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, sowie Rheumaerkrankten in besonderen Lebenslagen finanzielle Sicherheit zu gewährleisten. Denn die chronische Erkrankung kann durch ihre schubförmigen Verläufe und der dadurch erschwerten Lebensplanung mit weitreichenden Folgen im beruflichen Leben verbunden sein. Ebenso wird deutlich, dass durch die gesetzlich verankerten Leistungsansprüche ein Grundstein zur Vermeidung der sozialen Isolation bei Rheumaerkrankten gelegt wurde. Inwiefern weitere Ergebnisse zu dieser ausgewählten Thematik der Bachelorarbeit erhoben werden konnten, wird im nachgehenden Methodikteil aufgegriffen.

3. Methodik

Wie die Forschung im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführt wurde, wird im Nachfolgenden kurz thematisiert. Hierbei wird die Auswahl der Methodik, die Durchführung der Untersuchung, sowie die daraus resultierende Auswertungsmethode dargestellt.

3.1 Literaturrecherche

Grundlage für die Bearbeitung des theoretischen Teils der Bachelorarbeit stellt die Literaturrecherche dar, indem schon vorliegende Daten, Fakten und Analysen zur Thematik aus der Literatur zusammengetragen wurden. Über die Online-Bibliothek der Hochschule Neubrandenburg wurde diesbezüglich nach passender Literatur gesucht. Wie vorab aufgegriffen werden beispielsweise Begrifflichkeiten wie rheumatische Erkrankungen oder soziale Isolation geklärt, aber auch der Hintergrund sozialer Isolation beleuchtet.
Des Weiteren wird die Literaturrecherche dazu genutzt, um zusätzliche Informationen in Bezug auf die Hauptthematik und Forschungsfragen der Bachelorarbeit zu erlangen. Die Literaturrecherche hierzu erfolgte jedoch erst nach der Erhebung der Interviewergebnisse, da die Literaturrecherche ausschließlich der Bestärkung und Ergänzung der gewonnen Ergebnisse aus den Experteninterviews dienen soll.
Aus diesem Grund wurde für die Bearbeitung der Hauptthematik mit deren Forschungsfragen auf die qualitative Forschungsmethode zurückgegriffen, um das Thema intensiver zu untersuchen und neue Erkenntnisse zu gewinnen, welche subjektiv und nicht literaturgebunden erhoben werden sollten.

3.2 Qualitative Forschung

Mit Hilfe der qualitativen Forschungsmethode wird die Perspektive behandelnder Ärzte mittels des leitfadengestützten Experteninterviews aufgegriffen. Hierbei wurde die Form des problemzentrierten Interviews angewandt. Um die Analyse zu erleichtern, wurden einerseits konkrete Informationen zur Thematik abgefragt, aber auch ausreichend Raum für individuelle Antworten gelassen. Die Interviewerin nahm hierbei vorwiegend die Rolle des Zuhörers ein, steuerte aber mit Zwischenfragen gegen.

Dabei wurden überwiegend offene Fragestellungen eingesetzt. Es erfolgte zwar nur eine kleine Stichprobe, jedoch ist es Ziel neue Erkenntnisse und tiefgründige Informationen zu erlangen.

Festlegung des Materials

Um die Recherche so nah wie möglich am Thema zur gewährleisten, wurde die Interviewbefragung direkt im Setting Krankenhaus durchgeführt. Die Interviews erfolgten mit rheumatologischen Ärzten eines Krankenhauses Mecklenburg-Vorpommerns, welche dort Patient*innen mit unterschiedlichsten rheumatischen Erkrankungen tagesklinisch als auch stationär versorgen. Insgesamt wurden drei behandelnde Ärzte interviewt, welche unterschiedliche Kernaufgaben im Unternehmen innehaben. Darüber hinaus befindet sich unter den Interviewten sowohl ein Arzt mit einer eigenen rheumatologischen Praxis. Somit können zudem Maßnahmen zur Vermeidung sozialer Isolation herausgefiltert werden, welche sich im Vergleich zur stationären Behandlung möglicherweise unterscheiden. Durch die unterschiedlichen Kernaufgaben und den Erfahrungen innerhalb des Unternehmens konnten unterschiedlichste Sichtweisen und somit Erkenntnisse in Bezug auf die Thematik gewonnen werden.

Leitfadengestütztes Experteninterview und Hintergrund

Wie schon aufgegriffen handelt es sich um das leitfadengestützte Experteninterview. Diesbezüglich wurde vorab ein Interviewleitfaden entwickelt (siehe Anhang 1). Da die Literaturrecherche erst nach der Erhebung der Interviewergebnisse durchgeführt wurde, konnten die Experteninterviews literaturungebunden erfolgen. Des Weiteren wurden bei der Durchführung der Interviews keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Ziel dieser Vorgehensweise war es somit neue Erkenntnisse aufzuschlüsseln. Die Probanden sollen aufzeigen, wie präsent das Thema der sozialen Isolation bei dieser Patientengruppe ist und welche unterstützenden Maßnahmen zur Vermeidung sozialer Isolation getroffen werden, aber auch welcher Handlungsbedarf hinsichtlich der Thematik gesehen wird.

Analyse des Materials

Die Interviews wurden mittels eines Aufnahmegerätes festgehalten und im Anschluss transkribiert (siehe Anhang 2 bis 4). Es werden weder personenbezogene Daten weitergegeben noch veröffentlicht. Des Weiteren wurden alle sonstigen Daten, welche Rückschlüsse zur interviewten Person geben könnten, bei der Transkription anonymisiert. Daraufhin erfolgte mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring die detaillierte Auswertung des Interviewmaterials. Mit Hilfe dieser Methode lassen sich große Textmengen analysieren. Dabei wird das auszuwertende Material durch Zusammenfassungen auf seine wesentlichen Bestandteile reduziert (Mayring, Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie, 2010). Um das gesamte Material der drei Interviews mit deren thematisch unterschiedlichen Fragestellungen auf das Wesentliche zu reduzieren, erfolgte eine sogenannte induktive Kategorienbildung (siehe Anhang 5), welche hier eine wichtige Vorgehensweise darstellt und aus dem Material heraus entsteht (Mayring, Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie, 2010). Folgende Schritte werden bezüglich der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring berücksichtigt:

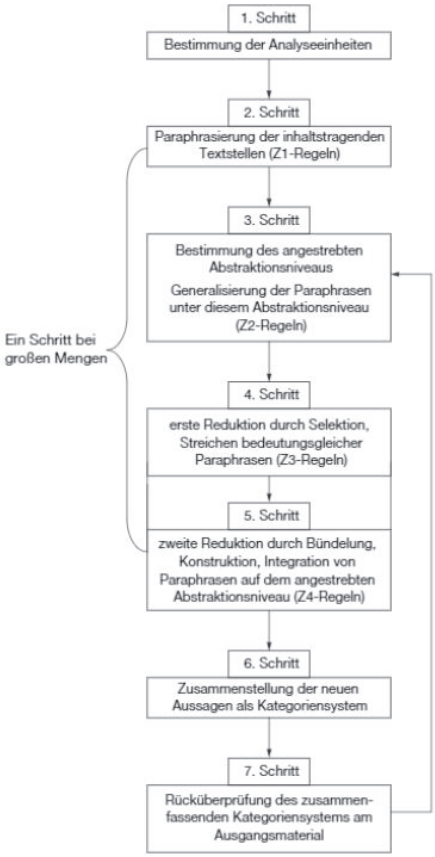

Abbildung 2-Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken, 2015)

4. Ergebnisse

Wie bereits erwähnt wurde ein Kategoriensystem entwickelt, um die Interviewergebnisse anschaulicher darzustellen (siehe Anhang 5). Grundlage für das Kategoriensystem bilden die gewonnen Informationen der Experteninterviews. Außerdem wurde sich an den Fragestellungen des Interviewleitfadens orientiert.
Das Kategoriensystem setzt sich wie folgt zusammen:

- Kategorie 1 → Bewältigung des Krankheitsgeschehens
- Kategorie 2 → Förderung verbliebender Gesundheit
- Kategorie 3 → Stärkung sozialer Einbindung
- Kategorie 4 → Aufklärungsarbeit
- Kategorie 5 → Multimodalität
- Kategorie 6 → Handlungsbedarfe

Im Nachfolgenden werden die Kategorien und deren Ergebnisse tabellarisch dargestellt, um sie übersichtlich für den Lesenden zusammenzufassen. Um die Tabellen nachvollziehen zu können, ist im Anhang 5 die vollständige Inhaltsanalyse wiederzufinden. Um die Ergebnisdarstellung im nachfolgenden lebhafter zu gestalten, wird entsprechend der jeweiligen Kategorie auf Zitate aus den Experteninterviews zurückgegriffen.

4.1 Kategorie 1 – Bewältigung des Krankheitsgeschehens

Die erste Kategorie greift mögliche Bewältigungsstrategien auf, welche Rheumaerkrankte aus Sicht der Experten anwenden können, um der potenziellen Gefahr der sozialen Isolation entgegenzusteuern. Durch die zusammenfassende Inhaltsanalyse wurde erkennbar, dass die genannten Bewältigungsstrategien vorwiegend auf die Bewältigung des Krankheitsgeschehens abzielen. Welche Maßnahmen unter dieser Kategorie zusammengefasst werden, zeigt die nachfolgende Tabelle auf.

Tabelle 1 = Ergebnisdarstellung Kategorie 1

Aussagen aus den Interviews der Experten
• Krankheitsbewältigung durch Ausgleich bestehender Belastungen • Umgang mit Erkrankung und Kranksein erlernen • Wahrnehmen und Inanspruchnahme von Selbsthilfeorganisationen • Soziale Einbindung durch Peer-Groups • Förderung sozialer Kontakte durch Verordnung gemeinsamer Aktivitäten • Krankheitsbewältigung durch Erlernen des Umgang mit Krankheitssymptomen • Kontrolle und Reduzierung körperlicher Belastungen • Emotionale Krankheitsbewältigung mit den in Verbindung stehenden Gefühlen • Mut Probleme anzusprechen • Selbstpflegekompetenz

I1Z69-71: *E: „Ähm grundsätzlich ist es erstmal so die Form der Krankheitsbewältigung. Dass die Patienten halt selber mit ihrer Erkrankung gut umgehen können, dass sie versuchen sich nicht von der Erkrankung dominieren zu lassen."*

(siehe Anlage 2)

I2Z63-67: *E: „Ja vor allem Angst, Unsicherheit. Und da gilt es, dass die Patienten wissen damit umzugehen. Also nicht nur wie gehe ich mit der Erkrankung und den Symptomen an sich um. Sie müssen ähm mit den Gefühlen lernen auch umzugehen. Also da spielt dann die emotionale Bewältigung auch eine große Rolle."*

(siehe Anlage 3)

Aus den Experteninterviews geht hervor, dass der richtige Umgang mit der Erkrankung und dem Kranksein ein entscheidender Faktor für die Bewältigung des Krankheitsgeschehens ist. Diesbezüglich ist der Ausgleich bestehender Belastungen eine wichtige Aufgabe Betroffener. Zudem geht es darum den Umgang mit den auftretenden Krankheitssymptomen zu erlernen und dementsprechend die Kontrolle über körperliche Belastungen zu erlangen und bestenfalls reduzieren zu können.
Infolgedessen können laut Experten das Wahrnehmen und die Inanspruchnahme von Selbsthilfeorganisationen oder die soziale Einbindung durch andere Peer-Groups zur Bewältigung des Krankheitsgeschehens beitragen. Hierbei steht der Fokus auf die Förderung sozialer Kontakte in Verbindung mit gemeinsamen Aktivitäten, welcher der Grundgedanke solcher Organisationen ist.
Des Weiteren ist laut Experten ebenso die emotionale Krankheitsbewältigung essenziell. Dabei ist es wichtig als Erkrankter den Mut zu haben, die aktuellen

Probleme und Gefühle anzusprechen, um mit den behandelnden Berufsgruppen gemeinsam eine schnelle Problembearbeitung zu ermöglichen.
Um jedoch die eigenen Probleme und Gefühle richtig einzuschätzen und dementsprechend die bestehenden Belastungen auszugleichen ist die Selbstpflegekompetenz für Betroffene von Bedeutung.
Durch diese Kategorie mit deren Aussagen aus den Experteninterviews wird erkennbar, dass eine gelingende Krankheitsbewältigung als Maßnahme zur Vermeidung der potenziellen Gefahr der sozialen Isolation beitragen soll.

4.2 Kategorie 2 – Förderung verbliebender Gesundheit

In Kategorie zwei bis fünf liegt der Fokus auf die Fragestellungen vier und fünf des Interviewleitfadens und gleichzeitig auf der Forschungsfrage, die es bezüglich der Maßnahmen zur Vermeidung der sozialen Isolation zu beantworten gilt. Diesbezüglich werden unter diesen Kategorien Maßnahmen aufgegriffen, welche laut der Experten behandelnde Ärzt*innen ergreifen sollten, um Patient*innen mit einer rheumatischen Erkrankung in Hinblick auf das Risiko der sozialen Isolation zu sensibilisieren und langfristig entgegenzuwirken.
In Kategorie zwei wird übergeordnet auf die Förderung verbliebender Gesundheit aufmerksam gemacht, welche einen wichtigen Aspekt zur Vermeidung der sozialen Isolation darstellt. Welche expliziten Maßnahmen darunter zusammengefasst sind, zeigt die nachfolgende Tabelle.

Tabelle 2 = Ergebnisdarstellung Kategorie 2

Aussagen aus den Interviews der Experten
• Ambulante Bewegungsangebote • Schaffen von Bewegungsmotivation durch vielfältige Angebote • Medikamentöse Einstellungen und Therapieoptimierungen zur Eindämmung des Krankheitsverlaufes • Stationäre Einweisungen zur Teilnahme an vielfältigen Therapien zur Schmerzreduktion und Verbesserung der Funktionsfähigkeit • Verordnung Bewegungstherapien • Verordnung physikalischer Therapien, wie Kryotherapie, Elektrotherapie, Hydrotherapie • Teilnahme an Selbsthilfegruppen zur Förderung der körperlichen Gesundheit

I2Z99-104: *E: „Und da ist es eben eine wichtige Maßnahme, dass behandelnde Ärzte dann eben regelmäßig unterschiedliche Arten von Bewegungstherapien oder eben ähm auch andere Maßnahmen verordnen. Zum Beispiel Strom, Wassergymnastik, Kältekammer. Also letztendlich physikalische Therapien […].“*

(siehe Anlage 3)

I3Z90-92: *E: „Und es ist sogar wissenschaftlich bewiesen, dass die Mitglieder von Selbsthilfegruppen, also beispielsweise die Rheuma-Liga, sozial und körperlich aktiver sind und auch häufiger an Bewegungsangeboten teilnehmen.“*

(siehe Anlage 4)

Aus der Ergebnisdarstellung der Kategorie zwei wird ersichtlich, dass jegliche Form von Bewegung wahrgenommen werden sollte. Hierbei verweisen die Experten auf ambulante Bewegungsangebote. Dabei ist es wichtig, dass Bewegungsmotivation durch vielfältige Angebote geschaffen wird. Dies kann ebenso durch die regelmäßige Verordnung von Bewegungstherapien erfolgen.
Des Weiteren spielt aber auch die Verordnung und Inanspruchnahme von physikalischen Therapien eine große Rolle zur Förderung der verbliebenden Gesundheit, beispielsweise durch Kryotherapie, Elektrotherapie oder Hydrotherapie. Dies kann ebenso durch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen geschehen, die Maßnahmen anbieten, um die körperliche Gesundheit zu fördern.
Abgesehen von den ambulanten Gesundheitsangeboten sind sowohl die stationären Einweisungen zur Teilnahme an vielfältigen Therapien zur Schmerzreduktion und Verbesserung der Funktionsfähigkeit wichtig.
Neben den nicht-medikamentösen Maßnahmen sind aber auch die medikamentösen Einstellungen und Therapieoptimierungen zur Eindämmung des Krankheitsverlaufes von großer Bedeutung, um so die bestehende Gesundheit zu fördern.
Insgesamt wird erkennbar wie ausschlaggebend die Förderung der verbliebenden Gesundheit mit deren eben genannten Maßnahmen zur Vermeidung der sozialen Isolation ist.

4.3 Kategorie 3 – Stärkung sozialer Einbindung

Die dritte Kategorie gibt einen Einblick über die Stärkung der sozialen Einbindung. Die Stärkung der sozialen Einbindung stellt ebenso einen übergeordnetes Mittel dar, um der sozialen Isolation entgegenzuwirken. Durch welche Maßnahmen die soziale Einbindung bei Rheumaerkrankten gestärkt werden kann, wird nachfolgend aufgezeigt.

Tabelle 3 = Ergebnisdarstellung Kategorie 3

Aussagen aus den Interviews der Experten
• Selbsthilfegruppen in Form von Peer-Groups • Selbsthilfegruppen zur Förderung gemeinsamer Aktivitäten • Stärkung der sozialen Teilhabe durch Schaffen von Beratungs- und Unterstützungsangeboten • Förderung sozialer Kontakte durch das Verordnen von gemeinsamen Gruppenaktivitäten

I1Z189-190: *E: „Und dass man eben Angebote schafft, die Patienten mit chronischen Erkrankungen auch am normalen Leben teilhaben lassen."*

(siehe Anlage 2)

I3Z80-90: *E: „Erst einmal es gibt in vielen Städten Leute, die sich in Vereinen organisieren. So gibt es auch in Mecklenburg-Vorpommern die Rheuma-Liga. […] Und dass sie sich eben dort auch gegenseitig Unterstützung bieten können. Gemeinsam Aktivitäten verrichten können."*

(siehe Anlage 4)

Insgesamt ist in dieser Kategorie die Förderung sozialer Kontakte maßgeblich. Laut Expertenaussagen kann die soziale Einbindung durch Selbsthilfegruppen gestärkt werden. Fokus sollte hierbei auf den Peer-Group-Gedanken und der gleichzeitigen Förderung gemeinsamer Gruppenaktivitäten gelegt werden. Aber auch weitere Beratungs- und Unterstützungsangebote sollten geschaffen und von Rheumaerkrankten wahrgenommen werden.

4.4 Kategorie 4 - Aufklärungsarbeit

In Kategorie vier wird übergeordnet aufgeführt, wie durch Aufklärungsarbeit Rheumaerkrankte für das Thema soziale Isolation sensibilisiert werden können.

Tabelle 4 = Ergebnisdarstellung Kategorie 4

Aussagen aus den Interviews der Experten
• Sensibilisierung durch Aufklärung zu Bewegung und Sport • Aufklärungskampagnen in der Bevölkerung zur Erkrankung Rheuma • Aufgreifen der positiven Effekte sozialer Kontakte und Folgen von Einsamkeit • Aufklärung zu möglichen Warnsignalen bei Einsamkeit • Aufmerksam machen auf Beratungs- und Hilfsangebote, wie die Psychotherapie • Aufmerksam machen auf Selbsthilfegruppen zur Förderung sozialer Kontakte und gemeinschaftlichen Aktivitäten

I1Z156-161: *E: „Letztendlich sind zwei Sachen ganz wichtig. […] Und das andere, dass man eben auch durch Aufklärungskampagnen in der Bevölkerung informiert, dass das eben keine Erkrankung ist, die in die Ecke gedrückt wird oder stigmatisiert wird."*

(siehe Anlage 2)

I2Z73-81: *E: „Und dass die Menschen auch ein Empfinden dann dafür entwickeln können, welche Warnsignale es für Einsamkeit gibt. […] Sozial isoliert zu sein wirkt sich auf jeden Einzelnen auch anders aus. Aber wichtig ist dann eben, dass wir als Ärzte das merken und versuchen die Patienten bei den Gesprächen zum Thema zu sensibilisieren."*

(siehe Anlage 3)

Die Aussagen der Experten aus den Interviews zeigen, dass zur Vermeidung der sozialer Isolation grundlegend Aufklärungsarbeit geleistet werden muss. Hierbei ist die Sensibilisierung durch Aufklärung zu den positiven Effekten von körperlicher Bewegung und Sport bedeutsam.

Neben der Aufklärung zur körperlichen Gesundheit ist ebenso die Aufklärung zur sozialen Gesundheit wichtig. Dies kann in Form des Aufgreifens der positiven Effekte sozialer Kontakte und gemeinschaftlicher Aktivitäten erfolgen. Diesbezüglich ist das Aufmerksam machen auf Selbsthilfegruppen laut Experten ein wichtiger Schritt bezüglich der Aufklärungsarbeit.

Des Weiteren ist das Aufmerksam machen auf Beratungs- und Hilfsangebote, wie die Psychotherapie, eine Maßnahme zur Sensibilisierung von Rheumaerkrankten. Die

Warnsignale von Einsamkeit sowie die Folgen dessen sollten aufgegriffen werden, um Betroffene für das Thema empfänglich zu machen.

4.5 Kategorie 5 – Multimodalität

Eine weitere Möglichkeit, um der sozialen Isolation entgegenzuwirken, stellt der multimodale Ansatz dar. Hierbei geht es vorrangig um die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Des Weiteren werden grundlegende Kompetenzen thematisiert, über welche behandelnde Berufsgruppen verfügen sollten, um psychische und emotionale Zustände bei den Erkrankten wahrnehmen zu können.

Tabelle 5 = Ergebnisdarstellung Kategorie 5

Aussagen aus den Interviews der Experten
• Psychotherapeutische Kompetenzen • Personenzentrierte Gesprächsführung • Interdisziplinäre Zusammenarbeit • Positive Arzt-Patienten-Beziehung • Verfolgen eines multimodalen Ansatzes durch Verzahnung rheumatologischer Leistungsspektren zur Gewährleistung bestmöglicher Versorgung • Erweiterte Kommunikations- und Mentalisierungsfähigkeit • Ressourcenorientierte Gesprächsführung • Wahrnehmungsfähigkeit und Selbsteinschätzung • Interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Behandlung psychischer Komorbiditäten • Regelmäßige Vorstellung beim ambulanten Rheumatologen

I1Z170-174: *E: „Natürlich ist unser Fach vorwiegend ambulant, aber wir brauchen eben auch stationäre Einrichtungen, um mal im multimodalen Ansatz was zu erreichen, was wir ambulant so nicht schaffen. Und auch die Verzahnung mit Reha-Kliniken ist wichtig. Dass man eben einfach weiß es gibt den ambulanten Bereich, den stationären Bereich, den tagesklinischen Bereich und kann eben mit der Reha noch eindeutig Informationen weitergeben."*

(siehe Anlage 2)

I2Z122-130: *E: „Was ich vielleicht noch einwerfen würde, ähm viele Patienten mit einer rheumatischen Erkrankung sind psychisch auch sehr angespannt. Also Depressionen, Angst, Schlafstörungen und sowas. […] Und da ist es wichtig, dass wir als Ärzte dann eben auch die psychischen Probleme der Patienten mitbehandeln müssen. […] unter Einbeziehung anderer Fachgruppen wie Psychotherapeuten beispielsweise."*

(siehe Anlage 3)

Laut Experten ist der multimodale Ansatz die Zusammenarbeit verschiedener rheumatologischer Leistungsspektren (ambulant, tagesklinisch, stationär) und die daraus resultierende interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Gewährleistung einer bestmöglichen Versorgung Rheumaerkrankter. Dabei ist die regelmäßige Vorstellung bei ambulanten Rheumatolog*innen relevant, um so mögliche Veränderungen schnell zu erkennen und dementsprechend entgegenwirken zu können. Darüber hinaus trägt die interdisziplinäre Zusammenarbeit ebenso zur Behandlung psychischer Komorbiditäten, die häufig bei rheumatischen Erkrankungen auftreten, bei.
Um die disziplinäre Zusammenarbeit bestmöglich zu gestalten, sollten die behandelnden Berufsgruppen laut Experten über grundlegende Kompetenzen verfügen, um körperliche, psychische und emotionale Zustände bei den Erkrankten wahrnehmen zu können. Dabei sind beispielsweise psychotherapeutische Kompetenzen, eine erweiterte Kommunikations- und Mentalisierungsfähigkeit sowie die Wahrnehmungsfähigkeit und Selbsteinschätzung von Bedeutung.
Neben den aufgegriffenen Kompetenzen ist es zudem essenziell bei Gesprächen mit den Erkrankten die für den Zeitpunkt passende Gesprächsführung einzusetzen. Diesbezüglich sollten die behandelnden Fachdisziplinen auf Gesprächstechniken wie die personenzentrierte und ressourcenorientierte Gesprächsführung zurückgreifen. Durch diese Maßnahmen kann am wahrscheinlichsten eine positive Arzt-Patienten-Beziehung ermöglicht werden.

4.6 Kategorie 6 – Handlungsbedarfe

In der letzten Kategorie werden Handlungsbedarfe aufgegriffen. Hierbei wurde das Ziel verfolgt anhand von Erfahrungswissen der Experten, Ideen für mögliche Verbesserungsvorschläge zu erhalten. Durch das Interview war es möglich somit praxisnahe Denkweisen zu erlangen.

Tabelle 6 = Ergebnisdarstellung Kategorie 6

Aussagen aus den Interviews der Experten
• Stärkung der sozialen Teilhabe durch Schaffen von Beratungs- und Unterstützungsangeboten • Aufklärung und Motivation zur Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen und Selbstmanagementkursen zur Förderung der sozialen Teilhabe • Interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Behandlung psychischer Komorbiditäten • Ausbau von Online-Angeboten (Kompensation während Krisensituationen)

I1Z186-190: *E: „Ja ich glaub einfach, dass man ähm momentan in eine Situation kommt, dass wir viele Patienten mit chronischen Erkrankungen an den Rand der Gesellschaft drängen oder eben einfach ähm aus dem normalen Leben ausgrenzen, was natürlich unter Corona auch relativ schwierig war. Und dass man eben einfach Angebote schafft, die Patienten mit chronischen Erkrankungen auch am normalen Leben teilhaben lassen."*

(siehe Anlage 2)

I2Z122-130: *E: „Was ich vielleicht noch einwerfen würde, ähm viele Patienten mit einer rheumatischen Erkrankung sind psychisch auch sehr angespannt. […] Und ich glaube das ist auch ein sehr schwieriger Punkt, Patienten dahingehend auch einzustellen. Das heißt hier besteht auch noch Handlungsbedarf, und ähm auch unter Einbeziehung anderer Fachgruppen wie Psychotherapeuten beispielsweise."*

(siehe Anlage 3)

Handlungsbedarfe bestehen laut Experten vor allem in Bezug auf Beratungs- und Unterstützungsangebote, welche zur Stärkung der sozialen Teilhabe ausgebaut werden müssten. Des Weiteren müsse mehr Aufklärungsarbeit und die damit verbundene Motivation zur Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen und Selbstmanagementkursen zur Förderung der sozialen Teilhabe geleistet werden.
Weiterer Handlungsbedarf besteht bezüglich der interdisziplinären Zusammenarbeit zur Behandlung psychischer Komorbiditäten. Hier sollte ein fächerübergreifendes und interdisziplinäres Konzept angestrebt werden.
Zudem hat sich herausgestellt, dass gerade in Krisensituationen, Online-Angebote für Rheumaerkrankte fehlten, sodass der Ausbau dieser angezielt werden sollte.

5. Diskussion

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit haben die Ergebnisse der Forschung gezeigt, dass neue und tiefgründige Erkenntnisse zur Thematik soziale Isolation bei Rheumaerkrankten erhoben werden konnten. Die Literaturrecherche zum Thema soziale Isolation in Verbindung mit Rheumaerkrankten gestaltete sich auf Grund mangelnder Literatur schwierig. Trotz dessen lässt sich diese Bachelorarbeit in die bereits vorhandene Literatur zu diesem Themengebiet einordnen, indem die Wichtigkeit der Ergebnisse durch ausgewählte Literatur bestärkt werden kann.
Durch die Forschungsergebnisse der Bachelorarbeit konnte die Frage nach den Bewältigungsstrategien zur Vermeidung sozialer Isolation Beantwortung finden. Durch die Inhaltsanalyse wird erkennbar, dass die genannten Bewältigungsstrategien vorwiegend auf die Bewältigung des Krankheitsgeschehens abzielen. Dabei umfasst Krankheitsbewältigung alle Handlungen, emotionalen und kognitiven Prozesse, die darauf abzielen, mit der Erkrankung, dem Kranksein und den zahlreichen alltagsweltlichen, beruflichen und familiären Implikationen umzugehen. Dabei steht nicht nur die Problemlösung, sondern auch die Regulierung der eigenen Gefühle im Vordergrund (Wolf-Kühn & Morfeld, 2016).

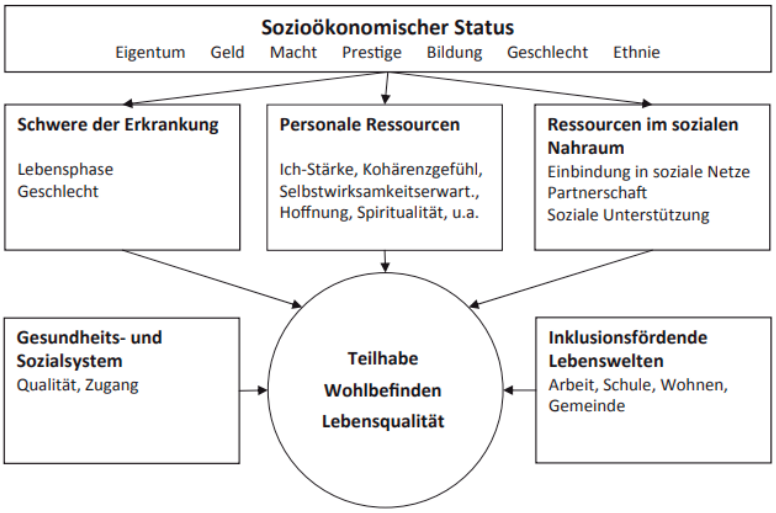

Abbildung 3-Einflussfaktoren auf die Bewältigung einer chronischen Krankheit (Wolf-Kühn & Morfeld, 2016)

Außerdem bedingen weitere Einflussfaktoren die Bewältigung chronischer Erkrankung mit dem Ziel das angestrebte Wohlbefinden, Lebensqualität und die soziale Teilhabe zu erlangen (Wolf-Kühn & Morfeld, 2016). Ähnliche Aspekte sind aus den Experteninterviews herauszufiltern. Diesbezüglich kann die Inanspruchnahme von Selbsthilfeorganisationen oder Peer-Groups zur Förderung sozialer Kontakte und

somit zur Bewältigung des Krankheitsgeschehens beitragen, welche den Einflussfaktor inklusionsfördernde Lebenswelten der Abbildung 3 darstellen. Weiterhin sind personale Ressourcen, wie die richtige Einschätzung eigener Probleme und Gefühle, von Bedeutung. Hier kann die von den Experten genannte Selbstpflegekompetenz eingeordnet werden. Insgesamt kann die Relevanz der von den Experten genannten Maßnahmen zur Bewältigung des Krankheitsgeschehens durch dementsprechende Literatur bestärkt werden. Zusammenfassend zeigt sich, dass sich eine gelingende Krankheitsbewältigung positiv auf die Lebensqualität und die Funktionsfähigkeit Betroffener auswirken kann und dementsprechend eine Maßnahme zur Vermeidung der potenziellen Gefahr der sozialen Isolation darstellt.
Des Weiteren konnte die Frage nach den Maßnahmen, welche behandelnde Ärzt*innen treffen sollten, um Betroffene zum Thema soziale Isolation zu sensibilisieren und langfristig entgegenzuwirken, Beantwortung finden. Dies wird durch die übergeordneten Kategorien zwei bis fünf mit deren jeweiligen Maßnahmen erkennbar. Eine wichtige Maßnahme stellt die Förderung verbliebender Gesundheit dar. Darunter zusammengefasst wurde vor allem der Aspekt der körperlichen Bewegung, der durch das Verweisen auf ambulante Bewegungsangebote und die Verordnung von Bewegungstherapien angestrebt werden soll. Diesbezüglich muss die Eigenaktivität von Rheumakranken gezielt motiviert und unterstützt werden. Die verordneten Bewegungstherapien bieten einen praktischen Ansatz zur Aktivierung der Patient*innen. Dies kann in Form von Physiotherapie, Funktionstraining, medizinischer Trainingstherapie oder Ergotherapie erfolgen. Dabei ist das zentrale Ziel die Funktionsfähigkeit der Patient*innen wiederherzustellen und möglichst langfristig zu erhalten (Mattukat & Thyrolf, 2014). Dies spiegelt sich in den Ergebnissen aus den Experteninterviews wider, wozu jedoch die Verordnung und Inanspruchnahme von physikalischen Therapien hinzugefügt werden kann. Die genannten Maßnahmen können unter anderem in Verbindung mit Selbsthilfegruppen erfolgen. Laut Experten sind Mitglieder in Selbsthilfegruppen sozial und körperlich aktiver und nehmen häufiger an Bewegungsangeboten teil (I3Z90-92). Diesbezüglich ist es wissenschaftlich bewiesen, dass Rheumapatient*innen, die nicht in Selbsthilfegruppen organisiert sind, ambulante Bewegungsangebote zu selten nutzen. Zudem stellte sich heraus, dass Mitglieder in Selbsthilfegruppen eher an ambulanten Bewegungstherapien teilnehmen,

somit in ihrer Freizeit aktiver sind und einen stärkeren Wunsch nach Bewegung haben als Nichtteilnehmer*innen einer Selbsthilfegruppe (Mattukat & Thyrolf, 2014).

Darüber hinaus stellt die Stärkung der sozialen Einbindung eine übergeordnete Kategorie zur Vermeidung der sozialen Isolation dar. Der zentrale Aspekt dieser Kategorie ist die soziale Einbindung durch Selbsthilfegruppen oder Peer-Groups, die auf die Förderung gemeinsamer Aktivitäten abzielen. Auf Grund der Zunahme chronischer Erkrankungen und den daraus resultierenden Anforderungen stößt die medizinische und psychosoziale Versorgung zunehmend an ihre Grenzen. Die Selbsthilfe wurde mit der Einbeziehung in die Sozialgesetzgebung jedoch Teil der Kranken- und Gesundheitsversorgung (§20h SGB V). Dabei helfen Selbsthilfegruppen der Deckung des steigendes Bedarfes an persönlicher Beratung und psychosozialer Unterstützung der Patient*innen. Des Weiteren bieten sie und Peer-Groups ein soziales stabiles Umfeld und generieren auf diese Art gesundheitsfördernde Ressourcen (Mattukat & Thyrolf, 2014). Die positiven Effekte solcher Gruppen bestärken somit die von den Experten getroffenen Aussagen zu dieser Kategorie.

Neben der Stärkung der sozialen Teilhabe ist ein weiterer wichtiger Schritt zur Vermeidung der sozialen Isolation vorrangig das Leisten von Aufklärungsarbeit in Form von Sensibilisierung. Dabei spielen die Aufklärung zu Sport und Bewegung, sowie das Aufmerksam machen auf Selbsthilfegruppen eine wesentliche Rolle. Laut Aussagen aus den Experteninterviews sind zu wenig Rheumakranke in Selbsthilfegruppen organisiert (I2Z115-119). Rheumapatient*innen sind nicht nur chronisch krank, sondern auch auf Grund des Mangels an spezialisierten Ärzt*innen chronisch unterversorgt. Dabei erfüllen Selbsthilfegruppen eine wichtige Funktion bezüglich der Patientenberatung und -unterstützung. Eine schriftliche Umfrage der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie 2020 zeigt, dass nur wenige Patient*innen solche Angebote wahrnehmen. Insgesamt wurden 1027 Patient*innen, die in Rheuma-Ambulanzen behandelt wurden, befragt. Somit weiß nicht einmal jeder Vierte, dass es ein entsprechendes Angebot in der Nähe gibt, sodass gerade einmal vier Prozent der Befragten selbst Mitglieder einer Selbsthilfegruppe sind (Pfizer Corporation Austria Gesellschaft, 2020). Parallelen sind zu einer deskriptiven Querschnittsstudie mit Fragebogenerhebung von 2007 zu erkennen. Insgesamt nahmen an der Befragung 251 Patient*innen mit rheumatoider Arthritis und ankylosierender Spondylitis teil. 15 % der Patient*innen mit rheumatoider Arthritis und

13 % der Patient*innen mit ankylosierender Spondylitis gaben an Mitglieder einer Selbsthilfegruppe zu sein (siehe Abbildung 4). Somit war zu diesem Zeitpunkt nur etwa jeder siebte Patient*in Mitglied in einer Selbsthilfegruppe (Mau & Müller, 2008). Aus diesem Grund ist die Aufklärungsarbeit zu Themen wie Bewegung, Sport und Selbsthilfegruppen umso wichtiger, um die Patient*innen für die Thematik empfänglich zu machen und mit dem Wahrnehmen solcher Angebote und deren positiven Effekte der sozialen Isolation entgegenzuwirken.

Tab. 1 Soziodemographische und krankheitsbezogene Charakteristika der teilnehmenden Patienten

	Rheumatoide Arthritis (n=204)	Ankylosierende Spondylitis (n=47)
Mittleres Alter ±SD [Jahre]	62±11	52±10
Frauen	79%	28%
Höchstens Hauptschule	35%	19%
Erwerbstätigkeit zurzeit	18%	42%
Erwerbsminderungsrente zurzeit	22%	23%
Allein lebend	25%	19%
Mittlere Krankheitsdauer ±SD [Jahre]	15 ± 12	16 ± 9
Schmerzintensität[a]	4,1 ± 2,4	4,4 ± 2,5
Derzeitiger Gesundheitszustand[b]	4,1 ± 2,6	4,5 ± 2,6
Funktionskapazität (Funktionsfragebogen Hannover)		
≤50	22%	19%
>50 ≤ 70	28%	19%
>70	50%	62%
Hilfebedarf bei Alltagsaktivitäten	53%	38%
Mitglied in Selbsthilfegruppe	15%	13%

*Abbildung 4-Soziodemographische und krankheitsbezogene Charakteristika der teilnehmenden Patienten*innen (Mau & Müller, 2008)*

Des Weiteren stellt der multimodale Ansatz laut Experten einen wichtigen Aspekt zum Entgegenwirken der sozialen Isolation dar. Dies ist jedoch nur durch die Verzahnung verschiedener rheumatologischer Leistungsspektren und der daraus resultierenden interdisziplinären Zusammenarbeit möglich. Bei 80 Prozent der Patient*innen mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung treten Komorbiditäten auf (Schmale-Grede, Gromnica-Ihle, & Faubel, 2019); darunter häufig psychische Komorbiditäten, wie aus den Experteninterviews hervorging. Aus diesem Grund ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Bezug auf diese Patientengruppe unabdingbar. Hierzu gehören neben den Orthopäd*innen und internistischen Rheumatolog*innen je nach Erkrankung weitere Disziplinen wie die Physio- und Ergotherapie. Obwohl die Rheumatologie, wie auch aus den Experteninterviews hervorgeht, überwiegend ein

ambulantes Fach ist, kann auf stationäre Behandlungen in vielen Fällen nicht verzichtet werden (Schmale-Grede, Gromnica-Ihle, & Faubel, 2019). Insgesamt muss für eine suffiziente Behandlung ein fächerübergreifendes, interdisziplinäres Konzept im klinischen Alltag angestrebt werden, welches einem multimodalen Ansatz entsprechend sowohl pharmakologische als auch psycho- und soziotherapeutische Komponenten beinhalten (Linsmayer, Neidlinger, & Braus, 2019).

In Bezug auf die vorab aufgegriffenen Kategorien konnten einige Handlungsbedarfe angedeutet werden. Insbesondere die Aufklärung und Motivation zur Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen zur Förderung der sozialen Teilhabe und der Ausbau von Beratungs- und Unterstützungsangeboten stellt einen enormen Handlungsbedarf dar. Hinzuzufügen ist, dass rheumatische Erkrankungen an sich in Deutschland lange unbehandelt bleiben. Einer der Hauptgründe stellt der Mangel an ärztlichen Spezialisten dar. Aus dem Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie geht hervor, dass 1,5 Millionen Menschen an einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung leiden. Dem standen in Deutschland 2015 gerade einmal 776 Rheumatolog*innen zur Verfügung, was 1,1 Rheumatolog*innen je 100.000 erwachsener Einwohner entspricht. Hinzukommend die regionalen Unterschiede und die ungleichmäßige Verteilung. Die Zahl internistischer Rheumatolog*innen betrug beispielsweise in Berlin, Hamburg und Bremen 1,6-2,1 je 100.000 Einwohner, während es in Rheinland-Pfalz 0,8 waren. Das tatsächliche Versorgungsdefizit ist somit größer als angenommen und wird in Abbildung 5 dargestellt. In der ambulanten Versorgung werden laut Abbildung 5 1350 internistische Rheumatolog*innen benötigt, wodurch fast die Hälfte der als Mindestzahl erforderlichen Ärzt*innen fehlen (Zink, et al., 2017).

Tab. 1 Anhaltszahlen und Berechnungen

	Häufigkeit und Bedarf insgesamt in Deutschland	Pro 100.000 Einwohner (E) bzw. Erwachsene (Erw.)
Bedarfszahlen in der ambulanten Versorgung		
Prävalenz entzündlich rheumatische Krankheiten (2,1 %)	1,45 Mio.	2100/100.000 Erw.[a]
Inzidenz entzündlich rheumatische Krankheiten (0,1 %)	0,07 Mio.	105/100.000 Erw.
Bedarf Rheumatologenkontakt prävalente Fälle	4 x p. a. à 20 min	2800 h/100.000 Erw. p. a.
Bedarf Rheumatologenkontakt inzidente Fälle	1,5 × 40 min	105 h/100.000 Erw.
Mitbetreuung Arthrose, Osteoporose, Schmerzsyndrome (10 % von 18 Mio.)	2600 × 15 min	650 h/100.000 Erw.
Leistbar je Rheumatologe	Max. 1760 h p. a.	–
Mindestbedarf	1350 Rheumatologen	–
Ist-Zahl	776 Rheumatologen	–
Mehrbedarf in der ambulanten Versorgung	574 Rheumatologen	–
Bedarfszahlen in der stationären Versorgung		
1. Akutstationäre Versorgung		
Bedarf Bettenzahl[a]	4000 Betten	5 Betten/100.000 E
Ist-Zahl (Hochrechnung)	3300 Betten	–
Mehrbedarf akutstationäre Rheumatologie[a]	700 Betten	–
Bedarf akutstationär tätige internistische Rheumatologen	1 je 10–15 Betten	–
Bedarf weitere ärztliche Mitarbeiter (Fachärzte oder Weiterbildungsassistenten)	1 je 10 Betten	–
Ärzte insgesamt (je nach Einrichtung, ohne Konsil, Lehre, Forschung)	1 je 5 bis 6 Betten	–
Bedarf Rheumatologen bei 4000 Betten	267 bis 400 Rheumatologen	–
2. Rehabilitative Versorgung		
Bedarf GRV/GKV	2 × 20.000 Leistungen p. a. = 3200 Betten/Plätze	4 Betten/Plätze/100.000 E
Ist-Zahl GRV (Hochrechnung)	18.000 Leistungen p. a. = 1440 Betten/Plätze	–
Ist-Zahl GKV (Hochrechnung)	4000 Leistungen p. a. = 320 Betten/Plätze	–
Mehrbedarf stationäre und ganztags ambulante Rehabilitation GRV/GKV	18.000 Leistungen p. a. = 1440 Betten/Plätze	–
Bedarf internistische Rheumatologen in der Rehabilitation	1 je 40 Betten/Plätze	–
Bedarf weitere ärztliche Mitarbeiter (Fachärzte oder Weiterbildungsassistenten)	1 je 40 Betten/Plätze	–
Ärzte insgesamt	1 je 20 Betten/Plätze	–
Mindestbedarf Rheumatologen bei 3200 Betten/Plätzen	80 Rheumatologen	–

Abbildung 5-Anhaltszahlen und Berechnungen der ambulanten rheumatologischen Versorgung (Zink, et al., 2017)

Durch die Experteninterviews konnten eine Reihe an neuen Erkenntnissen und tiefgründigen Informationen erhoben werden, welche durch bestehende Literatur bestärkt werden konnte. Auch wenn die Literatur nicht explizit im Zusammenhang mit dem Thema soziale Isolation steht, konnten die Relevanz der Maßnahmen durch diese gezeigt werden.

6. Limitationen

Im Folgenden wird auf gewisse Limitationen und auf mögliche Weiterführungen eingegangen.

Eine Limitation der vorliegenden Bachelorarbeit stellt der Mangel an aktueller Literatur zur ausgewählten Thematik dar, welche sich vor allem auf die Bewältigungsstrategien und Maßnahmen zur Vermeidung der sozialen Isolation beziehen. Diesbezüglich konnte ebenso kaum auf bestehende Literatur, die sich explizit mit dem Thema soziale Isolation bei Rheumaerkrankten beschäftigt, zurückgegriffen werden. Dadurch wurde das Treffen expliziter Aussagen zur Thematik erschwert, wodurch durch eigenes strukturiertes Denken Zusammenhänge geschlussfolgert werden mussten.

Als weitere Begrenzung kann die geringe Studienlage zur Thematik genannt werden. Bei der Recherche ergaben sich Schwierigkeiten aktuelle Studien zur Thematik zu finden, sowie den Zugriff zu schon bestehenden Studien, welche in Sekundärliteratur aufgegriffen wurden, zu erhalten.

Des Weiteren ist anzumerken, dass die Bachelorarbeit mit deren Ergebnissen auf einer kleinen Untersuchung beruht, da ausschließlich drei Experten aus derselben stationären Einrichtung interviewt werden konnten. Dadurch ist die Untersuchung mit deren Ergebnisse von der Generalisierbarkeit ausgenommen. Trotz dessen konnten mit der Erhebung der Ergebnisse aus den Experteninterviews neue Erkenntnisse und aufschlussreiche Informationen zur Thematik gesammelt und somit praxisnahe Denkweisen erhoben werden. Die breit gefächerten Informationen der Experteninterviews lassen sich auf die unterschiedliche Berufserfahrung, hierarchischen Positionen und des Aufgabenprofils der interviewten Personen zurückführen. Diesbezüglich zeigt sich die Sinnhaftigkeit der ausgewählten Methode in Form der Experteninterviews.

Da der Rahmen der Arbeit in Bezug auf die Erhebung der Bewältigungsstrategien und Maßnahmen zur Vermeidung sozialer Isolation allgemein gefasst ist, bedarf es in weiterer Forschung eine Vertiefung im Umgang mit expliziten Rheumaerkrankungen zum Entgegenwirken sozialer Isolation. Dies würde jedoch den Rahmen der vorliegenden Arbeit überschreiten.

7. Fazit und Ausblick

Abschließend ist zu sagen, dass dem Thema soziale Isolation bei Menschen mit rheumatischen Erkrankungen mehr Berücksichtigung im alltäglichen Setting verschiedener Versorgungsbereiche geschenkt werden muss. Grund dafür sind die durch die Erkrankung zahlreichen bestehenden Probleme und Komorbiditäten, welche die soziale Teilhabe Betroffener gefährden und sich auf den gesamten Alltag derer auswirken. Insbesondere psychische Begleiterkrankungen verstärken die Inaktivität und gleichzeitig die Gefahr sich sozial zu isolieren. Aus diesem Grund sind die Krankheitsbewältigung und der Ausgleich bestehender Belastungen eine wichtige Aufgabe, welcher sich Betroffene stellen müssen. Ziel dabei ist es, nicht nur die Krankheit zu bewältigen, sondern zudem das durch die Erkrankung bestimmende Alltagsleben.

Ein wichtiger Weg in Bezug auf die Chancengleichheit und soziale Teilhabe wurde durch gesetzlich verankerte Leistungsansprüche gelegt, um Betroffene in besonderen Lebenslagen zu unterstützen. Dies ist jedoch lange nicht ausreichend. Die Stärkung der sozialen Teilhabe muss durch gemeinsame Aktivitäten wie Bewegungsangebote gefördert werden. Da verschiedenste Therapieoptionen so wie auch das Organisieren in Selbsthilfegruppen nicht umfassend genutzt werden, muss grundlegend mehr Aufklärungsarbeit geleistet werden. Nur durch die Inanspruchnahme unterschiedlichster Angebote wie Bewegungsförderung oder Funktionstraining kann die verbliebende Gesundheit erhalten und somit schweren Krankheitsverläufen entgegengewirkt werden.

Jedoch muss die Lage der Rheumaerkrankten in weiteren Lebensbereichen verbessert und ein Wegdenken der klassischen Strukturen erfolgen. Die durch das Interview gewonnenen Forschungsergebnisse zeigen, dass viele Maßnahmen zur Vermeidung der sozialen Isolation durch die Unterstützung unterschiedlichster Berufsgruppen erfolgt. Es wird jedoch ersichtlich, dass die Versorgung von Rheumaerkrankten immer noch durch die unzureichende Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungsspektren leidet. Diese müssen koordinierter zusammenarbeiten, vor allem in Hinblick auf die Behandlung psychischer Komorbiditäten. Behandelnde Ärzt*innen müssen dahingehend besser geschult werden, um diese Komorbiditäten fachgerecht mitbehandeln zu können.

Insgesamt wurde durch die vorliegende Bachelorarbeit mit deren erhobenen Forschungsergebnissen die Vielzahl an Maßnahmen zur Vermeidung der sozialen Isolation deutlich. All diese aufgegriffenen Maßnahmen bedingen sich gegenseitig und können nur zusammenhängend eine ausreichende Wirkung zur Vermeidung der sozialen Isolation erzielen. Letztendlich agieren die zahlreichen ärztlichen Maßnahmen als eine Art Wegbegleiter, die durch die Eigeninitiative und vorhandenen Ressourcen Betroffener ergänzt werden müssen. Nur durch die bestmögliche Versorgung in allen Lebensbereichen und einer stabilen Lebenssituation Betroffener kann der sozialen Isolation langfristig entgegenwirkt werden.

Literaturverzeichnis

Bork, H. (2021). Rehabilitation bei rheumatischen Erkrankungen und Osteoporose - eine multidisziplinäre Aufgabe. *Der Orthopäde*(50), S. 886-893. Abgerufen am 04. Oktober 2022 von https://link.springer.com/article/10.1007/s00132-021-04174-w

Brinkmann, V. (2010). Sozialwirtschaft - Grundlagen, Modelle, Finanzierung. *1. Auflage*. Wiesbaden: Gabler Verlag. Abgerufen am 26. November 2022 von https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-8349-8935-2

Chang, H.-D., Radbruch, A., Kallinich, T., Mashreghi, M.-F., Hegazy, A., & Kruglov, A. (05. April 2022). Wie T-Lymphozyten rheumatische Entzündungen koordinieren? *Zeitschrift für Rheumatologie*(81), S. 1-6. Abgerufen am 20. September 2022 von https://link.springer.com/article/10.1007/s00393-022-01186-5

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (Hrsg.). (Februar 2021). *dgrh.de: Rheuma in Zahlen*. Abgerufen am 18. Oktober 2022 von https://www.dgrh.de/Start/DGRh/Presse/Daten-und-Fakten/Rheuma-in-Zahlen.html

Genth, E. (2008). Patientenschulung in der Rheumatologie-eine Übersicht. *Zeitschrift für Rheumatologie*(67), S. 199-205. Abgerufen am 21. September 2022 von https://link.springer.com/article/10.1007/s00393-008-0279-4

Gromnica-Ihle, E. (2015). Leben und Lieben mit Rheuma. *Informationen für Menschen mit rheumatischen Erkrankungen*(4. Auflage). (Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Hrsg.) Abgerufen am 16. November 2022 von https://www.rheuma-liga.de/infothek/publikationen

Gromnica-Ihle, E. (2018). Rheuma ist behandelbar-Ratgeber für Betroffene. Springer Verlag. Abgerufen am 15. September 2022 von https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-56812-5

Liedholz, H. (2022). Soziale Leistungen und Hilfen für Menschen mit Rheuma. (6.). (Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Hrsg.) Abgerufen am 21. September 2022 von https://www.rheuma-liga.de/rheuma/alltag-mit-rheuma/soziale-leistungen-und-hilfen

Linsmayer, D., Neidlinger, P.-K., & Braus, D. (2019). Rheuma und Psyche - Eine Kurzübersicht. *Der Orthopäde*(48), S. 957-962. Abgerufen am 15. November 2022 von https://link.springer.com/article/10.1007/s00132-019-03812-8

Loisl, D., & Puchner, R. (2008). Diagnose Rheuma-Lebensqualität mit einer entzündlichen Gelenkerkrankung. (2. Auflage). Wien, New York: Springer Verlag. Abgerufen am 15. September 2022 von https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-211-75638-6

Mattukat, K., & Thyrolf, A. (2014). Soziale Teilhabe und Alltagsaktivitäten von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. *Zeitschrift für Rheumatologie*(73), S. 42-48. Abgerufen am 23. August 2022 von https://link.springer.com/article/10.1007/s00393-013-1209-7

Mau, W., & Müller, A. (2008). Rehabilitative und ambulante physikalische-medizinische Versorgung von Rheumakranken. *Zeitschrift für Rheumatologie*(67), S. 542-553. Abgerufen am 24. November 2022 von https://link.springer.com/article/10.1007/s00393-008-0318-1

Mayring, P. (2010). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*(1. Auflage). (G. Mey, & K. Mruck, Hrsg.) Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Abgerufen am 10. November 2022 von https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-531-92052-8_42

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. (12. überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Pantel, D. (2021). Gesundheitliche Risiken von Einsamkeit und sozialer Isolation im Alter. *Geriatrie-Report*(16), S. 6-8. Abgerufen am 27. September 2022 von https://link.springer.com/article/10.1007/s42090-020-1225-0

Parthier, K., & Drambyan, Y. (2014). Erwerbsfähigkeit erhalten und berufliche Teilhabe sichern. *Zeitschrift für Rheumatologie*(73), S. 20-26. Abgerufen am 21. September 2022 von https://link.springer.com/article/10.1007/s00393-013-1206-x

Peters, M. (2020). *Rheuma - rechtzeitig reagieren. Ein Ratgeber für Betroffene.* (Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Hrsg.) Abgerufen am 18. Oktober 2022 von https://www.rheuma-liga.de/rheuma/ist-es-rheuma

Pfizer Corporation Austria Gesellschaft (Hrsg.). (2020). Dringender Bedarf für mehr Selbsthilfe. *Rheuma plus*(19), S. 67-68. Abgerufen am 24. November 2022 von https://link.springer.com/article/10.1007/s12688-020-00328-4

Schmale-Grede, R., Gromnica-Ihle, E., & Faubel, U. (2019). Menschen mit entzündlichen rheumatischen Erkrankungen brauchen ein interdisziplinäres Behandlerteam. *Der*

Orthopäde(48), S. 900-901. Abgerufen am 24. November 2022 von https://link.springer.com/article/10.1007/s00132-019-03785-8

Wolf-Kühn, N., & Morfeld, M. (2016). Rehabiliationspsychologie. *Basiswissen Psychologie*. (J. Kriz, Hrsg.) Wiesbaden: Springer Verlag. Abgerufen am 22. September 2022 von https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-531-93133-3

Wollenhaupt, J. (2012). Entzündlich-rheumatische Erkrankungen im höheren Lebensalter. *Der Internist*(53), S. 1020-1027. Abgerufen am 13. November 2022 von https://link.springer.com/article/10.1007/s00108-012-3031-8

Zeidler, H., & Michel, B. (Hrsg.). (2018). Differezialdiagnose rheumatischer Erkrankungen. (5. Auflage). Springer Verlag. Abgerufen am 15. September 2022 von https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-56575-9

Zink, A., Braun, J., Gromnica-Ihle, E., Krause, D., Lakomek, H., Mau, W., & Müller-Ladner , U. (2017). Memorandum der Deuschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie - Update 2016. *Zeitschrift für Rheumatologie*(76), S. 195-207. Abgerufen am 24. November 2022 von https://link.springer.com/article/10.1007/s00393-017-0297-1

Anhang

Anhang 1 – Interviewleitfaden

LEBEN MIT RHEUMA
–
BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN UND MASSNAHMEN ZUR VERMEIDUNG SOZIALER ISOLATION

INTERVIEWLEITFADEN: ERSTE UNTERSUCHUNGSSCHRITTE

Interviewer: Theresa Marciniak

EINLEITUNG

Guten Tag Herr Dr. ...,

bevor wir mit dem Interview anfangen, möchte ich mich vorab kurz vorstellen. Mein Name ist Theresa Marciniak und ich bin Studentin der Berufspädagogik für Gesundheitsfachberufe im 7. Semester an der Hochschule Neubrandenburg. Momentan schreibe ich meine Bachelorarbeit, welche Anlass diesen Experteninterviews ist.

Bei dem Forschungsprojekt handelt es sich um die Thematik: Leben mit Rheuma – Bewältigungsstrategien und Maßnahmen zur Vermeidung sozialer Isolation. Bei Patienten*innen mit chronisch verlaufenden rheumatischen Erkrankungen ist die soziale Einbindung auf Grund zahlreicher gesundhetlicher Probleme und damit einhergehender reduzierter Ressourcen oftmals gefährdet. Trotz medikamentöser Fortschritte ist das Ausüben von Aktivitäten des alltäglichen Lebens oft nur noch eingeschränkt oder mit fremder Hilfe möglich. Aus diesem Grund sind Rheumaerkrankte von der erhöhten Gefahr der sozialen Isolation betroffen, welche natürlich zudem erhebliche Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit haben kann. Umso wichtiger ist es hierbei natürlich, dass die behandelnden Ärzte*innen unterschiedlichste Möglichkeiten nutzen, um körperlichen Inaktivität und sozialer Isolation entgegenzuwirken.

Dieses aufgegriffene Problem soll somit Fokus des heutigen Interviews sein. Diesbezüglich soll in Erfahrung gebracht werden, welche Maßnahmen behandelnde Ärzte*innen ergreifen sollten, um Patienten*innen mit einer rheumatischen Erkrankung in Hinblick auf das Risiko der sozialen Isolation zu sensibilisieren und dieser langfristig entgegenwirken zu können. Ziel des Forschungsprojektes mit den heute gewonnenen Informationen aus dem Interview soll es sein, die Achtsamkeit der Erkrankten für das erhöhte Risiko der sozialen Isolation zu wecken.

Das Interview ist in folgender Weise untergliedert: Zuerst möchte ich Ihnen ein paar Fragen zur Person, sowie zur aktuellen beruflichen Tätigkeit stellen. Im zweiten Teil des Interviews möchte ich mich mit Ihnen gern mit der Hauptthematik auseinandersetzen.

Wenn Sie damit einverstanden sind, würde ich gerne das Gespräch mit einem Tonband aufnehmen, um den Gesprächsverlauf im Nachhinein nachvollziehen zu können. In diesem Fall werden weder personenbezogene Daten weitergegeben noch veröffentlicht. Des Weiteren werden alle weiteren Daten, welche Rückschlüsse zu ihrer Person geben könnten, bei der Transkription anonymisiert.

Um den Gesprächsverlauf besser zu steuern, habe ich einen Interviewleitfaden entworfen, in dem alle wichtigen Fragen zur Thematik festgehalten sind. Sollten einige Aspkete besonders interessant sein, besteht die Möglichkeit, dass ich Nachfragen stelle, um diese dann ausführlicher zu besprechen. Sollten Sie einige Fragen inhaltlich nicht verstehen, bitte ich Sie dies rechtzeitig anzusprechen.

Zum Schluss möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass in diesem Interview ihre ganz persönliche Meinung zum Thema gefragt ist.

Nun möchte ich Sie bitten diese Einverständniserklärung zu unterschreiben, um die erhobenen Daten letztendlich für Forschungszwecke verwenden zu dürfen.

PERSONENBEZOGENE DATEN

Bevor wir mit dem eigentlichen Interview beginnen, habe ich einige Fragen zur Person.

(1) Wie alt sind Sie?
(2) Geschlecht:

BERUFLICHE TÄTIGKEIT

Kommen wir nun zur beruflichen Tätigkeit.

(1) Können Sie kurz ihren beruflichen Werdegang vom Schulabschluss bis zum Eintritt beim jetzigen Arbeitgeber aufgreifen?
(2) Wie lange arbeiten Sie nun schon im jetzigen Unternehmen?
(3) Wie sah die berufliche Entwicklung innerhalb des Unternehmens aus?
(4) Was sind die momentanen Kernaufgaben im jetzigen Unternehmen?

HAUPTTHEMATIK

(1) Wie sehen Sie die aufgegriffene Problemstellung? Meinen Sie, dass die soziale Isolation bei Menschen mit einer rheumatischen Erkrankung ein präsentes Thema ist?
(2) Wie aktuell ist das Problem im stationären oder auch ambulanten Bereich? Berichten Patienten*innen beispielsweise von Problemen bezüglich sozialer Einbindung?
(3) Welche Bewältigungsstrategien könnten ihrer Meinung nach Betroffene anwenden, um der potenziellen Gefahr der sozialen Isolation entgegenzusteuern?
(4) Welche Maßnahmen sollten ihrer Meinung nach behandelnde Ärzte*innen treffen, um Menschen zum Thema soziale Isolation zu sensibilisieren?
(5) Wie kann der potenziellen Gefahr der sozialen Isolation langfristig entgegengewirkt werden?
(6) Wo sehen Sie insgesamt Handlungsbedarf?
(7) Gibt es noch weitere Aspekte, welche Ihnen wichtig wären, die noch nicht angesprochen wurden?

Zu jeder dieser Fragestellungen können Rükfragen gestellt werden, um wichtige Aspekte zu vertiefen.

RÜCKBLICK/AUSBLICK

Nach Beantwortung der letzten Fragen wird das Interview nochmal kurz zusammengefasst.

Zum Schluss möchte ich Ihnen für Ihre wertvolle Zeit danken. Die durch das Interview gewonnenen Informationen sollen nun Grundlage für die Bearbeitung meiner Bachelorarbeit sein. Wenn Sie diesbezüglich auf dem Laufenden gehalten werden wollen, lassen Sie es mich gern wissen.

EINVERSTÄNDNISERKLRÄUNG ZUM INTERVIEW

Forschungsprojekt:	Leben mit Rheuma – Bewältigungsstrategien und Maßnahmen zur Vermeidung sozialer Isolation
Durchführende Institution:	Hochschule Neubrandenburg
Interviewer*in:	Theresa Marciniak
Interviewdatum:	

Ich erkläre mich dzu bereit, im Rahmen des genannten Forschungsprojektes an einem Interview teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Forschungsprojektes informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet wird. Die Transkripte der Interviews werden anonymisiert, d.h. ohne Namen und Personenangaben gespeichert. Eine Identifizierung der interviewten Person ist somit ausgeschlossen.

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze aus den Transkripten, die nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für Forschungszwecke genutzt werden können.

Meine Teilnahme an der Erhebung und meine Zustimmung zur Verwendung der Daten, wie oben beschrieben, sind freiwillig. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Zustimmung zu widerrufen. Durch Verweigerung oder Widerruf entstehen mir keine Nachteile. Ich habe das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung und Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch gegen die weitere Verarbeitung sowie auf die Datenübertragbarkeit meiner personenbezogenen Daten.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es aufgezeichnet, verschriftlicht, anonymisiert und ausgewertet wird.

Ort, Datum, Unterschrift Interviewte*r	Ort, Datum, Unterschrift Interviewer*in

Anhang 2 – Experteninterview 1

M=Moderatorin E=Experte

[Die Experten wurden vorab über das Ziel und den Verlauf des Forschungsprojektes informiert und über alle notwendigen Formalitäten aufgeklärt. Hierbei wurde sich an den ausgearbeiteten Inhalt des Interviewleitfadens gehalten. Die Einleitung der drei geführten Interviews entspricht der aus dem Leitfaden. Aus diesem Grund wird mit der Transkription erst ab den personenbezogenen Daten angefangen. Der Ort in Bezug auf die Unterschriften auf der Einverständniserklärung werden unkenntlich gemacht, damit der Ort des Krankenhauses nicht nachvollzogen werden kann.]

M: Soweit erstmal, bevor wir mit dem eigentlichen Interview beginnen, habe ich erstmal einige Fragen zur Person. Wie alt sind Sie?
E: 55 Jahre.
M: Und das Geschlecht ist männlich richtig?
E: Genau.
Super, dann kommen wir einmal zur beruflichen Tätigkeit. Dabei möchte ich Sie bitten, kurz den beruflichen Werdegang von Schulabschluss bis zum Eintritt beim jetzigen Arbeitgeber aufzugreifen.
E: Also ich habe Abitur gemacht in den Niedersachsen. Habe danach Zivildienst gemacht in Hannover im Bereich Krankentransport und Rettungsdienst. Danach habe ich studiert. Medizin erstmal an der Götheuniversität in Frankfurt und in Marburg dann den klinischen Teil. Mein PJ hab ich in Kassel absolviert und habe danach meine ärztliche Tätigkeit in Hildesheim begonnen. (…) 5 Jahre innere Medizin, davon ein Jahr in der Radiologie. Im weiteren Verlauf habe ich dann die Stelle gewechselt und bin dann längere Zeit bei der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung gewesen (…) im ärztlichen Zentrum für Qualität als ärztlicher Referent. Und da wurden einige Entscheidungen für das deutsche Gesundheitssystem und auch internationale Entscheidungen dann getroffen, die ich vorbereitet habe. Dann bin ich die Rheumatologie gekommen nach Bad Bramenstedt. Bin dort Internist, Rheumatologe und Osteologe geworden. (…) Bin dort nach mehrjähriger Tätigkeit dann nach Schwerin gewechselt. Habe initial die Nephrologie da mitgemacht und die Rheumatologie aufgebaut ehe ich dann in Greifswald angefangen habe an der Universität den

Schwerpunkt Rheumatologie aufzubauen. Und bin jetzt seit 7 Jahren Chefarzt hier im jetzigen Unternehmen.

M: Super, ja das wäre dann die nächste Frage gewesen, wie lange Sie nun schon im jetzigen Unternehmen arbeiten. Aber die Frage haben wir ja nun schon beantwortet. Genau, dann möchte ich gerne noch wissen wie die berufliche Entwicklung innerhalb des jetzigen Unternehmens ausgesehen hat.

E: Ich bin als Chefarzt eingestiegen und bin immer noch Chefarzt. Die ist relativ stabil.

M: Das hört sich doch gut an (Lachen von beiden Seiten). Und, ähm, was sind die momentanen Kernaufgaben im jetzigen Unternehmen?

E: Also das wichtigste ist die Patientenbetreuung, ja. Und dann aber auch die Administration, die ähm organisatorische Leitung der Abteilung, die Ausbildung von Kollegen, die Fortbildung von anderen Kollegen. (…) Ähm, die Klärung von Personalangelegenheiten, Administration in Hinblick auf Krankenkassenanfragen und Außendarstellung der Abteilung.

M: Okay danke, dann wars das auch schon zur beruflichen Tätigkeit. Nun zur Hauptthematik. Insgesamt sind es sieben Fragen. Starten wir mit der ersten Frage. Ähm, wie sehen Sie die aufgegriffene Problemstellung? Sind Sie auch der Meinung, dass die soziale Isolation bei Menschen mit einer rheumatischen Erkrankung ein präsentes Thema ist?

E: Es ist ein sehr präsentes Thema. Ich würde noch ein bisschen ein Fokus mitreinbringen, dass die soziale Isolation durch den Schmerz und die Bewegungsunfähigkeit dann eben noch ne Rolle mitspielt. Und dann Patienten sich eben auch nicht trauen durch einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus zum Beispiel. Sodass einerseits die Grunderkrankung selbst die soziale Isolation fördert. Andererseits auch die Krankheitsbewältigung Probleme macht. (…) Ich bin gerade dabei ein Vortrag bzw. ein Seminar vorzubereiten für Rheuma und Depressionen und das gestaltet sich relativ schwierig, einfach auch die Prävalenz der Depression zum Beispiel anzugeben. Da sprechen einige Quellen von (…) 14 Prozent, andere von 16 Prozent. Und das Problem ist, dass man das halt sehr schwer trennen kann, weil die Beschwerden sich häufig überlappen. Also gestörter Schlaf, Schmerzen, Antriebslosigkeit. Sodass das ein wichtiges Thema ist, was dazu führt und das ist auch durch die letzten Jahre durch die Corona-Situation natürlich, ähm, deutlich verschärft worden. Ich bin Präsident der X hier im Land und sehe zu, dass jetzt, wenn jetzt die ersten öffentlichen Veranstaltungen wieder stattfinden, versuche relativ präsent zu sein und viele Patienten eben auch persönlich zu sehen.

M: Gut, dann kommen wir schon zur zweiten Frage. Wie aktuell ist das Problem im stationären oder auch ambulanten Bereich? (…) Weil, sie arbeiten ja auch einerseits stationär und haben auch ihre eigene Praxis. Berichten da Patient*innen beispielsweise von Problemen bezüglich sozialer Einbindung oder eher weniger?

E: Berichten sie sehr deutlich und ähm wir führen ja ein anonymisiertes Interview und wir haben auch gerade ein Patienten auf Station, den ich explizit aus diesem Grund auch eingewiesen habe, wo das medizinische ein bisschen im Hintergrund steht, aber die Mobilisierung und eben auch die mentale Aufbauarbeit das Wichtige ist. Also es ist ein Riesenproblem und die Patienten haben neben der sozialen Isolation natürlich im Moment auch Angst vor Infektion, Kriegsangst. Angst davor ihre Medikamente nicht zu kriegen. Also spielen viele affektive Bereiche eine Rolle.

M: Ähm, nun haben Sie vorhin auch gesagt, dass Betroffene beispielsweise unter Schlafstörungen oder Antriebslosigkeit leiden, welches ja auch potenzielle Begleiterscheinungen sind, die in die soziale Isolation führen können. Welche Bewältigungsstrategien können ihrer Meinung nach Betroffene anwenden, um der potenziellen Gefahr der sozialen Isolation entgegenzusteuern?

E: Ähm (…), grundsätzlich ist es erstmal so die Form der Krankheitsbewältigung. Dass die Patienten halt selber mit ihrer Erkrankung gut umgehen können, dass sie versuchen sich nicht von der Erkrankung dominieren zu lassen. (…) Und auch dann andere Angebote wie zum Beispiel die Rheuma-Liga, also Selbsthilfegruppen zum Beispiel oder andere Peer-Groups wahrzunehmen oder zu besuchen. Und ähm dort im Austausch zu bleiben und das ist auch der Grund weswegen wir zum Beispiel relativ viel Funktionstraining, ähm Reha-Sport, also gemeinsame Aktivitäten auch verordnen und versuchen die Patienten da mitzunehmen.

M: Und diesbezüglich kommen wir nun auch schon zur Hauptfragestellung. Welche Maßnahmen sollten ihrer Meinung nach behandelnde Ärzt*innen treffen, um Menschen zum Thema soziale Isolation zu sensibilisieren?

E: Kurze Rückfrage, Rheumatologen oder alle behandelnden Ärzte?

M: Ich würde sagen wir sprechen hier ähm von allen behandelnden Ärzten, da beispielswiese Hausärzte oder auch Orthopäden eine wichtige Rolle bei der Behandlung spielen.

E: Also vielleicht ist es wichtig, dass man den Patienten gewisse Zeit gibt sich auch mal zu äußern, zu reden. Und dass man sich ein Bild von den Patienten macht. Ähm und sieht, wie

die Patienten eingebunden sind. Ob sie beispielsweise familiär gut eingebunden sind. (…) Ich gucke immer, wann die Patienten Geburtstag haben. Und frag dann immer haben sie Geburtstag gefeiert, waren sie unterwegs. Wenn man die Patienten länger kennt, dann kennt man auch die Hobbies. Ich habe eine Patientin, die geht gerne zu Konzerten, zu den Stones oder anderen Interpreten. Und dann frage ich, wo sie dann wieder war. Also dass man halt versucht, son bisschen biographische Aspekte auch in die Betreuung mitreinzubringen und danach zu fragen. (…) Und dann eben darauf zu achten, wenn Aspekte auffallen, wo die Patienten wenig schwingungsfähig sind, einsilbig sind, viel Schlafen, dass man eben versucht zu sehen, ob es depressive Tendenzen gibt. Und das eventuell dann auch zu thematisieren oder auch andere Kollegen miteinzubeziehen.

M: Also ist es beispielsweise auch eine sinnvolle Möglichkeit, dass man die Patient*innen dahingehend sensibilisiert, indem man zum Beispiel auch bei Aufnahmegesprächen das potenzielle Problem schonmal anspricht? Also Aufklärungsarbeit leistet. (…) Oder auch Aufklärung zu Sport, Bewegung gibt. Welche positiven Effekte das auch hat.

E: Grundsätzlich haben Sie Recht. Ich befürchte aber, ähm, dass das vielleicht im Aufnahmegespräch überfordernd sein kann. Und es gibt in der Psychologie das sogenannte Transtheoretische Modell von Prochaska, der darauf geachtet hat, dass die richtige Intervention zum richtigen Zeitpunkt kommt. Das heißt also, wenn Sie jemanden motivieren wollen kein Alkohol zu trinken, dann können Sie ihm sagen Alkohol trinken ist schädlich. Das würde er wahrscheinlich schon wissen. Er hat wahrscheinlich aber selber schon, ähm, einige Versuche gemacht und ist daran gescheitert, sodass man mit einer Information, die pauschal jetzt nicht helfen kann, dann ist es halt wichtiger zu wissen, wo kann man ihn unterstützen. Und wenn er zum Beispiel schonmal eine Entgiftung durchgemacht hat, wäre er in einer anderen Phase, wo er ne Erhaltungstherapie, in Anführungszeichen er bräuchte andere unterstützende Angebote. Also ich find es prinzipiell viel wichtiger, dass die aufnehmende Pflegekraft oder wer auch immer den ersten Kontakt hat, einfach ein bisschen Gefühl dafür kriegt was mit dem Patienten los ist. Ob das jetzt ein reines Schmerzproblem ist oder ob noch irgendwelche anderen Sachen noch eine Rolle spielen. Und dass dann tatsächlich so kanalisiert, die Informationen weitergibt, dass sich die anderen weiteren betreuenden Fachdisziplinen auch ein Urteil bilden können. Und dass man das beispielsweise bei einer

Teambesprechung auch anspricht. Aber ich glaub im ersten Kontakt ist es vielleicht sehr schnell und sehr viel.

M: Ja okay. Und im ambulanten Bereich ist es beispielsweise ja auch wieder ein bisschen anders.

E: Ja, (…) aber da versuche ich auch dann erstmal mir die Situation schildern zu lassen. Veranlasse dann erste Untersuchungen, Leistungen und vereinbare ein zweites Gespräch, sodass ich dann erstmal diese Hürde, die die Patienten haben, da sie ja häufig eineinhalb bis zwei Jahre auf den Erstkontakt warten, dann haben die ganz viele Sachen, die sie erzählen wollen. Da kriegt man am Anfang schon mal ein Bild und dann macht man erstmal das eine fertig und dann lässt man sie kommen und dann guckt man im zweiten Kontakt mal ob der erste Eindruck getäuscht hat oder nicht.

M: Und diesbezüglich ist natürlich die Arzt-Patienten-Beziehung auch ein wichtiger Aspekt.

E: Das ist letztendlich das Entscheidende. Diesbezüglich ist aber auch die Wahrnehmung des Teams auf Station wichtig. Ich sehe ja die Patienten, die hier stationär waren, häufig im ambulanten Bereich wieder oder schicke sie eben aus der Ambulanz rein. Und frage auch jedes Mal explizit, wie ihnen der Aufenthalt gefallen hat. Da geht’s nicht um medizinische Leistungen, sondern mir gehts darum haben sie die Mannschaft als Team wahrgenommen, haben sie sich um sie gekümmert, sind die auf ihre Bedürfnisse eingegangen. Und das wird hier sehr hoch angesehen. Also man muss die Betroffenen nicht gerade zu darauf ansprechen, man macht sie schon empfänglich, indem man das Bewusstsein schafft, wie sie an der Gesellschaft teilhaben, wie sie von zum Beispiel vom Team auf Station integriert werden. Also sie merken dann auch von selbst wie wichtig soziale Teilhabe eigentlich ist.

M: Okay ich danke Ihnen. Das nun zum Thema Sensibilisierung. Wie kann aber letztendlich der potenziellen Gefahr der sozialen Isolation langfristig entgegengewirkt werden? Also bestimmt in dem man Heilmittel verordnet, Bewegungstherapien verschreibt oder vielleicht den Betroffenen auch darauf hinweist, dass es Selbsthilfegruppen gibt. Obwohl ich gelesen habe, dass viele Betroffene nicht in einer Selbsthilfegruppe organisiert sind.

E: Hmh, also es ist ja immer die Frage, wie Selbsthilfegruppen aufgebaut sind. Und wir haben hier auch schon viele verschiedene Diagnosen erlebt mit verschiedenen Menschen, die in Selbsthilfegruppen waren. Und wenn das eine Selbsthilfegruppe ist, die sich hauptsächlich mit Schmerz und ihrem eigenen Problem beschäftigt, dann ist es schwierig. Wenn Sie sich aber

die Rheuma-Liga hier anschauen angucken, die fahren beispielsweise nach Dargun oder nach Greifswald in die Salzgrotte oder machen auch Unternehmungen, die jetzt erstmal nicht viel mit Rheuma zu tun haben, aber immer eine feste Gruppe von knapp 15 Personen sind. Da glaube ich eben, dass der Peer-Group-Gedanke ganz wichtig ist.

M: Und welche weiteren Möglichkeiten gibt es, um der sozialen Isolation langfristig entgegenzuwirken?

E: Da sind zum Beispiel ambulante Bewegungsangebote sehr wichtig. Und viele haben momentan auch Angst, dass Schwimmbäder angesichts der Energiekrise zu machen. Ich war vor kurzem auch in Rostock zum Tag der offenen Tür als die Rheuma-Liga umgezogen ist. Und da wurde auch ganz stolz berichtet, dass man wieder zwei Wassergruppen aufgemacht hat, in Heringsdorf und Greifswald. (…) Das ist wichtig, das man überhaupt daran denkt, dass diese Patienten was brauchen. (…) Letztendlich sind zwei Sachen ganz wichtig. Das eine im individuellen Verhältnis. Dass man das thematisiert, wenn man den Eindruck hat, also darauf anspricht. Und sagt, ich hab den Eindruck, sie leiden darunter. Es könnte Ihnen besser gehen, wenn sie mehr Ansprechpartner hätten oder mehr Kontakt hätten. Und das andere, dass man eben auch durch Aufklärungskampagnen in der Bevölkerung informiert, dass das eben keine Erkrankung ist, die in die Ecke gedrückt wird oder stigmatisiert wird. Es war ja früher Jahre so, dass die Rheumatologie eigentlich nur in Co-Kliniken stattgefunden hat, außerhalb der Stadt. Einfach vor dem Hintergrund, weil es eben keine guten Therapien gab und es chronisch motorische Schmerzpatienten waren.

M: Und dann nochmal kurz (…) ähm. Sie hatten ja vorhin auch gesagt, dass sie viele Patient*innen, die bei Ihnen ambulant betreut werden, auch stationär einweisen. Also sind ja letztendlich auch stationär ablaufende Therapieoptimierungen oder neue medikamentöse Einstellungen weitere Maßnahmen, die dazu beitragen, dass man der sozialen Isolation entgegenwirken kann.

E: Auf jeden Fall. Natürlich ist unser Fach vorwiegend ambulant, aber wir brauchen eben auch stationäre Einrichtungen, um mal im multimodalen Ansatz was zu erreichen, was wir ambulant so nicht schaffen. Und auch die Verzahnung mit Reha-Kliniken ist wichtig. Dass man eben einfach weiß, es gibt den ambulanten Bereich, den stationären Bereich, den tagesklinischen Bereich und kann eben mit der Reha noch eindeutig Informationen weitergeben. Und kann somit viele Redundanzen und unterschiedliche Einschätzungen eben verhindern.

M: Aber insgesamt spielen ja auch die motivationalen Ressourcen der Betroffenen eine sehr große Rolle.

E: Diesen Aspekt finde ich sehr gut. Das lernen sie so als Arzt nicht, ich weiß auch nicht, ob das die Pflegekräfte so lernen. Ich hab ja auch eine Psychotherapie-Ausbildung. Und da sollte man immer sehr stark nach Ressourcen, Mentalisierungsfähigkeit und Struktur der Patienten schauen und versuchen dann auch das Gespräch dementsprechend zu führen. Und bei vielen Betroffenen ist es so, dass es ihnen wichtig ist, mit anderen Menschen in Kontakt kommen zu können. Das äußern auch sehr viele Patienten bei mir in der Praxis.

M: Wenn wir jetzt einmal das Gespräch Revue passieren lassen. Wo sehen Sie insgesamt Handlungsbedarf?

E: Ja ich glaub einfach, dass man ähm momentan in eine Situation kommt, dass wir viele Patienten mit chronischen Erkrankungen an den Rand der Gesellschaft drängen oder eben einfach (…) ähm aus dem normalen Leben ausgrenzen, was natürlich unter Corona auch relativ schwierig war. Und dass man eben einfach Angebote schafft, die Patienten mit chronischen Erkrankungen auch am normalen Leben teilhaben lassen.

M: Kommen wir nun zur letzten Frage. Gibt es noch weitere Aspekte, welche Ihnen wichtig wären, die noch nicht angesprochen wurden?

E: Ich glaub wir haben schon relativ viel und relativ breit angesprochen. Tatsächlich glaub ich, dass es wichtig ist, dass man die Patienten wahrnimmt. Sich auch selbst dabei zu überprüfen. Auch zu prüfen, ob die Hypothese stimmt. Und zu sehen, welche Möglichkeiten es gibt. (…) Das machen die Rheumatologen glaub ich schon relativ gut. Dadurch, dass wir die Patienten ja in unterschiedlichen Dimensionen einschätzen. Wir habe die Diagnose, Krankheitsaktivität und wir haben die Funktion. Sodass wir halt immer überlegen, die Patienten sind schwerst verstümmelt, behindert und können sich aber trotzdem gut bewegen, sind gut integriert. Und dann haben wir Patienten, die eben fast gar nicht körperlich beeinträchtigt sind und ziehen sich aus dem Leben aber total zurück. Und beides wahrzunehmen ist sehr wichtig.

M: Ich möchte Ihnen für ihre wertvolle Zeit danken. Die durch das Interview gewonnen Informationen sollen nun Grundlage für die Bearbeitung meiner Bachelorarbeit sein. Wenn Sie diesbezüglich auf dem Laufenden gehalten werden wollen, lassen Sie mich es gern wissen.

E: Ich danke Ihnen. Und klar, sehr gerne möchte ich auf dem Laufenden gehalten werden.

EINVERSTÄNDNISERKLRÄUNG ZUM INTERVIEW

Forschungsprojekt:	Leben mit Rheuma – Bewältigungsstrategien und Maßnahmen zur Vermeidung sozialer Isolation
Durchführende Institution:	Hochschule Neubrandenburg
Interviewer*in:	Theresa Marciniak
Interviewdatum:	

Ich erkläre mich dzu bereit, im Rahmen des genannten Forschungsprojektes an einem Interview teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Forschungsprojektes informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet wird. Die Transkripte der Interviews werden anonymisiert, d.h. ohne Namen und Personenangaben gespeichert. Eine Identifizierung der interviewten Person ist somit ausgeschlossen.

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze aus den Transkripten, die nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für Forschungszwecke genutzt werden können.

Meine Teilnahme an der Erhebung und meine Zustimmung zur Verwendung der Daten, wie oben beschrieben, sind freiwillig. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Zustimmung zu widerrufen. Durch Verweigerung oder Widerruf entstehen mir keine Nachteile. Ich habe das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung und Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch gegen die weitere Verarbeitung sowie auf die Datenübertragbarkeit meiner personenbezogenen Daten.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es aufgezeichnet, verschriftlicht, anonymisiert und ausgewertet wird.

Anhang 3 – Experteninterview 2

M: Gut, bevor wir dann mit dem eigentlichen Interview anfangen, möchte ich Ihnen einige Fragen zur Person stellen. Wie alt sind Sie, wenn ich fragen darf?

E: Ich bin 43 Jahre alt.

M: Und das Geschlecht männlich?

E: Ja richtig. (Schmunzeln von beiden Seiten)

M: Dann würden wir nun zur beruflichen Tätigkeit kommen. Ich möchte Sie bitten, kurz den beruflichen Werdegang vom Schulabschluss bis zum Eintritt beim jetzigen Arbeitgeber aufzugreifen.

E: Ich bin damals als ich jung war, mit meinen Eltern in die Nähe von Greifswald gezogen. Habe dann dort mein Abitur gemacht. (…) Habe mich dann entschieden erstmal eine Ausbildung zum Krankenpfleger zu machen. Und habe dann noch einige Zeit in diesem Beruf gearbeitet und habe mich dann entschieden Medizin zu studieren. Habe dann einige Zeit in Greifswald an der Universität gearbeitet. (…) Habe dann meine Facharztausbildung für Rheumatologie gemacht. Und bin dann nach einigen Jahren Berufserfahrung als Oberarzt eingestellt worden.

M: Sehr schön. Und wie lange sind Sie nun schon im jetzigen Unternehmen beschäftigt?

E: Ich bin ähm seit knapp 2,5 Jahren hier als Oberarzt tätig.

M: Und dann möchte ich noch gerne von Ihnen wissen, wie die berufliche Entwicklung im jetzigen Unternehmen ausgesehen hat.

E: Ähm ja, also ich wurde vor knapp 2,5 Jahren als Oberarzt eingestellt und ähm habe diesen Posten auch immer noch.

M: Und würden Sie mir dann noch die momentanen Kernaufgaben, die Sie ähm im jetzigen Unternehmen durchführen, schildern?

E: Ja, also ich bin hauptsächlich für die Patientenaufnahmen und Patientenbetreuung zuständig. Das heißt, wenn Patienten bei uns stationär eingewiesen werden, dann ist es meine Aufgabe mit den Patienten ein Erstgespräch zu führen. Und die Patienten halt aufzunehmen. Und ähm dann im weiteren Verlauf wird dann geschaut, inwiefern die Patienten behandelt, werden können. (…) Da ist dann auch meine Aufgabe das Mitwirken bei der Diagnostik und zu schauen, welche Therapiemöglichkeiten ähm es gibt, für die Patienten.

M: Ich danke Ihnen, soweit nun zur beruflichen Tätigkeit. Jetzt würde ich gern mit der Hauptthematik anfangen, die ich ähm ja vorhin schon angesprochen habe. Dann würde ich

jetzt einfach mal mit der ersten Frage anfangen. Ja, wie sehen Sie die aufgegriffene Problemstellung? Meinen Sie, dass die soziale Isolation bei Menschen mit einer rheumatischen Erkrankung ein präsentes Thema ist?

E: Ja, auf jeden Fall ist es ein präsentes Thema, was ähm aber leider für die Öffentlichkeit nicht präsent genug gemacht wird. Rheuma wird größtenteils immer noch so von der Gesellschaft abgetan, als wenn es ja keine ernstzunehmende Erkrankung ist. Aber ganz im Gegenteil. Die Patienten habe Schmerzen, die zunehmend stärker werden können. (…) Also da kommt es natürlich drauf an, wie aktiv ist die Erkrankung, wie gut sind die Patienten eingestellt. Vor allem auch die Funktionsfähigkeit lässt nach. Und viele Patienten haben dann auch durch die starken Schmerzen Angst ähm sich zu bewegen, überhaupt auch was für sich selbst und gegen die Erkrankung zu machen. Und das ist der ausschlaggebende Punkt, dass es bei diesen dann ganz klar schnell zur Isolation kommen kann.

M: Ich danke, nun einmal zur zweiten Frage. Wie aktuell ist das Problem im stationären oder ambulanten Bereich? Berichten Patient*innen von Problemen bezüglich der sozialen Einbindung?

E: Da würde ich einfach mal nur auf den stationären Bereich eingehen. Was den ambulanten Bereich betrifft kann ich ähm ja, eher weniger Aussagen machen. (…) Aber ja, Patienten berichten oft von diesen Problemen. Das kristallisiert sich meistens bei den Gesprächen mit den Patienten dann heraus. Man führt ja nicht nur das Aufnahmegespräch. Während die Patienten hier sind, das sind ja meistens so zwischen ja 8-10 Behandlungstagen. Da spreche ich natürlich auch öfter mit den Patienten. (…) Und ja entweder die Patienten sprechen das Problem selbst an ja, weil sie eben merken es hat sich klar was verändert, also im Vergleich zu früher. Oder eben ich gehe ja sozusagen bisschen verdeckt auf das Thema ein. Viele Patienten kennt man, die kommen öfter. Und da merkt man denn schon in den Gesprächen, ob sich was bei den Leuten geändert hat, ob sie weniger machen als vorher zum Beispiel auch.

M: Wenn wir darüber nun schon gesprochen haben, was denken Sie? Welche Bewältigungsstrategien können Betroffene dann anwenden, um eben der potenziellen Gefahr der sozialen Isolation entgegenzusteuern?

E: Ja das ist eine sehr interessante Frage. (…) Das Schlimme ist, und das ist ja bei vielen chronischen Erkrankungen so. Die Betroffenen wissen nicht was die Krankheit als Nächstes bringt sozusagen. Und da ist es wichtig, dass die Patienten wissen, wie gehe ich mit den

körperlichen Symptomen der Erkrankung um ja beziehungsweise wie gehe ich allgemein mit der Erkrankung um. Also da spielt die Krankheitsbewältigung eine sehr große Rolle. Ja vor allem Angst, Unsicherheit. Und da gilt es, dass die Patienten wissen damit umzugehen. Also nicht nur wie gehe ich mit der Erkrankung und den Symptomen an sich um. Sie müssen ähm mit den Gefühlen lernen auch umzugehen. (…) Also da spielt dann die emotionale Bewältigung auch eine große Rolle. Nicht depressiv zu werden, wodurch man schnell sich sozial isoliert.

M: Da haben Sie nun schon ähm einige potenzielle Aspekte genannt, die zur sozialen Isolation führen können. Welche Maßnahmen sollten ihrer Meinung nach behandelnde Ärzt*innen treffen, um Menschen zum Thema soziale Isolation zu sensibilisieren?

E: Wichtig ist glaube ich, dass man eine Art Aufklärung leistet. (…) Also sozusagen bei Gesprächen mit den Patienten aufgreifen, wie wichtig die Förderung sozialer Kontakte ist, wie wichtig ähm Bewegung ist. Und was sind zum Beispiel die Folgen von sozialer Isolation. Und dass die Menschen auch ein Empfinden dann dafür entwickeln können, welche Warnsignale es für Einsamkeit letztendlich gibt. (…) Natürlich gibt es Rheumaerkrankte, die gut mit der Erkrankung umgehen, die dann auch ihren Hobbies nachgehen. Und dann gibt es eben auch Erkrankte, die sich sozial isolieren. Und da muss man bei den Gesprächen auch schauen, in welcher Situation sich der Betroffene grad befindet. Und je nachdem versucht man natürlich weitere Informationen herauszukriegen. (…) Sozial isoliert zu sein wirkt sich auf jeden Einzelnen auch anders aus. Aber wichtig, ist dann eben, dass wir als Ärzte das merken und versuchen die Patienten bei den Gesprächen zum Thema zu sensibilisieren. Und wenn man merkt ah das sind besonders gefährdete Patienten, dann ist es auch wichtig mit ihnen darüber zu reden, dass es psychotherapeutische Angebote gibt. Ja also, dass man auf Beratungs- und Hilfsangebote hinweist. Und meistens ist es ja dann so, wenn man darauf hinweist, dass die Patienten sich dann auch damit im Nachhinein auseinandersetzen.

M: Aber dann muss man bestimmt auch schauen, wann es an der richtigen Zeit ist, mit den Patient*innen darüber zu sprechen?

E: Ja auf jeden Fall, es wäre kontraproduktiv beispielsweise den Patienten auf psychotherapeutische Hilfsangebote aufmerksam zu machen, wenn derjenige sozial gut integriert ist und vielen Hobbies nachgeht. Aber das Thema sollte immer so angesprochen werden, dass Patienten nicht verunsichert werden.

M: Wir haben ja nun schon einiges zum Thema Sensibilisierung gehört. Nun möchte ich gern noch wissen, welche Maßnahmen behandelnde Ärzt*innen treffen sollten, um der potenziellen Gefahr der sozialen Isolation langfristig entgegenwirken zu können?

E: Da würde ich sagen schauen wir uns einmal hier den stationären Bereich und deren Therapiemöglichkeiten an. (…) Es ist ja so, dass viele Patienten von Rheumatologen mit ambulanten Sitz eingewiesen werden. Und viele Patienten, da wissen wir schon, die kommen hauptsächlich hier her, um an den Therapien teilzunehmen und so dann ähm den Schmerzen entgegenzuwirken, oder eben auch die Funktionsfähigkeit zu verbessern. Und da ist es eben eine wichtige Maßnahme, dass behandelnde Ärzte dann eben regelmäßig unterschiedliche Arten von Bewegungstherapien oder eben auch ähm andere Maßnahmen verordnen. (…) Zum Beispiel Strom, Wassergymnastik, Kältekammer. Also letztendlich physikalische Therapien, die wir ja hier im Haus auch anbieten. Da gibts aber auch eine Vielzahl an tagesklinischen und ambulanten Angeboten. Und es ist ja so, die Verordnung von solchen Therapien hat eben einen weiteren positiven Nebeneffekt. Dass man gleichzeitig die sozialen Kontakte fördert, da es oft Gruppen sind, in denen Sport getrieben wird.

M: Und meinen Sie, dass Selbsthilfegruppen ebenso eine Maßnahme sind, um der sozialen Isolation entgegenzuwirken?

E: Ja das wäre eine weitere Möglichkeit. Dass man eben auf Selbsthilfegruppen hinweist. Und da ist eben auch der positive Effekt, dass man gleichzeitig soziale Kontakte fördert. Dass man dort beraten wird (…) oder dass es eben auch zur Krankheitsbewältigung beitragen kann. Da ist es insgesamt wichtig, dass wir als Ärzte auch einen beratende Position einnehmen. Ja, also dass man auf mögliche Selbsthilfegruppen hinweist, aber eben auch auf Bewegungsangebote.

M: Was würden Sie sagen? Wo sehen Sie diesbezüglich noch Handlungsbedarf?

E: Ähm, (…) ich würde sagen, dass zu wenig Betroffene in Selbsthilfegruppen oder auch Selbstmanagementkurse organisiert sind. Selbsthilfegruppen haben bei vielen ähm einen negativ behafteten Charakter. Und da ist es glaube ich wichtig noch mehr Aufklärungsarbeit zu leisten, da solche Gruppen ein wichtiger Baustein sind, was Bewegung angeht, eben auch soziale Kontakte zu fördern.

M: Dann kommen wir schon zur letzten Frage. Gibt es noch weitere Aspekte, die zur Thematik noch nicht abgesprochen wurden?

E: Lassen Sie mich kurz überlegen. (…) Was ich vielleicht noch einwerfen würde, ähm viele Patienten mit einer rheumatischen Erkrankung sind psychisch auch sehr angespannt. Also Depressionen, Angst, Schlafstörungen und sowas. Und ja, da psychische Erkrankungen ja immer noch so ein Tabu-Thema sind und von der Gesellschaft nicht so richtig als Problem wahrgenommen werden, ist es schwierig. Und da ist es wichtig, dass wir als Ärzte dann eben auch die psychischen Probleme der Patienten mitbehandeln müssen. Und ich glaube das ist auch ein sehr schwieriger Punkt, Patienten dahingehend auch einzustellen. Das heißt hier besteht auch noch Handlungsbedarf, und ähm auch unter Einbeziehung anderer Fachgruppen wie Psychotherapeuten beispielsweise. (…) Ja genau.

M: Ich danke Ihnen für diese aufschlussreichen Aspekte und möchte mich dann bei Ihnen ebenso für ihre wertvolle Zeit bedanken. Die durch das Interview gewonnenen Informationen sollen nun Grundlage für die Bearbeitung meiner Bachelorarbeit sein. Wenn Sie diesbezüglich auf dem Laufenden gehalten werden wollen, lassen Sie es mich gern wissen.

E: Ich danke ebenso. Gerne möchte ich auf dem Laufenden gehalten werden.

EINVERSTÄNDNISERKLRÄUNG ZUM INTERVIEW

Forschungsprojekt:	Leben mit Rheuma - Bewältigungsstrategien und Maßnahmen zur Vermeidung sozialer Isolation
Durchführende Institution:	Hochschule Neubrandenburg
Interviewer*in:	Theresa Marciniak
Interviewdatum:	

Ich erkläre mich dzu bereit, im Rahmen des genannten Forschungsprojektes an einem Interview teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Forschungsprojektes informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass das Intervie ahmegerät aufgezeichnet wird. Die Transkripte der Interviews werden anonymisiert, d.h. ohne Namen und Personenangaben gespeichert. Eine Identifizierung der interviewten Person ist somit ausgeschlossen.

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze aus den Transkripten, die nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für Forschungszwecke genutzt werden können.

Meine Teilnahme an der Erhebung und meine Zustimmung zur Verwendung der Daten, wie oben beschrieben, sind freiwillig. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Zustimmung zu widerrufen. Durch Verweigerung oder Widerruf entstehen mir keine Nachteile. Ich habe das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung und Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch gegen die weitere Verarbeitung sowie auf die Datenübertragbarkeit meiner personenbezogenen Daten.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es aufgezeichnet, verschriftlicht, anonymisiert und ausgewertet wird.

Anhang 4 – Experteninterview 3

M: Gut, dann würde ich sagen wir starten einfach mal. Bevor wir mit dem Interview beginnen, habe ich noch einige Fragen zur Person und zur beruflichen Tätigkeit. Erst einmal wie alt sind Sie, wenn ich fragen darf?

E: Ja ich bin 43 Jahre alt.

M: Und das Geschlecht ist männlich?

E: Genau.

M: Dann würde ich Sie einmal bitten, ihren beruflichen Werdegang vom Schulabschluss bis zum Eintritt beim jetzigen Arbeitgeber aufzugreifen.

E: Also, nach meiner schulischen Laufbahn habe ich mich zum Zahntechniker ausgebildet. Und ähm, (…) weil ich schon eine ambitionierte Person bin, hat mir das nicht gereicht und dann wollte mich weiterbilden. Und dann habe ich mich entschieden Medizin zu studieren und direkt nach dem Studienabschluss bin ich von Serbien nach Deutschland gekommen. Und sogar direkt hier nach Greifswald. (…) Erstmal in eine Reha-Klinik habe ich angefangen zu arbeiten, das war mir jedoch zu langweilig. Ähm, danach bin ich in ein Akutkrankenhaus in Anklam gegangen und circa 2 Jahre gearbeitet. Und seit 2015 bin ich hier im Krankenhaus tätig. Und bis zum heutigen Tag habe ich hier auf verschiedene Stationen gearbeitet.

M: Gut somit haben Sie die zweite Frage, wie lange Sie jetzt schon im jetzigen Unternehmen arbeiten auch schon beantwortet. Wie sah denn die berufliche Tätigkeit innerhalb des Unternehmens aus?

E: Ja wie gesagt, ich habe dort auf verschiedene Stationen gearbeitet. Auf der Kardio, Gastro, Intensivstation und dann (…) mehrmals war ich denn auf der rheumatologischen Station eingesetzt. Von den 7 Jahren waren denke ich so knapp 4-5 Jahre nur auf der Rheumatologie, ja.

M: Und was sind die momentanen Kernaufgaben im jetzigen Unternehmen?

E: Also vorwiegend Stationsarbeit auf der Rheumatologie und auch Tagesklinik. Tägliche Visiten, Patientenaufnahmen, Untersuchungen, Diagnostik und Behandlung unserer Patienten. (…) Genau das kurz und knapp zur beruflichen Tätigkeit.

M: Danke schonmal dafür. Kommen wir nun einmal zur Hauptthematik und da würden wir einmal gleich mit der ersten Frage beginnen. Wie sehen Sie die aufgegriffene

Problemstellung? Meinen Sie, dass die soziale Isolation bei Menschen mit einer rheumatischen Erkrankung ein präsentes Thema ist?

E: Tatsächlich habe ich mich ähm bis jetzt nicht so viel mit diesem Thema beschäftigt. (…) Aber ich kann mir gut vorstellen, dass viele solcher Rheumatiker diese Probleme haben, bewusst oder unbewusst. Genau, habe jetzt in den letzten Tagen auch mal so Patienten beobachtet. Und auch gezielt gefragt und mich damit auch mal näher beschäftigt, wie gesagt. Und bei vielen der Patienten ist dieses Thema tatsächlich sehr präsent und muss auf jeden Fall auch angegangen werden.

M: Wie aktuell ist das Problem im stationären oder auch ambulanten Bereich? Berichten Pateint*innen beispielsweise von Problemen bezüglich der sozialen Einbindung?

E: Also ähm ich kann nur über stationäre Patienten berichten, weil ich jetzt noch nicht im ambulanten Bereich gearbeitet habe. Also, was ich bemerkt habe, (…) dass bei vielen Rheumatikern gerade der Schmerz sich negativ auf das Leben auswirkt, darüber sprechen die Patienten häufig. Aber ehrlich gesagt, sie berichten jetzt nicht oder äußern sich selten über solche Probleme. (…) Im Fokus der Patienten stehen eigentlich immer nur die Schmerzen. Ähm auf einer Seite viele Patienten verlieren durch die Schmerzen an Lebensmut. Sie werden natürlich dadurch einsamer und das löst eine Kette aus mit weiteren Mobilitätsverlust mit Ausprägung des Krankheitsbildes. Aber vor allem sieht man, dass gerade bei jungen Menschen die Erkrankung auch zur Arbeitslosigkeit führt. (…) Auf andere Seite ist die soziale Isolation auch durch andere Problemen bedingt. Kann eben durch die Stimmung, Schlafstörungen und Stress verursacht werden. Vor allem auch Depressionen ist ein Bestandteil rheumatischer Krankheiten und viele können nicht damit umgehen.

M: Woran denken Sie liegt das, dass sich viele Patient*innen dazu nicht äußern?

E: Ich denke viele Patienten kriegen das selbst vielleicht gar nicht so mit, dass sie sich anfangen sozial zu isolieren. Und diesbezüglich immer den Schmerz als das größte Problem sehen, der aber natürlich letztendlich ein ausschlaggebender Faktor ist sich auch sozial zu isolieren. (…) Und die Patienten sprechen mit mir zumindest ja über die Probleme, die zur sozialen Isolation führen können. Da ist es dann eher auch Arztaufgabe, dass herauszukriegen an welchem Punkt sich der Patient gerade befindet.

M: Okay und welche Bewältigungsstrategien könnten ihrer Meinung nach Betroffene anwenden, um der potenziellen Gefahr der sozialen Isolation entgegenzusteuern?

E: Also ich denke, dass viele Patienten sich mehr öffnen müssen, um über solche Probleme zu sprechen. Ähm, es ist auch wichtig auch achtsam und umsichtig mit sich selbst umzugehen. Und sich selbst zu fragen, was man jetzt braucht, um sich wieder besser zu fühlen. (…) Aber wie gesagt, vielen ist gar nicht bewusst, dass sie durch die Schmerzen so zurückziehen und sich weiter und weiter isolieren.

M: Welche Maßnahmen sollten diesbezüglich ihrer Meinung nach behandelnde Ärzt*innen treffen, um Menschen zum Thema soziale Isolation zu sensibilisieren?

E: Also, es ist sehr wichtig, dass Problem erstmal rechtzeitig zu erkennen. Und dadurch kann man versuchen zu motivieren und sozialisieren. Und deswegen ist auch die regelmäßige Vorstellung beim Rheumatologen ambulant so wichtig, um aktuelle Probleme zu besprechen und als Arzt zu schauen, was hat sich im Gegensatz zu dem letzten Gespräch verändert. Patienten sollten nicht nur zum ambulanten Rheumatologen gehen, wenns ihnen schlecht geht. Sie sollten sich eigentlich einmal im Quartal vorstellen. (…) Mindestens aber 2-mal pro Jahr, so ist es in MV denke ich auch nur möglich, wegen mangelnder Rheumatologen. Aber nur so kann man die Patienten im Auge behalten und so rechtzeitig reagieren bevor das Problem eskaliert.

M: Und was meinen Sie, wie kann der potenziellen Gefahr der sozialen Isolation langfristig entgegengewirkt werden?

E: Ja da würde ich einmal was dazu sagen, wie die Patienten selbst tun können, um dem Problem entgegenzuwirken. Erst einmal es gibt in vielen Städten Leute die sich in Vereinen organisieren. So gibt es auch in Mecklenburg-Vorpommern die Rheuma-Liga. Und diese Möglichkeiten müssen den Patienten präsentiert werden. Da die Patienten auch nicht wissen, dass es so etwas überhaupt gibt. Durch Patientengespräche oder entsprechende Broschüren. Wie ich weiß, die Rheuma-Liga in Mecklenburg-Vorpommern hat nur so (…) 80 Mitglieder. Das ist wirklich, wenn man das so sagen darf, lächerlich. Wahrscheinlich wegen mangelnder Werbung. Aber man kann das ganz einfach im Internet finden. Und dann eben verknüpfen sich Patienten mit derselben Erkrankung und dadurch sehen sie auch, dass sie nicht alleine mit der Erkrankung durch die Welt gehen und kämpfen müssen. Dass es auch andere Patienten mit solchen Beschwerden gibt. Und dass sie sich eben dort auch gegenseitig Unterstützung bieten können. Gemeinsam Aktivitäten verrichten können. (…) Und es ist sogar wissenschaftlich bewiesen, dass die Mitglieder einer Selbsthilfegruppe, also beispielsweise die Rheuma-Liga,

sozial und körperlich aktiver sind und auch häufiger an Bewegungsangeboten teilnehmen. Und das nimmt natürlich eine positive Wirkung auf körperliche und psychische Ebene. Und dadurch durch diese Verknüpfung und den Kontakt mit anderen Menschen sozialisieren sie sich. Und ich weiß, sie machen auch andere Sachen, wie Ausflüge. Da treffen sie sich auch nicht nur online, sondern machen viele Aktivitäten. (…) Noch ein wichtiger Aspekt, um der sozialen Isolation entgegenzuwirken, ist eine sportliche Tätigkeit. Und da wirklich jegliche sportliche Aktivität. Krankengymnastik, Yoga. Vor allem Wassergymnastik und Aquasport sind sehr gut für Rheumatiker. Da durch das Wasser werden die Gelenke weniger in Anspruch genommen und die Patienten spüren weniger Schmerzen. Aber haben trotzdem eine bessere Beweglichkeit danach. Der Sport ist natürlich kein Heilmittel, aber eine Welt, die heilen kann.

M: Danke Ihnen, das sind sehr interessante Aspekte. Wo sehen Sie aber noch Handlungsbedarf?

E: Ähm, wir haben gesehen, dass durch die Corona-Pandemie die Schmerzintensität und auch psychische Probleme bei den Rheumatikern zugenommen haben. Sie konnten weniger sportlichen Aktivitäten nachgehen. Die sozialen Kontakte auch nicht mehr so stark fördern. Und da gilt es in solchen Krisensituationen schwerkranken Menschen trotzdem Möglichkeiten zu bieten und sie nicht an den Rand der Gesellschaft zu drängen. Man muss darauf einfach besser vorbereitet sein und Alternativen finden. Auch einfach Online-Angebote stärker ausbauen.

M: Gibt es noch weitere Aspekte, welche Ihnen wichtig wären, die noch nicht angesprochen wurden?

E: Ich würde sagen die wichtigsten Dinge haben wir angesprochen. Falls Sie aber noch Nachfragen haben, Sie können jederzeit zu mir kommen. Ich stehe dafür sehr gerne zur Verfügung.

M: Ich danke Ihnen vielmals. Danke für ihre wertvolle Zeit. Die durch das Interview gewonnen Informationen sollen Grundlage für die Bearbeitung meiner Bachelorarbeit sein. Wenn Sie dahingehend auf dem Laufenden gehalten werden wollen, lassen Sie mich es gerne wissen.

E: Auf jeden Fall.

EINVERSTÄNDNISERKLRÄUNG ZUM INTERVIEW

Forschungsprojekt:	Leben mit Rheuma - Bewältigungsstrategien und Maßnahmen zur Vermeidung sozialer Isolation
Durchführende Institution:	Hochschule Neubrandenburg
Interviewer*in:	Theresa Marciniak
Interviewdatum:	

Ich erkläre mich dzu bereit, im Rahmen des genannten Forschungsprojektes an einem Interview teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Forschungsprojektes informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet wird. Die Transkripte der Interviews werden anonymisiert, d.h. ohne Namen und Personenangaben gespeichert. Eine Identifizierung der interviewten Person ist somit ausgeschlossen.

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze aus den Transkripten, die nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für Forschungszwecke genutzt werden können.

Meine Teilnahme an der Erhebung und meine Zustimmung zur Verwendung der Daten, wie oben beschrieben, sind freiwillig. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Zustimmung zu widerrufen. Durch Verweigerung oder Widerruf entstehen mir keine Nachteile. Ich habe das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung und Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch gegen die weitere Verarbeitung sowie auf die Datenübertragbarkeit meiner personenbezogenen Daten.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es aufgezeichnet, verschriftlicht, anonymisiert und ausgewertet wird.

Anhang 5 – Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring mit induktiver Kategorienbildung

Überschneidungen in der Reduktion wurden durch das Wegstreichen der Wörter kenntlich gemacht.

→ I1 = Experteninterview 1

→ I2 = Experteninterview 2

→ I3 = Experteninterview 3

Die verwendeten Analyseeinheiten/Textstellen werden durch I1/I2/I3 und der dazugehörigen Zeilennummer aus den Experteninterviews kenntlich gemacht.

Kategorie 1 = Bewältigung des Krankheitsgeschehens

Analyseeinheiten/Textstellen	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
I1Z69-71: E: „Ähm, grundsätzlich ist es erstmal so die Form der Krankheitsbewältigung. Dass die Patienten halt selber mit ihrer Erkrankung gut umgehen können, dass sie versuchen sich nicht von der Erkrankung dominieren zu lassen.“	Grundsätzlich ist es die Form der Krankheitsbewältigung. Dass die Patient*innen erlernen mit ihrer Erkrankung umzugehen und versuchen sich nicht von der Erkrankung dominieren zu lassen.	• Form der Krankheitsbewältigung • Nicht-Dominieren-Lassen der Erkrankung • Erlernen Umgang mit der Erkrankung und dem Kranksein	• Krankheitsbewältigung durch Ausgleich bestehender Belastungen • Umgang mit Erkrankung und Kranksein erlernen
I1Z71-73: E: „Und auch dann andere Angebote wie zum Beispiel die Rheuma-Liga, also Selbsthilfegruppen zum Beispiel oder andere Peer-Groups wahrzunehmen oder zu besuchen.“	Das Wahrnehmen und Besuchen anderer Angebote, wie zum Beispiel die Rheuma-Liga, Selbsthilfegruppen oder andere Peer-Groups.	• Wahrnehmen und Inanspruchnahme von Selbsthilfeorganisationen, wie die Rheuma-Liga • Wahrnehmen und Inanspruchnahme von Peer-Groups	• Wahrnehmen und Inanspruchnahme von Selbsthilfeorganisationen • Soziale Einbindung durch Peer-Groups

I1Z73-75: E: „Und ähm dort im Austausch zu bleiben und das ist auch der Grund weswegen wir zum Beispiel relativ viel Funktionstraining, ähm Reha-Sport, also gemeinsame Aktivitäten auch verordnen und versuchen die Patienten da mitzunehmen.“	Und das ist auch der Grund für die Verordnung gemeinsamer Aktivitäten. Damit Betroffene im Austausch bleiben.	• Verordnung gemeinsamer Aktivitäten • Austausch mit Betroffenen	• Förderung sozialer Kontakte durch Verordnung gemeinsamer Aktivitäten
I2Z61-63: E: „Und da ist es wichtig, dass die Patienten wissen, wie gehe ich mit den körperlichen Symptomen der Erkrankung um ja beziehungsweise wie gehe ich allgemein mit der Erkrankung um. Also da spielt die Krankheitsbewältigung eine große Rolle.“	Es ist wichtig, dass Betroffene wissen, wie mit der Erkrankung und deren körperlichen Symptomen umgegangen wird. Da spielt die Krankheitsbewältigung eine große Rolle.	• Krankheitsbewältigung • Erlernen des Umgangs mit der Erkrankung und körperlichen Symptomen	• Krankheitsbewältigung durch Erlernen des Umgang mit Krankheitssymptomen • Kontrolle und Reduzierung körperlicher Belastungen
I2Z63-67: E: „Ja vor allem Angst, Unsicherheit. Und da gilt es, dass die Patienten wissen damit umzugehen. Also nicht nur wie gehe ich mit der Erkrankung und den Symptomen an sich um. Sie müssen ähm mit den Gefühlen lernen auch umzugehen. Also da spielt dann die emotionale Bewältigung auch eine große Rolle.“	Es ist nicht nur wichtig, dass die Betroffenen wissen mit der Erkrankung und deren Symptomen umzugehen, sondern sie müssen ebenfalls erlernen mit den Gefühlen umzugehen. Da spielt die emotionale Bewältigung eine große Rolle.	• Erlernen des Umgangs mit Gefühlen • Emotionale Bewältigung	• Emotionale Krankheitsbewältigung mit den in Verbindung stehenden Gefühlen
I2Z109-111: E: „Dass man eben auf Selbsthilfegruppen hinweist. […] Dass man dort beraten wird oder es eben auch zur Krankheitsbewältigung beitragen kann.“	Das Hinweisen auf Selbsthilfegruppen kann zur Krankheitsbewältigung beitragen.	• Hinweisen auf Selbsthilfegruppen zur Krankheitsbewältigung	~~• Krankheitsbewältigung durch Selbsthilfegruppen~~

I3Z61-63: E: „Ich denke, dass viele Patienten sich mehr öffnen müssen, um über solche Probleme zu sprechen. Ähm, und es ist auch wichtig achtsam und umsichtig mit sich selbst umzugehen. Und sich selbst zu fragen, was man jetzt braucht, um sich wieder besser zu fühlen.“	Viele Patient*innen müssen dazu bereit sein, über ihre Probleme zu sprechen. Zudem ist es wichtig achtsam und umsichtig mit sich selbst umzugehen. Und dabei auch zu wissen, welche Handlungen das Wohlbefinden fördern können.	• Mut Probleme offen anzusprechen • Fähigkeit zur Förderung des eigenen Wohlbefindens	• Mut Probleme anzusprechen • Selbstpflegekompetenz

Kategorie 1 = Bewältigung des Krankheitsgeschehens zusammengefasst

Aussagen aus den Interviews der Experten
• Krankheitsbewältigung durch Ausgleich bestehender Belastungen • Umgang mit Erkrankung und Kranksein erlernen • Wahrnehmen und Inanspruchnahme von Selbsthilfeorganisationen • Soziale Einbindung durch Peer-Groups • Förderung sozialer Kontakte durch Verordnung gemeinsamer Aktivitäten • Krankheitsbewältigung durch Erlernen des Umgang mit Krankheitssymptomen • Kontrolle und Reduzierung körperlicher Belastungen • Emotionale Krankheitsbewältigung mit den in Verbindung stehenden Gefühlen • Mut Probleme anzusprechen • Selbstpflegekompetenz

Kategorie 2 = Förderung verbliebender Gesundheit

Analyseeinheiten/Textstellen	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
I1Z149-156: M: „Und welche weiteren Möglichkeiten gibt es, um der sozialen Isolation langfristig entgegenzuwirken?“ E: „Da sind zum Beispiel ambulante Bewegungsangebote sehr wichtig. […] Und da wurde auch ganz stolz berichtet, dass man wieder zwei Wassergruppen aufgemacht hat, in Heringsdorf und Greifswald. Das ist wichtig, das man überhaupt daran denkt, dass diese Patienten was brauchen.“	Ambulante Bewegungsangebote sind sehr wichtig, um der sozialen Isolation entgegenzuwirken. Weiterhin ist es wichtig, dass weitere Angebote für diese Patientengruppe geschaffen werden.	• Wahrnehmen ambulanter Bewegungsangebote • Schaffung vielfältiger Angebote für Betroffene	• Ambulante Bewegungsangebote • Schaffen von Bewegungsmotivation durch vielfältige Angebote
I1Z166-170: M: „Also sind ja letztendlich auch stationär ablaufende Therapieoptimierungen oder neue medikamentöse Einstellungen weitere Maßnahmen, die dazu beitragen, dass man der sozialen Isolation entgegenwirken kann.“ E: Auf jeden Fall.“	Therapieoptimierungen und medikamentöse Einstellungen sind ebenfalls weitere Maßnahmen, die dazu beitragen der sozialen Isolation entgegenzuwirken.	• Therapieoptimierungen und medikamentöse Einstellungen zum Entgegenwirken sozialer Isolation	• Medikamentöse Einstellungen und Therapieoptimierungen zur Eindämmung des Krankheitsverlaufes
I2Z95-99: E: „Da würde ich sagen schauen wir uns einmal den stationären Bereich und deren Therapiemöglichkeiten an. Es ist ja so, dass viele Patienten von Rheumatologen mit ambulanten Sitz eingewiesen werden. Und viele Patienten, da wissen wir schon, die kommen hauptsächlich her, um an	Da ist der stationäre Bereich und deren Therapiemöglichkeiten von Bedeutung. Viele Patient*innen werden durch ambulante Rheumatologen stationär eingewiesen, damit diese an Therapien teilnehmen können. Einerseits zur Schmerzreduktion oder Verbesserung der Funktionsfähigkeit.	• Stationäre Einweisung und deren Therapiemöglichkeiten, die zur Schmerzreduktion oder Verbesserung der Funktionsfähigkeit beitragen	• Stationäre Einweisungen zur Teilnahme an vielfältigen Therapien zur Schmerzreduktion und Verbesserung der Funktionsfähigkeit

den Therapien teilzunehmen und so dann ähm den Schmerzen entgegenzuwirken, oder eben auch die Funktionsfähigkeit zu verbessern.“			
I2Z99-104: E: „Und da ist es eben eine wichtige Maßnahme, dass behandelnde Ärzte dann eben regelmäßig unterschiedliche Arten von Bewegungstherapien oder eben ähm auch andere Maßnahmen verordnen. Zum Beispiel Strom, Wassergymnastik, Kältekammer. Also letztendlich physikalische Therapien, die wir ja hier im Haus auch anbieten. Da gibts auch eine Vielzahl an tagesklinischen und ambulanten Angeboten.“	Eine wichtige Maßnahme zur Vermeidung sozialer Isolation ist das Verschreiben von Bewegungstherapien und physikalische Therapien, wie Strom, Wassergymnastik, Kältekammer. Diese werden sowohl stationär, tagesklinisch und ambulant angeboten.	• Verschreiben von Bewegungstherapien und physikalischen Therapien, wie Strom, Wassergymnastik, Kältekammer	• Verordnung Bewegungstherapien • Verordnung physikalischer Therapien, wie Kryotherapie, Elektrotherapie, Hydrotherapie
I3Z90-92: E: „Und es ist sogar wissenschaftlich bewiesen, dass die Mitglieder von Selbsthilfegruppen, also beispielsweise die Rheuma-Liga, sozial und körperlich aktiver sind und auch häufiger an Bewegungsangeboten teilnehmen.“	Es ist wissenschaftlich bewiesen, dass Mitglieder von Selbsthilfegruppen körperlich aktiver sind und häufiger an Bewegungsangeboten teilnehmen.	• Wahrnehmen von Selbsthilfegruppen, da diese zur Förderung der körperlichen Gesundheit beitragen	• Teilnahme an Selbsthilfegruppen zur Förderung der körperlichen Gesundheit
I3Z96-101: E: „Noch ein wichtiger Aspekt, um der sozialen Isolation entgegenzuwirken, ist eine sportliche Tätigkeit. Und da wirklich jede sportliche Aktivität. Krankengymnastik, Yoga. Vor allem Wassergymnastik und Aquasport sind sehr gut für Rheumatiker. Da	Ein weiterer wichtiger Aspekt, um der sozialen Isolation entgegenzuwirken ist jegliche Form körperlicher Aktivität. Beispielsweise Krankengymnastik, Yoga, Wassergymnastik oder Aquasport, die eine bessere Beweglichkeit fördern.	• Wahrnehmen von Bewegungsangeboten zur Förderung der körperlichen Beweglichkeit • Beispielsweise Yoga, Wassergymnastik	~~• Teilnahme an Bewegungsangeboten wie Yoga, Wassergymnastik, Krankengymnastik~~

durch das Wasser werden die Gelenke weniger in Anspruch genommen und die Patienten spüren weniger Schmerzen. Aber haben trotzdem eine bessere Beweglichkeit danach.“			

Kategorie 2 = Förderung verbliebender Gesundheit zusammengefasst

Aussagen aus den Interviews der Experten
• Ambulante Bewegungsangebote • Schaffen von Bewegungsmotivation durch vielfältige Angebote • Medikamentöse Einstellungen und Therapieoptimierungen zur Eindämmung des Krankheitsverlaufes • Stationäre Einweisungen zur Teilnahme an vielfältigen Therapien zur Schmerzreduktion und Verbesserung der Funktionsfähigkeit • Verordnung Bewegungstherapien • Verordnung physikalischer Therapien, wie Kryotherapie, Elektrotherapie, Hydrotherapie • Teilnahme an Selbsthilfegruppen zur Förderung der körperlichen Gesundheit

Kategorie 3 = Stärkung sozialer Einbindung

Analyseeinheiten/Textstellen	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
I1Z141-148: „Hmh, also es ist ja immer die Frage wie Selbsthilfegruppen aufgebaut sind. […] Und wenn das eine Selbsthilfegruppe ist, die sich hauptsächlich mit Schmerz und ihrem eigenem Problem beschäftigt,	Es stellt sich immer die Frage, wie Selbsthilfegruppen aufgebaut sind. Schwierig ist es bei Selbsthilfegruppen, die sich hauptsächlich mit Schmerz oder der eigenen Erkrankung beschäftigen. Sinnvoller sind Selbsthilfegruppen in	• Wahrnehmen von Selbsthilfegruppen mit Schwerpunkt Peer-Group-Gedanke • Wahrnehmen von Selbsthilfegruppen mit	• Selbsthilfegruppen in Form von Peer-Groups • Selbsthilfegruppen zur Förderung gemeinsamer Aktivitäten

dann ist es schwierig. Wenn Sie sich aber die Rheuma-Liga hier anschauen […] oder machen Unternehmungen, die jetzt erstmal nicht viel mit Rheuma zu tun haben, aber immer eine feste Gruppe von knapp 15 Personen sind. Da glaube ich eben, dass der Peer-Group-Gedanke ganz wichtig ist.“	denen Aktivitäten vorgenommen werden, die mit der Erkrankung nichts zu tun haben. Dort zählt wiederum der Peer-Group-Gedanke.	Schwerpunkt gemeinsame Aktivitäten	
I1Z189-190: E: „Und dass man eben Angebote schafft, die Patienten mit chronischen Erkrankungen auch am normalen Leben teilhaben lassen.“	Das Schaffen von weiteren Angeboten, die Patient*innen mit chronischen Erkrankungen am normalen Leben teilhaben lassen.	• Stärkung der sozialen Teilhabe durch Angebote, die Betroffene am normalen Leben teilhaben lassen	• Stärkung der sozialen Teilhabe durch Schaffen von Beratungs- und Unterstützungsangeboten
I2Z99-106: E: „Und da ist es eben eine wichtige Maßnahme, dass behandelnde Ärzte dann eben regelmäßig unterschiedliche Arten von Bewegungstherapien […] verordnen. […]. Und es ist ja so, die Verordnung von solchen Therapien hat eben einen weiteren positiven Nebeneffekt. Dass man gleichzeitig die sozialen Kontakte fördert, da es oft Gruppen sind, in denen Sport getrieben wird.“	Die Verordnung von unterschiedlichen Bewegungstherapien hat einen weiteren positiven Nebeneffekt. Dieser ist, dass gleichzeitig soziale Kontakte gefördert werden, da es oft Gruppen sind in denen Sport getrieben wird.	• Verordnung unterschiedlicher Bewegungstherapien • Förderung sozialer Kontakte durch gemeinsame Gruppenaktivitäten, wie Sport	• Förderung sozialer Kontakte durch das Verordnen von gemeinsamen Gruppenaktivitäten
I2Z107-113: M: „Und meinen Sie, dass Selbsthilfegruppen ebenso eine Maßnahme sind, um der sozialen Isolation entgegenzuwirken?“ E: „Ja das wäre eine weitere Möglichkeit. Dass man eben auf Selbsthilfegruppen hinweist. Und da ist eben auch der positive Effekt,	Eine weitere Maßnahme, um der sozialen Isolation entgegenzuwirken ist das Wahrnehmen von Selbsthilfegruppen mit dem positiven Nebeneffekt der Förderung sozialer Kontakte.	• Wahrnehmen von Selbsthilfegruppen mit dem positiven Nebeneffekt der Förderung sozialer Kontakte	~~• Selbsthilfegruppen zur Förderung sozialer Kontakte~~

dass man gleichzeitig soziale Kontakte fördert. […] Ja. Also dass man auf mögliche Selbsthilfegruppen hinweist […].“			
I3Z80-90: E: „Erst einmal es gibt in vielen Städten Leute, die sich in Vereinen organisieren. So gibt es auch in Mecklenburg-Vorpommern die Rheuma-Liga. […] Und dass sie sich eben dort auch gegenseitig Unterstützung bieten können. Gemeinsam Aktivitäten verrichten können.“	Selbsthilfegruppen, wie beispielsweise die Rheuma-Liga, können der sozialen Isolation entgegenwirken, da dort soziale Kontakte gefördert werden. Beispielsweise durch das Verrichten gemeinsamer Aktivitäten.	• Wahrnehmen von Selbsthilfegruppen zur Förderung sozialer Kontakte	• ~~Selbsthilfegruppen zur Förderung sozialer Kontakte~~

Kategorie 3 = Stärkung sozialer Einbindung zusammengefasst

Aussagen aus den Interviews der Experten
• Selbsthilfegruppen in Form von Peer-Groups • Selbsthilfegruppen zur Förderung gemeinsamer Aktivitäten • Stärkung der sozialen Teilhabe durch Schaffen von Beratungs- und Unterstützungsangeboten • Förderung sozialer Kontakte durch das Verordnen von gemeinsamen Gruppenaktivitäten

Kategorie 4 = Aufklärungsarbeit

Analyseeinheiten/Textstellen	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
I1Z94-99: M: „Also ist es beispielsweise auch eine sinnvolle Möglichkeit, dass man die Patient*innen dahingehend sensibilisiert, in dem man zum Beispiel auch bei Aufnahmegesprächen das potenzielle Problem schonmal anspricht? Also Aufklärungsarbeit leistet. Oder auch Aufklärung zu Sport, Bewegung gibt“ E: „Grundsätzlich haben Sie Recht. Ich befürchte aber, ähm, dass das vielleicht im Aufnahmegespräch überfordert sein kann."	Eine sinnvolle Möglichkeit Betroffene zur Thematik soziale Isolation zu sensibilisieren ist es Aufklärungsarbeit zu leisten. Beispielsweise Aufklärung zu Bewegung und Sport. Hierbei ist es wichtig darauf zu achten welcher Zeitpunkt der Richtige ist.	• Sensibilisierung zur Thematik soziale Isolation durch Aufklärung zu Bewegung und Sport	• Sensibilisierung durch Aufklärung zu Bewegung und Sport
I1Z156-161: E: „Letztendlich sind zwei Sachen ganz wichtig. […] Und das andere, dass man eben auch durch Aufklärungskampagnen in der Bevölkerung informiert, dass das eben keine Erkrankung ist, die in die Ecke gedrückt wird oder stigmatisiert wird.“	Wichtig wäre zudem das Informieren der Bevölkerung durch Aufklärungskampagnen zur Erkrankung Rheuma. Dass dies keine Erkrankung ist, die stigmatisiert wird.	• Informieren der Bevölkerung durch Aufklärungskampagnen zur Erkrankung Rheuma	• Aufklärungskampagnen in der Bevölkerung zur Erkrankung Rheuma
I2Z69-73: M: „Welche Maßnahmen sollten ihrer Meinung nach behandelnde Ärzt*innen treffen, um Menschen zum Thema soziale Isolation zu sensibilisieren?“ E: „Wichtig ist glaube ich, dass man eine Art Aufklärung leistet. Also	Um Betroffene zu sensibilisieren, ist es wichtig Aufklärung zu leisten. Indem man beispielsweise aufgreift, wie wichtig Bewegung und die Förderung sozialer Kontakte ist. Oder beispielsweise auch die Folgen von sozialer Isolation aufgreift.	• Sensibilisierung durch Aufklärung zu Bewegung und positiven Effekte von Förderung sozialer Kontakte • Aufgreifen der Folgen von Einsamkeit	~~• Sensibilisierung durch Aufklärung zu Bewegung~~ • Aufgreifen der positiven Effekte sozialer Kontakte und Folgen von Einsamkeit

sozusagen bei Gesprächen mit den Patienten aufgreifen, wie wichtig die Förderung sozialer Kontakte ist, wie wichtig ähm Bewegung ist. Und was sind zum Beispiel die Folgen von sozialer Isolation.“			
I2Z73-81: E: „Und dass die Menschen auch ein Empfinden dann dafür entwickeln können, welche Warnsignale es für Einsamkeit letztendlich gibt. […] Sozial isoliert zu sein wirkt sich auf jeden Einzelnen auch anders aus. Aber wichtig ist dann eben, dass wir als Ärzte das merken und versuchen die Patienten bei den Gesprächen zum Thema zu sensibilisieren.“	Betroffene sollten ein Empfinden dafür bekommen, welche Warnsignale bei Einsamkeit auftreten. Wichtig ist, dass die Ärzt*innen während des Arzt-Patienten-Gesprächs ebenso die Warnsignale erkennen und dementsprechend die Patienten sensibilisieren.	• Empfinden für das Auftreten von Warnsignalen bei Einsamkeit • Fähigkeiten und Kenntnisse der Ärzt*innen spielen dabei ebenso eine wichtige Rolle	• Aufklärung zu möglichen Warnsignalen bei Einsamkeit
I2Z81-85: E: „Und wenn man merkt ah das sind besonders gefährdete Patienten, dann ist es auch wichtig mit ihnen darüber zu reden, dass es psychotherapeutische Angebote gibt. Ja also, dass man auf Beratungs- und Hilfsangebote hinweist. Und meistens ist es ja dann so, wenn man darauf hinweist, dass die Patienten sich dann auch damit im Nachhinein auseinandersetzen.“	Bei besonders gefährdeten Patient*innen ist es sinnvoll über psychotherapeutische Angebote zu reden. Dass auf Beratungs- und Hilfsangebote hingewiesen wird.	• Hinweis auf Beratungs- und Hilfsangebote, wie z.B. psychotherapeutische Angebote	• Aufmerksam machen auf Beratungs- und Hilfsangebote, wie die Psychotherapie
I3Z80-83: E: „Erst einmal gibt es in vielen Städten Leute, die sich in Vereinen organisieren. So gibt es auch in Mecklenburg-Vorpommern die Rheuma-Liga. Und diese	Wichtig wäre es, den Erkrankten gewisse Möglichkeiten, wie Selbsthilfegruppen, zu präsentieren. Beispielsweise während der	• Hinweis auf Selbsthilfegruppen oder andere Möglichkeiten zur Förderung sozialer Kontakte und gemeinschaftlichen Aktivitäten	• Aufmerksam machen auf Selbsthilfegruppen zur Förderung sozialer Kontakte und gemeinschaftlichen Aktivitäten

Möglichkeiten müssen den Patienten präsentiert werden. […] Durch Patientengespräche oder entsprechende Broschüren.“	Patientengespräche oder durch Broschüren.		

Kategorie 4 = Aufklärungsarbeit zusammengefasst

Aussagen aus den Interviews der Experten
• Sensibilisierung durch Aufklärung zu Bewegung und Sport • Aufklärungskampagnen in der Bevölkerung zur Erkrankung Rheuma • Aufgreifen der positiven Effekte sozialer Kontakte und Folgen von Einsamkeit • Aufklärung zu möglichen Warnsignalen bei Einsamkeit • Aufmerksam machen auf Beratungs- und Hilfsangebote, wie die Psychotherapie • Aufmerksam machen auf Selbsthilfegruppen zur Förderung sozialer Kontakte und gemeinschaftlichen Aktivitäten

Kategorie 5 = Multimodalität

Analyseeinheiten/Textstellen	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
I1Z82-93: E: „Also vielleicht ist es wichtig, dass man den Patienten gewisse Zeit gibt sich auch mal zu äußern, zu reden. Und dass man sich ein Bild von den Patienten macht. Ähm und sieht, wie die Patienten eingebunden sind. Ob sie beispielsweise familiär gut eingebunden sind. […] Also, dass man halt versucht, son bisschen biographische Aspekte auch in die Betreuung mitreinzubringen und danach zu fragen. […] dass man eben	Es ist wichtig, die Erkrankten reden zu lassen und dass behandelnde Ärzt*innen sich selbst ein Bild machen. Und dahingehend zu schauen, ob die Betroffenen sozial eingebunden sind. Dabei sollte man biographische Aspekte in die Betreuung einbringen, um ein klares Bild über die momentane Gefühlslage des Erkrankten zu erhalten. Und diesbezüglich dann auch Kollegen mit einzubeziehen.	• Patientenorientiertes Arbeiten, in dem man die Betroffenen Zeit zum Reden gibt • Erkennen der Emotionen Betroffener • Einbeziehung versch. Gesundheitsberufe	• Psychotherapeutische Kompetenzen • Personenzentrierte Gesprächsführung • Interdisziplinäre Zusammenarbeit

versucht zu sehen, ob es depressive Tendenzen gibt. Und das eventuell dann auch zu thematisieren oder auch andere Kollegen miteinzubeziehen.“			
I1Z108-113: E: „Also ich find es prinzipiell viel wichtiger, dass die aufnehmende Pflegekraft oder wer auch immer den ersten Kontakt hat, einfach ein bisschen Gefühl dafür kriegt was mit dem Patienten los ist. Ob das jetzt ein reiner Schmerzproblem ist oder ob noch irgendwelche anderen Sachen eine Rolle spielen. […], dass sich die anderen weiteren betreuenden Fachdisziplinen auch ein Urteil bilden können.“	Wichtig ist, dass die Fachkräfte das Gefühl dafür bekommen, was in den Patient*innen vorgeht und dabei die Ursache für das Kommen herauszufinden. Hierbei ist es vom Vorteil weitere Fachdisziplinen in die Betreuung einzubeziehen.	• Anwendung der Mentalisierungsfähigkeit • Einbeziehung versch. Fachdisziplinen	~~• Mentalisierungsfähigkeit~~ ~~• Interdisziplinäre Zusammenarbeit~~
I1Z125-134: M: „Und diesbezüglich ist natürlich auch die Arzt-Patienten-Beziehung auch ein wichtiger Aspekt.“ E: „Das ist letztendlich das Entscheidende. Diesbezüglich ist aber auch die Wahrnehmung des Teams auf Station wichtig. […] Und frage auch jedes Mal explizit, wie ihnen der Aufenthalt gefallen hat. Da geht’s nicht um medizinische Leistungen, sondern mir geht’s darum haben sie die Mannschaft als Team wahrgenommen, haben sie sich um sie gekümmert, sind sie auf ihre Bedürfnisse eingegangen. […]	Die Arzt-Patienten-Beziehung ist letztendlich das Entscheidende. Jedoch ist ebenso die Wahrnehmung des Teams wichtig. Dabei ist es wichtig, zu sehen, wie die Patient*innen das Team wahrgenommen haben und zu sehen wie wird man als Erkrankter in die Gesellschaft integriert.	• Arzt-Patienten-Beziehung als entscheidender Faktor für den Verlauf der Behandlung • Fokus liegt auf die Person und deren Empfindungen	• Positive Arzt-Patienten-Beziehung ~~• Personenzentrierte Gesprächsführung~~

man macht sie schon empfänglich, indem man das Bewusstsein schafft, wie sie an der Gesellschaft teilhaben, wie sie zum Beispiel von Team auf Station integriert werden.“			
I1Z170-174: E: „Natürlich ist unser Fach vorwiegend ambulant, aber wir brauchen eben auch stationäre Einrichtungen, um mal im multimodalen Ansatz was zu erreichen, was wir ambulant so nicht schaffen. Und auch die Verzahnung mit Reha-Kliniken ist wichtig. Dass man eben einfach weiß es gibt den ambulanten Bereich, den stationären Bereich, den tagesklinischen Bereich und kann eben mit der Reha noch eindeutig Informationen weitergeben.“	Das Fach der Rheumatologie ist zwar vorwiegend ambulant, jedoch werden auch stationäre und tagesklinische Einrichtungen sowie Reha-Kliniken benötigt, um eine bestmögliche Versorgung zu erreichen. Hier steht der multimodale Ansatz im Vordergrund.	• Verfolgen eines multimodalen Ansatzes durch Zusammenarbeiten ambulanter, stationärer und tagesklinischer Einrichtungen sowie Reha-Kliniken zur bestmöglichen Versorgung der Patienten	• Verfolgen eines multimodalen Ansatzes durch Verzahnung rheumatologischer Leistungsspektren zur Gewährleistung bestmöglicher Versorgung
I1Z176-181: M: „Aber insgesamt spielen ja auch die motivationalen Ressourcen der Betroffenen eine sehr große Rolle.“ E: Diesen Aspekt finde ich sehr gut. […] Ich hab ja auch eine Psychotherapie-Ausbildung. Und da sollte man immer sehr stark nach den Ressourcen, Mentalisierungsfähigkeit und Struktur der Patienten schauen und versuchen dann auch das Gespräch dementsprechend zu führen.“	Insgesamt spielen zur Vermeidung sozialer Isolation auch die motivationalen Ressourcen der Patient*innen eine wichtige Rolle. Diesbezüglich sollte man gewisse Fähigkeiten besitzen, um die richtige Gesprächsführung zu wählen. Diesbezüglich sind gewisse Kommunikations- und Mentalisierungsfähigkeiten von Bedeutung.	• Beachtung der motivationalen Ressourcen der Erkrankten • Kommunikations- und Mentalisierungsfähigkeit sind vom Vorteil • Beachtung psychotherapeutischer Aspekte während der Gespräche mit Erkrankten	• Erweiterte Kommunikations- und Mentalisierungsfähigkeit • ~~Psychotherapeutische Kompetenzen~~ • Ressourcenorientierte Gesprächsführung
I1Z193-195: E: „Tatsächlich glaub ich, dass es wichtig ist, dass man die	Wichtig ist es die Patient*innen wahrzunehmen und sich als Arzt	• Richtige Wahrnehmungsfähigkeit und Selbsteinschätzung	• Wahrnehmungsfähigkeit und Selbsteinschätzung

Patienten wahrnimmt. Sich auch selbst dabei zu überprüfen. Auch zu prüfen, ob die Hypothese stimmt. Und zu sehen, welche Möglichkeiten es gibt.“	dahingehend auch selbst zu überprüfen. Ob das Wahrgenommene auch wirklich stimmt.		
I2Z77-79: E: „Und da muss man bei den Gesprächen auch schauen, in welcher Situation sich der Betroffene grad befindet. Und je nachdem versucht man natürlich weitere Informationen herauszukriegen.“	Bei den Gesprächen muss man herausfinden, in welcher Situation sich Betroffene gerade befinden. Diesbezüglich versucht man dann weitere Informationen zu erhalten.	• Fokus liegt auf die erkrankte Person und deren Empfindungen/Situation	• ~~Personenzentrierte Gesprächsführung~~
I2Z122-130: E: „Was ich vielleicht noch einwerfen würde, ähm viele Patienten mit einer rheumatischen Erkrankung sind psychisch auch sehr angespannt. Also Depressionen, Angst, Schlafstörungen und sowas. […] Und da ist es wichtig, dass wir als Ärzte dann eben auch die psychischen Probleme der Patienten mitbehandeln müssen. […] unter Einbeziehung anderer Fachgruppen wie Psychotherapeuten beispielsweise.“	Viele Patient*innen mit einer rheumatischen Erkrankung leiden unter psychischen Beschwerden/Erkrankungen. Dabei ist es essenziell, dass die behandelnden Ärzte die psychischen Komorbiditäten mitbehandeln und andere Fachgruppen dazu gezogen werden.	• Einbeziehung weiterer Fachgruppen zur Behandlung psychischer Komorbiditäten	• Interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Behandlung psychischer Komorbiditäten
I3Z69-73: E: „Und deswegen ist auch die regelmäßige Vorstellung beim Rheumatologen ambulant so wichtig, um aktuelle Probleme zu besprechen und als Arzt zu schauen, was hat sich im Gegensatz zum letzten Gespräch verändert. Patienten sollten nicht nur zum ambulanten Rheumatologen gehen, wenns ihnen schlecht geht.	Um Probleme rechtzeitig zu erkennen, ist die regelmäßige Vorstellung beim ambulanten Rheumatologen sehr wichtig. Somit können mögliche Veränderungen schnell erkannt und dementsprechend entgegenwirkt werden.	• Regelmäßige Vorstellung beim ambulanten Rheumatologen, um Probleme rechtzeitig zu erkennen	• Regelmäßige Vorstellung beim ambulanten Rheumatologen

Sie sollten sich eigentlich einmal im Quartal vorstellen.“			

Kategorie 5 = Multimodalität zusammengefasst

Aussagen aus den Interviews der Experten
• Psychotherapeutische Kompetenzen • Personenzentrierte Gesprächsführung • Interdisziplinäre Zusammenarbeit • Positive Arzt-Patienten-Beziehung • Verfolgen eines multimodalen Ansatzes durch Verzahnung rheumatologischer Leistungsspektren zur Gewährleistung bestmöglicher Versorgung • Erweiterte Kommunikations- und Mentalisierungsfähigkeit • Ressourcenorientierte Gesprächsführung • Wahrnehmungsfähigkeit und Selbsteinschätzung • Interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Behandlung psychischer Komorbiditäten • Regelmäßige Vorstellung beim ambulanten Rheumatologen

Kategorie 6 = Handlungsbedarfe

Analyseeinheiten/Textstellen	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
I1Z186-190: E: „Ja ich glaub einfach, dass man ähm momentan in eine Situation kommt, dass wir viele Patienten mit chronischen Erkrankungen an den Rand der Gesellschaft drängen oder eben einfach ähm aus dem normalen Leben ausgrenzen, was natürlich unter Corona auch relativ schwierig war. Und dass man eben einfach Angebote schafft, die Patienten mit	Das Schaffen von weiteren Angeboten, die Patient*innen mit chronischen Erkrankungen am normalen Leben teilhaben lassen.	• Stärkung der sozialen Teilhabe durch Angebote, die Betroffene am normalen Leben teilhaben lassen	• Stärkung der sozialen Teilhabe durch Schaffen von Beratungs- und Unterstützungsangeboten

chronischen Erkrankungen auch am normalen Leben teilhaben lassen.“			
I2Z115-119: E: „Ähm, ich würde sagen, dass zu wenig Betroffene in Selbsthilfegruppen oder auch Selbstmanagementkurse organisiert sind. […] Und das ist es glaube ich wichtig noch mehr Aufklärungsarbeit zu leisten, da solche Gruppen ein wichtiger Baustein sind, was Bewegung angeht, eben auch soziale Kontakte zu fördern.“	Zu wenig Patient*innen mit einer rheumatischen Erkrankung sind in Selbsthilfegruppen oder Selbstmanagementkursen organisiert. Da ist es wichtig mehr Aufklärungsarbeit zu leisten, da gerade diese Angebote wichtige Bausteine zur Förderung der sozialen Teilhabe sind.	• Mehr Aufklärungsarbeit zu positiven Effekten von Selbsthilfegruppen und Selbstmanagementkursen	• Aufklärung und Motivation zur Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen und Selbstmanagementkursen zur Förderung der sozialen Teilhabe
I2Z122-130: E: „Was ich vielleicht noch einwerfen würde, ähm viele Patienten mit einer rheumatischen Erkrankung sind psychisch auch sehr angespannt. […] Und ich glaube das ist auch ein sehr schwieriger Punkt, Patienten dahingehend auch einzustellen. Das heißt hier besteht auch noch Handlungsbedarf, und ähm auch unter Einbeziehung anderer Fachgruppen wie Psychotherapeuten beispielsweise.“	Viele Patient*innen mit einer rheumatischen Erkrankung leiden unter psychischen Beschwerden/Erkrankungen. Dabei ist es essenziell, dass die behandelnden Ärzt*innen die psychischen Komorbiditäten mitbehandeln und andere Fachgruppen dazu gezogen werden. Hier besteht jedoch Handlungsbedarf.	• Einbeziehung weiterer Fachgruppen zur Behandlung psychischer Komorbiditäten	• Interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Behandlung psychischer Komorbiditäten
I3Z104-110: E: „Ähm, wir haben gesehen, dass durch die Corona-Pandemie die Schmerzintensität und auch psychische Probleme bei den Rheumatikern zugenommen haben. […] Und da gilt in solchen Krisensituationen schwerkranken Menschen trotzdem Möglichkeiten zu bieten und sie nicht an den Rand	Gerade durch die Corona-Pandemie haben die Schmerzintensität und psychischen Probleme bei Rheumapatienten zugenommen. Diesbezüglich ist eine bessere Vorbereitung auf solche Krisensituationen notwendig. Beispielsweise auch durch das Ausbauen von Online-Angeboten.	• Bessere Vorbereitung auf Krisensituationen, beispielsweise durch den Ausbau von Online-Angeboten	• Ausbau von Online-Angeboten (Kompensation während Krisensituationen)

der Gesellschaft zu drängen. Man muss darauf einfach besser vorbereitet sein und Alternativen finden. Auch einfach Online-Angebote stärker ausbauen.“			

Kategorie 6 = Handlungsbedarfe zusammengefasst

Aussagen aus den Interviews der Experten
• Stärkung der sozialen Teilhabe durch Schaffen von Beratungs- und Unterstützungsangeboten • Aufklärung und Motivation zur Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen und Selbstmanagementkursen zur Förderung der sozialen Teilhabe • Interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Behandlung psychischer Komorbiditäten • Ausbau von Online-Angeboten (Kompensation während Krisensituationen)