Genderaspekte im Gesundheitsverhalten, bei Krankheitsbewältigung und sozialer Unterstützung

Eine Untersuchung im Rahmen der Rehabilitation

Angelika Hoffer-Pober · Jeanette Strametz-Juranek

Eingegangen: 13. September 2019 / Angenommen: 16. März 2020 / Online publiziert: 16. April 2020
 © Der/die Autor(en) 2020

Zusammenfassung In der vorliegenden Arbeit wurden soziale Unterstützung bei Krankheit, Gesundheitsverhalten und Krankheitsbewältigung im Hinblick auf ihre Zusammenhänge und Genderunterschiede untersucht. Ziel der Arbeit war zum einen herauszufinden, ob sich in Bezug auf soziale Unterstützung bei Krankheit ein Genderunterschied zeigt. Zum anderen sollten die Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung, Gesundheitsverhalten und Krankheitsbewältigung unter dem Genderaspekt sichtbar gemacht werden. Der Aspekt der sozialen Unterstützung wurde aus PatientInnen- und ExpertInnen-sicht erhoben. Frauen erlebten signifikant weniger positive Unterstützung als Männer. Auch die ExpertInnen-sicht wies darauf hin, dass Männer mehr soziale Unterstützung durch ihr Umfeld erfahren als Frauen. Sowohl in der Literatur als auch in den Interviews fanden sich sehr ähnliche Hinweise auf Genderunterschiede in gesundheitsrelevantem Verhalten und bei Krankheitsbewältigung, bedingt durch sozialisationsbedingte Einflussfaktoren. Dies findet sich wiederum im Unterstützungsverhalten und in den Unterstützungserwartungen von Frauen und Männern wieder. Schlussfolgernd kann festgestellt werden, dass die Reflexion dieser genderspezifischen Einflussgrößen wesentlich für die Behandlung und Begleitung von PatientInnen und deren Angehörigen ist.

Schlüsselwörter Geschlechtsunterschiede · Sozialisation · Kommunikation · Interaktion · Herzkrankheit

A. Hoffer-Pober (✉)
 Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich
angelika.hoffer-pober@meduniwien.ac.at

J. Strametz-Juranek
 Pensionsversicherungsanstalt, Wien, Österreich
jeanette.strametz-juranek@pensionsversicherung.at

Gender aspects in health behavior, coping with disease and social support
An investigation within the framework of rehabilitation

Summary In the study social support during illness, in health behavior and coping with disease were investigated with respect to the interrelationship with each other and to gender differences. The aim of the study was to examine whether there is a gender difference in social support during illness and to highlight the gender aspects of relationships between social support, health behavior and coping with illness. Data on social support were collected from patients by means of a questionnaire and interviews were conducted with healthcare experts to complement the picture. Women received significantly less positive support than men. This finding matches the experts' views retrieved from the interviews, which also indicated that men receive more support by their social environment than women. Both the literature and the interviews provided similar indications for gender differences in health behavior and coping with disease due to socialization-related influencing factors. This is also reflected in the supportive behavior and corresponding expectations for support of women and men. It can be concluded that the reflection of these gender-specific influencing factors is crucial for the treatment and care of patients and their relatives.

Keywords Gender differences · Socialisation · Communication · Interaction · Heart disease

Schon sehr früh wurden positive Effekte sozialer Unterstützung für den Erhalt bzw. die Wiederherstellung eines sozialen Identitätsgefühls und eines positiven

Selbstwerts sowie für die Integration eines Individuums in die Gesellschaft gesehen [1].

Soziale Unterstützungsforschung ist ein Thema von hoher Relevanz. Vor allem im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit liegen mittlerweile zahlreiche Studienergebnisse vor. Der Bericht der WHO zu den sozialen Determinanten von Gesundheit betont die Wichtigkeit sozialer Integration für die psychische und körperliche Gesundheit von Menschen.

„Soziale Isolation und sozialer Ausschluss sind mit einem höheren Risiko eines vorzeitigen Todes und niedriger Überlebenswahrscheinlichkeit nach einem Herzinfarkt verbunden. Menschen, die wenig soziale und emotionale Unterstützung von anderen bekommen, haben mit höherer Wahrscheinlichkeit ein geringeres Wohlbefinden, mehr Depressionen, ein höheres Risiko für Komplikationen in der Schwangerschaft sowie stärkere Beeinträchtigungen und Behinderungen bei chronischen Krankheiten. Es gibt einen Zusammenhang zwischen schlechten engen Beziehungen und schlechter körperlicher und psychischer Gesundheit.“ [2]

Geringe soziale Unterstützung gilt z. B. als unabhängiger Risikofaktor für koronare Herzerkrankung. Das Fehlen sozialer Unterstützung bedeutet eine geringere Überlebenschance und eine schlechtere Prognose für PatientInnen mit koronarer Herzerkrankung. Besonders wichtig ist emotionale Unterstützung für Frauen, PatientInnen ohne Partnerschaft, PatientInnen mit geringerem Bildungsgrad und bei bereits länger bestehender Herzerkrankung [3].

In diesem Zusammenhang wird immer wieder auf Genderaspekte hingewiesen bzw. werden diese einzeln als Variablen in Bezug auf einzelne Krankheitsbilder mit erhoben, jedoch bislang nicht durchgängig in Bezug auf den Themenkomplex soziale Unterstützung und Gesundheit untersucht. Geschlecht ist jedoch die stärkste Kategorie, nach der wir Menschen einteilen, und hat zunehmende Relevanz in der Medizin. Denn Erkrankungen können zum einen nur Frauen bzw. nur Männer und zum anderen Frauen oder Männer häufiger, schwerer oder anders betreffen. Sehr deutlich zeigen uns das die Ergebnisse zu Geschlechts- und Genderunterschieden im Bereich der Kardiologie. Vieles an unterschiedlichen Krankheitsverläufen und -prognosen wurde bereits erforscht, aber nichtsdestotrotz liegt noch ein langer Weg vor uns, bis dieser Gendergap geschlossen werden kann [4]. Umso wichtiger sind gendersensible Konzepte auf BehandlerInnenseite.

Frauen und Männer zeigen zudem ein unterschiedliches Gesundheits- und Krankheitsverhalten, unterschiedliche Belastungsverarbeitung und Bewältigungsstrategien sowie eine unterschiedliche Behandlungsmotivation [5]. All diese Aspekte wirken wiederum auf die Erlebens- und Verhaltensebene sozialen Unterstützungsverhaltens. Gesellschaftlich und kulturell geprägte Geschlechtsrollenstereotype sind dabei maßgeblich beteiligt. Eine wichtige Einflussgrö-

ße stellt auch der Aspekt der sozialen Möglichkeiten und der sozialen Integration eines Menschen dar. Armut ist ein ungünstiger Prädiktor für Gesundheit und Krankheitsbewältigung. Eine soziale Schlechterstellung bewirkt oftmals eine geringere soziale Unterstützung.

Den empirischen Teil dieser Arbeit bilden zum einen die Ergebnisse einer Fragebogenerhebung mit PatientInnen eines Rehabilitationszentrums zu sozialer Unterstützung bei Krankheit. Zum anderen wurde die Sichtweise von ExpertInnen in diesem Feld auf den Themenkomplex mittels ExpertInneninterviews erhoben. Die Forschungsfragen lauteten „Zeigen sich im Erleben von PatientInnen Genderaspekte in Bezug auf soziale Unterstützung bei Krankheit?“ und „Inwiefern werden Genderaspekte in Bezug auf Gesundheitsverhalten, Krankheitsbewältigung und soziale Unterstützung von ProfessionistInnen im medizinischen Kontext wahrgenommen?“.

Das Erkenntnisinteresse beruht auf der Annahme, dass im Bereich der sozialen Unterstützung ein Gendergap besteht. Somit wurde dieser Teilaspekt in den Fokus genommen und aus Gründen der Belastbarkeit der PatientInnen mittels eines kurzen Fragebogens erhoben. Die Themenbereiche in den Interviews wurden hingegen breiter angelegt, um ein möglichst großes Spektrum abzudecken und die Zusammenhänge abzubilden. Die halbstandardisierten Interviews wurden dabei mit größtmöglicher Offenheit geführt.

Methode

Um sich der Beantwortung der Forschungsfragen anzunähern, wurde eine Fragebogenerhebung zur Erfassung des Erlebens der PatientInnen gewählt, und es wurden qualitative Interviews zur Erhebung des Erlebens der ProfessionistInnen im medizinischen Kontext eingesetzt.

Fragebogenerhebung

Der erste Teil der Untersuchung, die Fragebogenerhebung, wurde mit 39 Patienten und 45 Patientinnen eines Rehabilitationszentrums für Herz-Kreislauf-Erkrankungen durchgeführt. Ein wesentlicher Schwerpunkt der Klinik ist die medizinische Rehabilitation im Anschluss an akute Krankheitsereignisse bzw. Krankenhausaufenthalte von PatientInnen nach einem Herzinfarkt, nach Herzoperationen, mit chronischer Herzschwäche oder einem kardiovaskulären Risikoprofil. Die Untersuchung wurde im Zeitraum Dezember 2017 bis Januar 2018 im Rahmen des Aufnahmegesprächs im Kontext der Pflegeanamnese erhoben. Alle PatientInnen, die im genannten Zeitraum aufgenommen wurden, wurden befragt. Demografische Daten wurden aufgrund der kleinen Stichprobe und zugunsten der Niederschwelligkeit nicht erhoben. Ausgegeben wurde der Fragebogen ausschließ-

Tab. 1 Items der SSUK-8 und dazugehörige Antwortformate

Bei diesen Fragen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienangehörigen, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Wir möchten erfahren, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen. Manchmal ist das Verhalten der anderen für uns sehr hilfreich, manchmal weniger, manchmal ist es auch belastend. Nachfolgend sind verschiedene Verhaltensweisen aufgeführt, die Menschen zeigen können, wenn jemand krank ist
Kreuzen Sie bitte an, wie oft sich eine oder mehrere der Ihnen nahestehenden Personen Ihnen gegenüber so verhalten haben
<i>Unter den Menschen, die Ihnen nahestehen, gibt es jemanden, der/die . . .</i>
<i>Antwortkategorien: nie (0), selten (1), manchmal (2), häufig (3), immer (4)</i>
1. für Sie da ist, wenn Sie ihn/sie brauchen
2. zu viel Sorge oder Pessimismus in Bezug auf Ihre Erkrankung zeigt
3. Sie aufmuntert oder tröstet
4. Ihnen Informationen gibt oder Vorschläge macht, die Sie nicht hilfreich oder gar beunruhigend finden
5. Ihnen das Gefühl gibt, dass Sie sich nicht um sich selbst kümmern können
6. wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht
7. versucht, Sie auf eine unangenehme Art und Weise dazu zu bewegen, Ihre Form der Krankheitsbewältigung zu ändern
8. einen Teil seiner/ihrer Zeit oder Energie opfert, um etwas für Sie zu erledigen

lich von Frauen, die im Pflegebereich der Einrichtung beschäftigt waren.

Das dieser Untersuchung zugrunde liegende Messinstrument ist die Kurzversion des krankheitsspezifischen Fragebogens „Skalen zur Sozialen Unterstützung bei körperlicher Krankheit (SSUK)“ [1]. Die SSUK wurden explizit für den Kontext körperlicher Krankheit entwickelt und erfassen sowohl positive als auch belastende Aspekte sozialer und bewertungsbezogener Unterstützung (Tab. 1).

Die Kurzform der Skalen zur Sozialen Unterstützung (SSUK-8) wurde von Ullrich und Mehnert (2010) an einer Stichprobe von 1704 KrebspatientInnen unterschiedlicher Tumordiagnosegruppen psychometrisch getestet. Das Struktur- und Messmodell sozialer Unterstützung wurde von den Autorinnen mittels Faktorenanalyse auf seine Gültigkeit geprüft. Die Interkorrelation der beiden Faktoren „soziale Unterstützung“ und „belastende Interaktion“ zeigte die Unabhängigkeit der beiden Dimensionen voneinander. Die beiden Dimensionen sind valide und weisen gute bis hohe interne Konsistenzen auf. Der Faktor „positive Unterstützung“ setzt sich aus Items zu emotionalen, instrumentellen und informativen Aspekten sozialer Unterstützung zusammen. Der Faktor „belastende Interaktion“ besteht aus Items zu emotionaler, informationeller und bewertungsbezogener Unterstützung. Die Validierung weist darauf hin, dass die Skala „belastende Interaktion“ im Gegensatz zur „positiven Unterstützung“ ein heterogenes Konstrukt misst.

Itemanalyse und Analyse der beiden unabhängigen Dimensionen

„Positive Unterstützung“ und „belastende Interaktion“

Die SSUK-8 bestehen aus 8 Items zur Erfassung sozialer Unterstützung bei Krankheit. Jeweils 4 Items lassen sich den beiden unabhängigen Dimensionen „positive Unterstützung“ und „belastende Interaktion“ zuordnen. Die Darstellung der Ergebnisse auf Itemebene erfolgte rein deskriptiv.

Die Daten der Likert-Skalen wurden intervallskaliert behandelt, da sie symmetrisch formuliert sind, also mit einer ungeraden Anzahl an Antwortmöglichkeiten. Aus diesem Grund wurden in der Itemanalyse Mittelwerte angegeben. Zur Analyse der einzelnen Items wurden Häufigkeiten gerechnet.

Im Anschluss an die Itemanalyse wurden die beiden unabhängigen Dimensionen „positive Unterstützung“ und „belastende Interaktion“ analysiert. Dabei wurden die Mittelwerte der jeweiligen Items berechnet, um anschließend mittels T-Test zu überprüfen, ob sich in der Beantwortung ein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern zeigt.

Qualitative Interviews

In Ergänzung zur Fragebogenerhebung wurden 4 halbstandardisierte leitfadengestützte ExpertInneninterviews mit der kollegialen Führung (ärztliche Leiterin, Pflegedienstleiterin, Verwaltungsdirektor) des Rehabilitationszentrums und dem Chefarzt der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) zu folgenden Fragen geführt.

Sehen Sie Geschlechtsunterschiede in Bezug auf soziale Unterstützung bei Krankheit, bei Betreuung und Pflege?

Wie gehen Frauen und Männer mit Krankheitsverarbeitung um?

In welcher Beziehung stehen die PatientInnen zu Gesundheit, Krankheit, Körper, Befinden, Angst, Schmerz ...?

Sehen Sie Unterschiede zwischen Männern und Frauen im Zugang zum Gesundheitssystem/zur Rehabilitation?

Auswertungsmethode

Die ExpertInneninterviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse entlang des Ablaufmodells von Mayring dokumentiert und ausgewertet [6]. Als Analysetechnik wurde die strukturierende Inhaltsanalyse gewählt, bei der es darum geht, eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern und inhaltliche Kategorien mit zugehörigen Textpassagen zu versehen.

Daraus ergaben sich 5 Kategorien: soziale Unterstützung, Einstellung und Gesundheitsverhalten,

Abb. 1 „Positive Unterstützung“ nach Geschlecht

Krankheitsbewältigung, Zugang zu Rehabilitation sowie Kontextfaktoren und Teilhabe.

Ergebnisse aus der Fragebogenerhebung

Positive Unterstützung aus PatientInnensicht

Die 84 befragten PatientInnen gaben im Durchschnitt einen Wert von 2,93 (2 = „manchmal“, 3 = „häufig“) zur Beurteilung der positiven Unterstützung, die sie durch Bezugspersonen erhalten, an. Der Median beträgt 3. Die Fragen zum Faktor „positive Unterstützung“ wurden von allen Befragten beantwortet und streuen zwischen „selten“ und „immer“ (1 bis 4). Die Antwortkategorie „nie“ (0) wurde nicht angegeben. Die Standardabweichung beträgt 0,83.

Wie in Abb. 1 zu sehen ist, liegt der Mittelwert von 3,12 bei den Patienten etwas höher als der Mittelwert von 2,77 bei den Patientinnen. Mit einem Wert von 0,05 bei einem Signifikanzniveau von $p < \text{oder} = 0,05$ ist dies ein signifikanter Unterschied. Das heißt, die befragten Frauen erlebten signifikant weniger positive Unterstützung als die befragten Männer. Allerdings ist der Interquartilabstand bei der Gruppe der Patientinnen größer als jener der Patienten. Das bedeutet, dass die Antworten der Frauen mehr streuen als die Antworten der Männer.

Belastende Interaktion aus PatientInnensicht

Die 84 befragten PatientInnen gaben im Durchschnitt einen Wert von 1,64 (1 = „selten“, 2 = „manchmal“) zur Beurteilung der belastenden Interaktionen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung an. Die Fragen zum Faktor „belastende Interaktion“ wurden von allen Befragten beantwortet. Das gesamte Antwortspektrum wurde ausgeschöpft und streut zwischen „nie“ und „immer“ (0 bis 4). Die Standardabweichung beträgt 0,99.

Abb. 2 „Belastende Interaktion“ nach Geschlecht

Wie in Abb. 2 zu sehen ist, liegt der Mittelwert von 1,66 bei den Patientinnen etwas höher als der Mittelwert von 1,63 bei den Patienten. Mit einem Wert von 0,69 bei einem Signifikanzniveau von $p < \text{oder} = 0,05$ ist dies kein signifikanter Unterschied. Der Interquartilabstand bei der Gruppe der Patienten ist größer als jener der Patientinnen. Das bedeutet, dass die Antworten der Männer hier mehr streuen als die Antworten der Frauen.

Ergebnisse aus den Interviews

Soziale Unterstützung aus ExpertInnensicht

Was hier deutlich wurde ist, dass Frauen aus Sicht der Befragten den größten Teil der Betreuungs- und Pflegearbeit leisten und es auch von ihnen erwartet wird, dass sie das tun. Im Rahmen der Analyse der Interviews wurde ebenfalls erkennbar, dass Männer in der Wahrnehmung der Befragten meistens besser in ein soziales System eingebunden sind als Frauen.

Dieses soziale Gefüge werde dabei in erster Linie von Frauen getragen; von Partnerinnen und Töchtern.

Der Angehörigenkontakt in der Rehabilitation laufe meist über die Töchter. Die Interviewten nahmen des Weiteren wahr, dass Töchter oft im Anschluss an die Rehabilitation auch die weitere Betreuung bzw. Organisation der Betreuung übernehmen. Sie beobachteten auch, dass Eltern ihrerseits oft aktiv von ihren Töchtern einforderten, sich um sie zu kümmern und sie zu pflegen.

Einstellung und Gesundheitsverhalten aus ExpertInnensicht

In den Interviews wurde thematisiert, dass Männer im Umgang mit ihrer Gesundheit weniger gewissenhaft wären als Frauen. Männer wurden in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten, wie z. B. ihre Ernährung, als sorgloser beschrieben. Frauen hingegen gingen be-

wusster mit ihrem Körper um und hätten ein höheres Bewusstsein dafür, sich gesund zu ernähren. Eine Interviewpartnerin betonte, dass Frauen mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen würden und dabei disziplinierter wären als Männer.

Die InterviewpartnerInnen waren sich einig, dass Männer seltener als Frauen regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen gingen. Männer scheinen Gesundheit auch anders zu definieren als Frauen. Frauen seien bewusster damit, dass Gesundheit nicht etwas Geschenkt sei und auch etwas durchaus aktiv Beeinflussbares. Männer würden hingegen oft glauben, sie wären unverwundbar.

Laut den InterviewpartnerInnen zeigten Frauen mehr Compliance als Männer. Männer würden ihre Medikamente hingegen oft von sich aus absetzen, wenn sie den Eindruck haben, es ginge ihnen wieder besser.

Ein weiterer Aspekt in Bezug auf Gesundheitsverhalten betrifft die Einstellung, dass Kranksein Schwäche bedeute, was v. a. für Männer der älteren Generationen besonders schwer sei. Sie empfänden das als Machtverlust und täten sich deshalb schwer, Hilfe anzunehmen, betonte ein Interviewpartner.

Zwei InterviewpartnerInnen betonten, dass die Motivation in und nach der Rehabilitation abhängig von der Einbindung in das familiäre Umfeld und von der sozialen Unterstützung sei. Wie nachhaltig die Veränderung des Lebensstils aus der Rehabilitation fruchte, sei abhängig von der Persönlichkeit der PatientInnen und von ihrem sozialen Umfeld. Das soziale Umfeld und die Unterstützung meist durch Partnerinnen seien entscheidend dafür, den Lebensstil nachhaltig ändern zu können. Frauen seien allgemein meist die Multiplikatorinnen von Gesundheitskompetenz in der Familie.

Krankheitsbewältigung aus ExpertInnensicht

Zwei InterviewpartnerInnen berichteten, dass Männer nach einem Akutereignis, wie z. B. einem Herzinfarkt, oft das Problem hätten, sich wieder etwas zuzutrauen. Männer müssten sich darauf verlassen können, dass ihr Körper funktioniert. Wenn sie sich dessen nicht sicher seien, fehle ihnen das Selbstvertrauen in den eigenen Körper. Sie müssten deshalb lernen, sich Belastungen wieder zuzutrauen und Vertrauen in das Funktionieren des eigenen Körpers zurückzugewinnen. Sich auf diesen Bewältigungsprozess einzulassen sei für Männer laut einer Interviewpartnerin oft sehr schwierig, weil das einer tiefer gehenden Auseinandersetzung bedarf. Außerdem stehe dem entgegen, dass Mann und Kranksein ein Tabu sei. Laut allen InterviewpartnerInnen gingen Frauen mit dieser Thematik offener um und könnten sich körperliche Schwäche eher zugestehen als Männer.

Frauen würden eher in sich hineinhören, die Dinge als gegeben annehmen und es nicht als Schwäche empfinden, auch einmal krank zu sein. Frauen

würden deshalb eine Erkrankung eher akzeptieren als Männer.

Laut 3 InterviewpartnerInnen bräuchten Männer psychologische Betreuung nach einem Akutereignis noch mehr als Frauen. Denn Frauen seien mehrheitlich offener und kommunikativer als Männer. Deshalb seien Frauen zugänglicher für psychologische Beratung, für Entspannungstraining und Biofeedback. Etwa 70 % der Frauen und 30 % der Männer würden diese Angebote im Rahmen ihrer Rehabilitation annehmen, berichtet die Interviewpartnerin aus der Pflege. Männer würden diese Maßnahmen oft nicht einmal ausprobieren, Frauen hingegen ließen sich leichter dazu motivieren. Dieser Beobachtung schloss sich ein weiterer Interviewpartner an.

Zugang zu Rehabilitation aus ExpertInnensicht

Die statistischen Daten, der Literaturvergleich und die Analyse der Interviews geben hier ein deckungsgleiches Bild ab. Rehabilitation wird zu einem überwiegenden Teil von Männern in Anspruch genommen. Im Rehabilitationszentrum sind in etwa zwei Drittel der PatientInnen Männer.

Dieser Umstand wird wesentlich auf soziale Faktoren wie familiäre Verpflichtungen zurückgeführt und dass Männer und Frauen aufgrund traditioneller Aufgaben- und Rollenverteilungen sehr ungleiche Möglichkeiten haben, Rehabilitation in Anspruch zu nehmen.

Ein weiterer Grund für die wesentlich geringere Inanspruchnahme von Rehabilitationsangeboten durch Frauen könne laut 2 InterviewpartnerInnen an der Tatsache liegen, dass Frauen im Schnitt 10 Jahre älter seien, wenn sie eine Herz-Kreislauf-Rehabilitation beanspruchten bzw. bräuchten. Außerdem weisen die Frauen aufgrund des höheren Alters mehr Komorbiditäten auf als die Männer. Die Patienten sind im Schnitt knapp über 60 Jahre alt, berufstätig und verheiratet. Die Patientinnen sind durchschnittlich über 70 Jahre alt, nicht (mehr) berufstätig und öfter alleinstehend oder verwitwet. Das heißt, die Patientinnen und Patienten befinden sich aufgrund des Altersunterschiedes in unterschiedlichen Lebensphasen, was auch bedeutet, dass sie unterschiedliche Reha-Ziele haben.

Kontextfaktoren und Teilhabe aus ExpertInnensicht

Was jemand in der Rehabilitation braucht bzw. wonach sich die Ziele der Rehabilitation richten, sei maßgeblich von den Kontextfaktoren abhängig, berichteten 2 InterviewpartnerInnen. Als Kontextfaktoren werden laut ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) Umweltfaktoren und Personenfaktoren eines Menschen bezeichnet. Umweltfaktoren beinhalten die soziale, materielle und einstellungsbezogene Umwelt. Personenbezogene Faktoren sind jene Aspekte, die nicht das Gesundheitsproblem betreffen [7].

Jemand, der oder die in einem urbanen Umfeld lebt, habe andere Anforderungen und einen anderen Bedarf an Unterstützung als jemand in einer ländlichen Region, betont die ärztliche Leiterin im Interview. In der Stadt sei es beispielsweise einfacher, medizinische Versorgung zu erreichen, und es gäbe mehr Möglichkeiten an Hilfsdiensten. Mobilitätseinschränkungen im häuslichen Bereich seien wiederum in der Stadt schwieriger zu überwinden als in einem Einfamilienhaus am Land in einer kleinen Gemeinde. Im ländlichen Bereich gäbe es oft mehr Einbindung in die Familie, auch weil die räumlichen Distanzen kleiner sind.

Ein weiterer Aspekt, der in den Interviews zur Sprache kommt, ist das Thema Teilhabe. Auch dieser Aspekt findet sich in der ICF. Unter Teilhabe sind das Einbezogen-Sein in eine Lebenssituation und das Teilnehmen-Können eines Menschen an einem Lebensbereich zu verstehen. Rehabilitation meint in diesem Sinne einen erzieherischen Prozess zur Wiederherstellung der bestmöglichen Teilhabe am Leben. Wie diese Teilhabe aussieht und welche Aspekte dabei wichtig sind, sei individuell verschieden, berichteten die InterviewpartnerInnen.

Zurzeit fände in diesem Bereich ein Paradigmenwechsel von indikationsbezogener zu teilhabeorientierter Rehabilitation statt, erzählt der Chefarzt der Pensionsversicherungsanstalt. Dieser Paradigmenwechsel erfordere einen Umdenkprozess, gerade im ärztlichen Bereich. In der teilhabeorientierten Rehabilitation würden die ÄrztInnen begleiten, aber die Richtung gäben die PatientInnen vor.

Diskussion

Soziale Unterstützung

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit war die nach Genderaspekten bei sozialer Unterstützung bei Krankheit mit der zugrunde liegenden Hypothese, dass in diesem Bereich Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestünden.

Erfasst wurden emotionale, instrumentelle und informative Aspekte sozialer Unterstützung. Die Fragebogenerhebung ergab einen signifikanten Geschlechtsunterschied im Erleben positiver Unterstützung. Die befragten Frauen gaben an, weniger positive Unterstützung zu erleben als Männer. Die Alternativhypothese kann somit aufgrund der statistischen Daten bestätigt werden.

Das Antwortspektrum der Patientinnen war hierbei größer als das der Patienten, was bedeutet, dass die Beantwortung durch die Männer einheitlicher ausfiel als die Beantwortung durch die Frauen. Nichtsdestotrotz liegen die höchsten Antwortwerte der Frauen unter denen der Männer.

Dieses Ergebnis entspricht den Ergebnissen aus den Interviews. Die InterviewpartnerInnen gaben auf Basis ihrer Beobachtungen an, dass Männer mehr

soziale Unterstützung durch ihr Umfeld erfahren als Frauen. Sie sind zumeist besser eingebettet in ein soziales Unterstützungsnetz, das in erster Linie aus Partnerinnen, Töchtern und Schwiegertöchtern besteht.

In professionellen Beziehungen bzw. im Behandlungsetting suchen Frauen aktiver nach sozialer Unterstützung und nehmen diese stärker in Anspruch. Die InterviewpartnerInnen bestätigten das. Patientinnen nehmen deutlich häufiger psychologische Beratung in Anspruch als Patienten. In der Literatur ist zu finden, dass sich Frauen emotionale Unterstützung von BehandlerInnen erwarteten und wünschten, während Männer emotionale Unterstützung von BehandlerInnenseite eher als unangebracht empfanden [8].

Auch wenn sich Frauen in dieser Studie weniger unterstützt gefühlt haben als Männer, muss man sagen, dass das Ergebnis insgesamt positiv ausgefallen ist und sich die meisten gut unterstützt fühlten.

Belastende Interaktion

Familiäre Beziehungen beeinflussen die Rehabilitation von PatientInnen mit koronarer Herzkrankheit signifikant. Emotionale Nähe in familiären Beziehungen wurde bereits in mehreren früheren Studien als Pluspunkt in der Reha hervorgehoben. Dabei wurden häufig das positive Verhalten, der Optimismus und eine empathische Zugewandtheit der PartnerInnen betont. Dabei haben positive familiäre Beziehungen eine förderliche Wirkung auf die Rehabilitation im Gegensatz zu belasteten Beziehungen, die das Gegenteil bewirken [9].

In Bezug auf belastende Interaktionen ergibt die Fragebogenerhebung keinen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen. Im Schnitt fühlten sich die PatientInnen selten bis manchmal durch Überfürsorge, Bagatellisierung oder Bevormundung durch Nahestehende belastet.

Über die einzelnen Aspekte betrachtet, fühlten sich allerdings nicht so wenige der Befragten belastet, und dieses Ergebnis sollte im Hinblick auf die Behandlung nicht vernachlässigt werden. Immerhin fühlten sich 20 % häufig und 14 % immer durch zu viel Sorge und Pessimismus durch Angehörige belastet. Etwas weniger als 30 % der befragten PatientInnen fühlten sich häufig bis immer durch Nahestehende verunsichert. Knapp über 20 % gaben an, sich bevormundet zu fühlen. Etwas mehr als 20 % der PatientInnen gaben schließlich an, sich in ihrer Art der Krankheitsbewältigung kritisiert und bevormundet zu fühlen. Das sind wichtige Hinweise für die ProfessionistInnen im Umgang mit PatientInnen und Angehörigen.

Wechselwirkungen von Gesundheitsverhalten, Krankheitsbewältigung und sozialer Unterstützung mit Genderaspekten

Zur Erklärung der Verbindung zwischen Unterstützung und Gesundheit wird unter anderem das Gesundheitsverhalten diskutiert. Da sich das Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen oft unterschiedlich darstellt, leitet sich daraus ab, dass hier Genderaspekten Beachtung zukommen muss, um gezielt Präventivmaßnahmen für Männer und Frauen entwickeln und anbieten zu können.

Sowohl in der Literatur als auch in den Interviews finden sich sehr ähnliche Hinweise auf Genderunterschiede bei gesundheitsrelevantem Verhalten. Das Bild, das sich wiederholt bietet, ist, dass Frauen ein ausgeprägteres Gefühl dafür haben, sich gesund zu halten und sich um den eigenen Körper zu sorgen. Sie nutzen präventive Angebote und nehmen gesundheitsfördernde Maßnahmen besser an. Männer halten sich eher für unverwundbar, halten tendenziell wenig von Vorsorge und suchen ärztliche wie psychologische Hilfe erst auf, wenn es nicht mehr anders geht.

Sozialisationsbedingte Aspekte werden sowohl in der Literatur als auch von den InterviewpartnerInnen zur Erklärung für die Genderunterschiede beim Gesundheitsverhalten herangezogen. Frauen sind dahingehend sozialisiert, körperlichen Symptomen und gesundheitserhaltendem Verhalten mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Sie sind es auch, die auf die Familiengesundheit achten und sich für die Gesundheit anderer verantwortlich fühlen. Die Vorbildwirkung hat regulativen Einfluss auf das Gesundheits- und das Bewältigungsverhalten. Frauen kommt hier oft eine entscheidende Funktion für Angehörige zu.

Die Ergebnisse zu genderspezifischen Aspekten der Krankheitsverarbeitung sind zwar insgesamt widersprüchlich, doch zeichnen sich im Bewältigungsverhalten ebenfalls immer wieder sozialisationsbedingte Unterschiede zwischen Männern und Frauen ab. Aus den Interviews ging hervor, dass sich Männer schwerer damit tun, sich Kranksein einzugestehen und sich auf einen Bewältigungsprozess einzulassen. Sowohl in der Literatur als auch in den Interviews wird beschrieben, dass Männer zur Belastungsverarbeitung Sachinformationen und Strukturvorgaben bevorzugen bzw. als hilfreich empfinden. Das spiegelt sich im Angehörigenkontakt wider. Männer als pflegende Angehörige suchen eher problemfokussierte Ratschläge und managen belastende Situationen lieber rational und sachbezogen. Im Gegensatz dazu suchen Frauen vermehrt nach Kommunikation und emotionsfokussierter Unterstützung. Im Bewältigungsverhalten zeigen sie oft mehr Zugang zu ihren Gefühlen und Motivation, sich mit sich auseinanderzusetzen und sich dafür auch psychologische Hilfe zu holen.

Kenntnisse über unterschiedliches Bewältigungsverhalten und unterschiedliche Bedürfnisse an Unterstützungsmaßnahmen sind wiederum wichtig, um

individuell darauf eingehen zu können und entsprechende Hilfestellungen maßschneidern und gezielt anbieten zu können. Dies bedeutet, für Männer einen verstärkt problemfokussierenden Behandlungsschwerpunkt und für Frauen vermehrt emotionsfokussierende Unterstützung vorzusehen. Wesentlich dabei ist, die Geschlechterstereotype aber nicht fortzuschreiben, sondern diese Hinweise eher im Hinterkopf zu behalten und im konkreten Angebot mitzudenken.

Nach derzeitigem Wissensstand ist nicht klar, wann soziale Unterstützung entlastend, belastend oder gar nicht wirkt. Vermutlich ist eine Kombination aus Sozialisation, Persönlichkeit und gemachten Erfahrungen mit sozialen Beziehungen und Situationen dafür ausschlaggebend, ob, wann und welche Art der Unterstützung als hilfreich empfunden wird.

Genderaspekte spielen hier auf jeden Fall eine bedeutsame Rolle und sollten deshalb in gendersensiblen Designs und gezielten Fragen nach Geschlechterunterschieden Beachtung finden.

Funding Open access funding provided by Medical University of Vienna.

Interessenkonflikt A. Hoffer-Pober und J. Strametz-Juranek geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

Verwendete Literatur

1. Ullrich A, Mehnert A. Psychometrische Evaluation und Validierung einer 8-Item-Kurzversion der Skalen zur Sozialen Unterstützung bei Krankheit (SSKU) bei Krebspatienten. *Klin Diagn Eval*. 2010;3:359–81.
2. Kienle R, Knoll N, Renneberg B. Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In: Renneberg B, Hammelstein P, Hrsg. *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer; 2006. S. 107–22.
3. Kähkönen O, Kankkunen P, Miettinen H, Lamidi ML, Saarman T. Perceived social support following percutaneous

- coronary intervention is a crucial factor in patients with coronary heart disease. *J Clin Nurs*. 2017;26(9–10):1264–80. <https://doi.org/10.1111/jocn.13527>.
4. Strametz-Juranek J, Skoumal M, Steinböck S, Hoffer-Po-ber A. Gender medicine in cardiovascular diseases: past, present, and future. Gender medicine—what else? In: Le-gato MJ, Glezerman M, Hrsg. The international society for gender medicine. History and highlights. London, San Diego, Cambridge, Oxford: Elsevier; 2017. S. 33–42.
 5. Herceg M. Gender- bzw. geschlechtsspezifische Aspekte in der Physikalischen Medizin und Rehabilitation. In: Fialka-Moser V, Hrsg. Kompendium Physikalische Medizin und Re-habilitation. Diagnostische und therapeutische Konzepte. Wien, New York: Springer; 2013. S. 33–43.
 6. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim, Basel: Beltz; 2008.
 7. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. Internatio-nale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. 2005. http://www.soziale-initiative.net/wp-content/uploads/2013/09/icf_endfassung-2005-10-01.pdf. Zugegriffen: 10.10.2018
 8. Neises M, Barolin G. Gender-spezifische Aspekte in der Psychotherapie. *Wien Med Wochenschr*. 2009;159(11–12): 281–7.

Weiterführende Literatur

9. Tuomisto S, Koivula M, Åstedt-Kurki P, Helminen M. Family involvement in rehabilitation: coronary artery disease-patients' perspectives. *J Clin Nurs*. 2018;27(15–16):3020–31. <https://doi.org/10.1111/jocn.14494>.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geo-grafische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröf-fentlichten Karten und Institutsadressen neutral.