Carsten Detka

ZBBS-Buchreihe
Studien zur qualitativen Bildungs-, Beratungs-, und Sozialforschung

Dimensionen des Erleidens

Handeln und Erleiden in Krankheitsprozessen

Verlag Barbara Budrich

Studien zur qualitativen Bildungs-,
Beratungs- und Sozialforschung

ZBBS-Buchreihe
herausgegeben von

Werner Fiedler
Jörg Frommer
Werner Helsper
Heinz-Hermann Krüger
Winfried Marotzki
Ursula Rabe-Kleberg
Fritz Schütze

Carsten Detka

Dimensionen des Erleidens

Handeln und Erleiden in Krankheitsprozessen

Verlag Barbara Budrich,
Opladen & Farmington Hills, MI 2011

Diese Publikation wurde gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Gedruckt auf säurefreiem und alterungsbeständigem Papier.

Alle Rechte vorbehalten.
© 2011 Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills
www.budrich-verlag.de

ISBN 978-3-86649-432-9 // eISBN 978-3-86649-623-1

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: disegno visuelle kommunikation, Wuppertal – www.disenjo.de
Druck: paper & tinta, Warschau
Printed in Europe

Inhalt

1. Einleitung ……... 7

2. Zur „Physiognomie“ der fokussierten Krankheitsbilder ...……..... 13

2.1 Bedeutsame Krankheitsbilder und grundsätzliche Verlaufsformen im Bereich chronischer Herzerkrankungen ……..... 13
2.2 Amputationen im Bereich der unteren Gliedmaßen …..... 24
2.2.1 Zur Ätiologie der Amputationen im Bereich der unteren Gliedmaßen ……..... 24
2.2.2 Amputationen aufgrund einer arteriellen Verschlusskrankheit …. 25
2.2.3 Traumatische Amputation …… 31

3. Der Arbeitsbogen qualitativer Forschung mittels des narrativen Interviews im Sinne der grundlegenden Forschungslogik der Grounded Theory ……. 35

4. Porträtkapitel ……... 87

4.1 Biographische Gesamtformung Klaus Rebenstock – Chronische Krankheit als Weg biographischer Degression …… 87
4.2 Biographische Gesamtformung Christa Renard – Krankheitsbearbeitung als permanenter handlungsschematischer Anpassungsprozess …….. 104
4.3 Biographische Gesamtformung Gerda Müller – Gefangen in einer biographischen Endposition ……... 120
4.4 Biographische Gesamtformung Rita Segert – Krankheit als Wandlungsprozess ……... 137

5. Theoretisches Modell ……... 149

5.1 Dimensionen von Krankheitsverlaufskurven …….. 149
5.2 Die biographische Verarbeitung des Krankheitsgeschehens ……..... 158
5.2.1 Grundsätzliche Prozessvarianten der biographischen Verarbeitung des Krankheitsgeschehens ……. 161
5.2.2 Prozessmechanismen und Herstellungsbedingungen in Prozessen biographischer Verarbeitung des Krankheitsgeschehens …….. 173
5.3 Die Arbeit am biographischen Körperkonzept ……..... 236
5.4 Die eigentheoretische Verarbeitung des Krankheitsgeschehens ……..... 253
5.4.1 Grundlegende Prozessalternativen der eigentheoretischen Verarbeitung in Krankheitsprozessen …… 255
5.4.2 Laientheorien ausgewählter thematischer Bereiche …… 265
5.5 Die Arbeit an der Etablierung und Aufrechterhaltung einer Alltagsorganisation mit der Krankheit ……... 280
5.5.1 Grundlegende Prozessvarianten der Ausgestaltung einer Alltagsorganisation mit der Krankheit ……. 281
5.5.2 Basisstrategien im Umgang mit der Krankheit ……..... 284
5.6 Das Agieren des Patienten in der sozialen Welt der Medizin ……... 301
5.6.1 Die Konfrontation des Patienten mit der sozialen Welt der Medizin ……... 303
5.6.2 Die Ausformung einer Haltung des Patienten zu den medizinischen Bearbeitungsstrategien ……. 314
5.6.3 Lernprozesse und Erfahrungen des Patienten im Kontakt mit dem medizinisch-professionellen Handeln im Verlaufe des Behandlungsgeschehens ……..... 331

6. Ausblick: Einige Schlussfolgerungen für die Behandlungs- bzw. die Beratungspraxis – Überle-gungen zu biographischer Beratung in Krankheitsprozessen ……... 343

7. Literaturverzeichnis ……..... 349

1. Einleitung

Die Entstehung der Fragestellung meiner Dissertationsforschung[1], die der vorliegenden Veröffentlichung zugrunde liegt, wurde zunächst inspiriert von einer alltäglichen – noch ganz unwissenschaftlichen – Beobachtung in meinem sozialen Umfeld – der Beobachtung, dass Menschen, die von einer chronischen Gesundheitsbeeinträchtigung betroffen sind, trotz vergleichbarer Intensität der somatischen Funktionsstörung und trotz einer ähnlichen Intensität der Symptomatik auf sehr verschiedene Art und Weise damit in ihrem Leben umzugehen vermögen. So – um nur ganz wenige Beispiele anzudeuten – gelingt es manchen Menschen, auch im Leben mit der Krankheit eine ansteckende Lebensfreude und Teilnahme am Leben auszustrahlen, wohingegen mit anderen kaum ein Gespräch ohne Bezüge auf Krankheitsthemen möglich ist.

Ganz offensichtlich determiniert also die spezifische Art und die Intensität einer somatischen Funktionsstörung nicht schon für sich allein die Ausbildung einer bestimmten Form der Lebensführung mit der Erkrankung – ein Gedanke, der natürlich auch in angrenzenden Wissenschaften, wie etwa der psychologischen Coping-Forschung, der psychosomatischen Medizin oder auch der Forschung zur Gesundheitssozialisation verfolgt wird.

Mit meiner Dissertationsforschung verfolgte ich das Ziel, aus soziologischer Perspektive Krankheitsprozesse als *biographische Prozesse* zu untersuchen. Chronische Krankheiten entfalten in aller Regel vielfältige Wirkungen in verschiedenen Bereichen des Lebens der Erkrankten. Die Betroffenen werden mit der Aufgabe konfrontiert, eine Form des individualisierten Umgangs mit ihrer Erkrankung auszuformen. Mein Interesse richtete sich auf grundlegende unterscheidbare Formen der Ausgestaltung des Lebens mit einer chronischen Gesundheitsbeeinträchtigung und darauf, wie systematische Bedingungen und Prozessmechanismen die Ausformung solcher grundlegender Prozessgestalten beeinflussen. Die vorliegende Arbeit widmet sich in diesem Kontext folgenden Themen: Es werden die zentralen Dimensionen des Lebens herausgearbeitet, in denen eine chronische Krankheit der fokussierten Krankheitsfelder Auswirkungen zu entfalten vermag. Es werden die grundlegenden Formen des Umgangs von Betroffenen mit ihrer somatischen Funktionsbeeinträchtigung, oder anders formuliert: die grundlegenden Prozessgestalten der Bearbeitung der Krankheit durch die Erkrankten in den entsprechenden

1 Die Dissertation wurde am 2.7.2008 eingereicht. Die Disputation fand am 2.7.2010 statt.

Dimensionen des Lebens vorgestellt. Schließlich werden wesentliche Bedingungen für die Ausformung einer spezifischen Form des Umgangs der Patienten mit ihrer Erkrankung in den einzelnen Auswirkungsdimensionen der Krankheit und wesentliche Prozess- und Herstellungsmechanismen im Prozess der Entwicklung eines individualisierten Umgangs der Betroffenen mit ihrer Erkrankung in den verschiedenen Dimensionen des Lebens erläutert.

Die vorliegende Arbeit stellt die Ergebnisse einer qualitativ-sozialwissenschaftlichen Untersuchung vor; in der Erhebung und der Analyse qualitativ-empirischer Daten wurde ein theoretisches Modell zu den oben genannten Themenkomplexen generiert. Als eine erkenntnisleitende Perspektive der Dissertationsforschung wurde die Biographieforschung gewählt. Die Biographieforschung stellt mit den Kategorien der Prozessstrukturen des Lebensablaufs ein differenziertes Analyseinstrumentarium und Thematisierungsinventar für die Analyse biographischer Prozesse zur Verfügung. – Wobei biographische Prozesse als komplexe Prozessgestalten zu verstehen sind, in denen sich verschiedene einzelne Prozesse gegenseitig beeinflussen, bedingen und zusammenwirken, so zum Beispiel somatische Veränderungsprozesse, sozial-interaktive Prozesse, kollektivhistorische Prozesse und Prozesse der Veränderung der Selbstidentität.

Das Ziel, Krankheitsprozesse als biographische Prozesse zu untersuchen, machte ein prozessanalytisches Verfahren notwendig, wie es das autobiographisch-narrative Interview (Schütze 1983, 2007) auf der Basis der grundlegenden Erkenntnislogik der Grounded Theory (Glaser/Strauss 1967) als Methode der Datenerhebung und der Datenanalyse innerhalb der qualitativen Sozialforschung darstellt. Die erhobenen narrativen Interviews, die nicht nur die Erkrankungs- und Behandlungsgeschichte der Betroffenen, sondern deren gesamte Lebensgeschichte fokussierten, ermöglichten die Analyse von Krankheitsprozessen in deren Einbettung in die biographische Gesamtgestalt des Biographieträgers. Damit war es nicht nur möglich, das komplexe Zusammenspiel verschiedener Dimensionen des Handelns und des Erleidens in den Krankheitsprozessen selbst zu erfassen, sondern auch solche in autobiographischen Stegreiferzählungen zum Ausdruck kommende Erfahrungen als empirische Daten zu analysieren, die sich *vor* der Lebenszeit mit der Krankheit in der Erfahrungsaufschichtung des Betroffenen sedimentiert haben. Dadurch wurden die Erfassung und die Analyse von spezifischen Verletzungsdispositionen und biographischen Ressourcen möglich, die dann beim Auftreten der somatischen Funktionsstörung im Sinne von Bedingungen in der Ausgestaltung des Umgangs des Biographieträgers mit seiner Erkrankung wirksam werden.

Auf der Grundlage der biographieanalytischen Perspektive und einer interaktionistischen Perspektive – der zweiten erkenntnisleitenden Verortung – wirft die vorliegende Arbeit einen genauen Blick auf die Interpretations- und Konstruktionsleistungen sowie auf die *darauf aufbauenden* praktischen Ausgestaltungsleistungen der Krankheitsbetroffenen in der Ausformung ihres Lebens mit der chronischen Gesundheitsbeeinträchtigung. Das Kranksein – verstanden im Sinne der konkreten Form der Lebensführung mit der Krankheit – erscheint dem von einer chronischen Erkrankung Betroffenen als zentral mit der somatischen Funktionsstörung verknüpft und mehr oder weniger unmittelbar aus ihr hervorgehend. Tatsächlich stellt das individuelle Kranksein aber ein – emergentes – Resultat verschiedener Wahrnehmungs-, Sinnsetzungs-, Definitions- und darin gründender praktischer Ausgestaltungsaktivitäten des Betroffenen dar. Die genaue Art und Intensität der somatischen Funktionsstörung bildet das biotische Substrat für das individuelle Kranksein als Gestaltungsresultat des Biographieträgers. (Das ist natürlich nicht im Sinne einer bewertenden Schuldzuschreibung zu verstehen.) Die interaktionistische Perspektive erlaubt die Fokussierung des – in der Regel ungewussten bis allenfalls halbgewussten – prozessualen Herstellungscharakters der Lebensrealität des Erkrankten mit seiner Erkrankung. Die Lebensrealität des Betroffenen mit seiner Krankheit stellt in diesem Sinne eine soziale bzw. eine biographische Konstruktion dar.

Die Konstruktion des eigenen Krankseins ist natürlich nicht beliebig ausgestaltbar – Formen der Lebensführung mit einer chronischen Erkrankung sind nicht voraussetzungslos und grenzenlos austauschbar: Es gibt systematische Bedingungskonstellationen für die Interpretations- und Gestaltungsleistungen der Betroffenen, für die Herausbildung verschiedener Haltungen zu Krankheit und darin gründender Lebensführungsstile mit chronischer Krankheit, die in der vorliegenden Arbeit thematisiert werden.

Als konkreten Gegenstandsbereich meiner Dissertationsforschung wählte ich zwei Gruppen chronischer Erkrankungen aus: Herzerkrankungen einer gewissen Intensität und Amputationen im Bereich der unteren Gliedmaßen – wobei natürlich die Amputation selbst keine Erkrankung, sondern ein medizinisches Behandlungsverfahren darstellt, das allerdings den Körper wesentlicher Funktionsmittel beraubt. Es wurden Amputationen aufgrund einer Arteriellen Verschlusskrankheit und traumatische Amputationen im Zuge eines Unfallgeschehens mit einbezogen. Eine zentrale Überlegung bei der Wahl der beiden Krankheitsbilder war, theoretische Kategorien zu erarbeiten, die über den Sinnhorizont eines einzelnen Krankheitsbildes hinausgehen. – Theoretische Aussagen, die auf der Grundlage der Analyse von Krankheitsprozessen mit Herzerkrankungen erarbeitet worden waren, sollten ihre Gül-

tigkeit auch in Bezug auf ein anderes Krankheitsfeld beweisen. Krankheitsexterne Vergleiche, die Krankheitsbedingungen und Krankheitserleidensverlaufskurven generell fokussieren, ermöglichten eine größere Reichweite einer Vielzahl der theoretischen Aussagen in der Arbeit. Dabei bleibt das vorgelegte Theoretische Modell eine gegenstandbezogene Theorie im Sinne von Glaser und Strauss (1967). Die Auswahl der beiden Krankheitsfelder offerierte breite Kontrastierungshorizonte: Einerseits können beide Krankheitsphänomene aufgrund ihrer Schwere insgesamt beträchtliche, aber unterschiedliche Auswirkungen im Leben der Betroffenen entfalten. Andererseits sind mit den beiden Krankheitsphänomenen elementar andere Auswirkungen für das biographische Körperkonzept des Betroffenen verbunden: So steht etwa der herabgesetzten körperlichen Leistungsfähigkeit bei gleichzeitig weitestgehender äußerlicher Unversehrtheit bei Herzerkrankungen der Verlust eines oder mehrerer zentraler Körperteile mit dem damit einhergehenden Gefühl der körperlichen Versehrtheit und einer offensichtlich gestörten Körperperformanz bei Amputationen gegenüber. Auch stellen sich neben übereinstimmenden Lernanforderungen im Umgang mit der Krankheit den Betroffenen bei beiden Krankheitsbildern sehr unterschiedliche Lernanforderungen in Bezug auf den Körper, zum Beispiel die Notwendigkeit, elementare Körperabläufe neu zu lernen, wie etwa das Laufen mit Prothesen.

Die weit überwiegende Mehrzahl der empirisch gegründeten Kategorien des Theoretischen Modells wurde in kontrastiver Analyse von Krankheitsprozessen beider Krankheitsfelder generiert; auf Besonderheiten einzelner Krankheiten wird im Theoretischen Modell hingewiesen.

In die Analyse sind 24 narrative Interviews mit Patienten eingegangen, 16 Interviews mit Patienten, die an einer chronischen Herzkrankheit leiden – an einer Koronaren Herzkrankheit, zum Teil mit deren stärkster Manifestation in Form eines Herzinfarktes, an Herzrhythmusstörungen oder an einer Herzinsuffizienz –, und 8 Interviews mit Patienten, denen ein oder beide Beine in unterschiedlicher Amputationshöhe amputiert worden waren. Darunter waren 3 traumatische Amputationen und 5 Amputationen aufgrund von peripheren Durchblutungsstörungen.[2]

Zu den Bedingungen für die Art und Weise der Ausgestaltung einer Lebensführung mit der chronischen Krankheit gehört auch, inwieweit vom Betroffenen Lernprozesse im Umgang mit seiner Krankheit realisiert werden können. In der Analyse der empirischen Daten wurde deutlich, dass verschiedene Formen von Lernprozessen von erkrankten Menschen unterschieden werden können. Auf der einen Seite gibt es Lernprozesse, bei denen im Rahmen der

2 In das Datensample sind auch einige Interviews mit eingegangen, die ich bereits für meine Magisterarbeit an der Otto-von-Guericke-Universität erhoben hatte (Detka 2001).

bisherigen, etablierten Welt- und Selbstreferenz des Biographieträgers neues Wissen – z.B. zur Art der eigenen Erkrankung oder zur Vermeidung von Risikofaktoren – erworben wird oder neue Fähigkeiten eingeübt werden – wie etwa das Laufen nach einer Beinamputation –, ohne dass die biographische Identität des Betroffenen davon berührt wird. Es gibt auf der anderen Seite jedoch auch Lernprozesse in der Konfrontation mit einer chronischen Krankheit, bei denen sich die Perspektiven des Biographieträgers auf sich selbst und auf die Welt grundlegend verändern und sich im Zuge einer selbstreflexiven Auseinandersetzung zentrale Identitätsveränderungen manifestieren. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn ein Betroffener nach einer unfallbedingten Beinamputation zunächst alle technischen Möglichkeiten in Form moderner Prothesen in Kombination mit geeigneter Kleidung nutzt, um in Goffmans (1999) Sinne durch Strategien des Täuschens sein abweichendes Merkmal und damit verbunden den Status seiner Diskreditierbarkeit zu verbergen. Im Zuge verschiedener Erfahrungen mit sich selbst in sozialen Interaktionen – etwa Enttäuschungserlebnissen in der Anbahnung intimer Beziehungen, in denen die nachgeholte Offenlegung der abweichenden Körperlichkeit zum abrupten Kollaps der Beziehung führte – lernt der Betreffende dann, seine neue Körperlichkeit und die damit verbundene (zeitweise) Irritation der Interaktionsgegenüber zu akzeptieren und entwickelt auf der Grundlage seiner neuen Haltung zu sich selbst auch neue Präsentationsformen in sozialen Interaktionen – verzichtet zum Beispiel in der Öffentlichkeit selbstbewusst auf eine ein natürliches Bein imitierende Prothesenverkleidung oder verzichtet ganz auf die Prothese und greift stattdessen auf Krücken zurück. Lernprozesse der letztgenannten Art könnte man – so mein Vorschlag – mit Winfried Marotzki (1990) als Bildungsprozesse bezeichnen.

Im 2. Kapitel der vorliegenden Arbeit werden zunächst die wesentlichen – in der Dissertationsforschung fokussierten – Krankheitsbilder im Bereich chronischer Herzkrankheiten und deren grundsätzliche Verlaufsformen sowie die in der Arbeit betrachteten zwei Hauptgestalten von Verläufen mit Amputationsphänomenen im Bereich der unteren Extremitäten vorgestellt. Dabei wurde eine Darstellungsform gewählt, welche die „Physiognomie“ der jeweiligen Krankheit – gewissermaßen die „äußere“ Verlaufsgestalt des Krankheitsgeschehens, wie sie den Patienten entgegen tritt – erkennbar werden lässt (Perleberg/Schütze/Heine 2006).

Das 3. Kapitel, das Methodenkapitel, hat einen Doppelfokus: Zum einen wird der Arbeitsbogen der Grounded Theory – der grundlegenden Erkenntnislogik, der die Dissertationsforschung folgte – in Verbindung mit dem Datenerhebungs- und Datenanalyseverfahren des narrativen Interviews, das im Gang seiner Erkenntnisgewinnung und in seinem Arbeitsablauf auf der

Erkenntnislogik der Grounded Theory fußt, erläutert. Zum anderen werden wesentliche Arbeitsschritte des Arbeitsbogens der Grounded Theory und des narrativen Interviews jeweils mit Bezügen auf die konkrete Ausgestaltung der Dissertationsforschung illustriert. So wird auch die konkrete Ausgestaltung des Forschungsablaufs der Dissertationsforschung – etwa hinsichtlich der Formulierung der zentralen Forschungsfragen, der grundlegenden Forschungsperspektive, der Art und der Anzahl der erhobenen Interviews, der Ausrichtung und der Kernelemente des Auswertungsprozesse, um nur wenige Beispiele zu nennen – zumindest in Ansätzen nachvollziehbar.

Das 4. Kapitel beinhaltet vier Porträtkapitel, welche die grundsätzlichen Ausprägungen von Krankheitsprozessen bzw. von Prozessen der Bearbeitung von Krankheit hinsichtlich der Forschungsfragestellung der Dissertationsforschung repräsentieren und veranschaulichen. Die Porträtkapitel sind durchgängig in der Textsorte der biographischen Gesamtformung geschrieben. Auf empirische Belegstellen wurde in den Fallporträts bewusst verzichtet, um eine durchgängig auf dem angezielten analytischen Niveau bleibende und dabei „flüssige" Darstellungsform zu nutzen. Die erarbeiteten detaillierten strukturellen Beschreibungen der Interviews konnten aus Platzgründen nicht in die Publikation aufgenommen werden.

Das 5. Kapitel stellt das in empirischer Analyse geschöpfte Theoretische Modell vor. Zunächst werden die einzelnen Dimensionen des Erleidens und der Bearbeitung in Krankheitsprozessen der fokussierten Krankheitsfelder im Überblick entwickelt. Dann werden für jede der fünf zentralen Erleidens- bzw. Bearbeitungsdimensionen jeweils die zentralen Prozessgestalten des Umgangs von Erkrankten mit ihrer Krankheit entwickelt und zentrale Bedingungen und Prozessmechanismen im Prozess der Ausgestaltung der grundlegenden Formen des Umgangs von Patienten mit ihrer Erkrankung erläutert.

Die vorliegende Arbeit wurde durch ein Promotionsstipendium der Hans-Böckler-Stiftung gefördert. Dafür möchte ich mich herzlich bedanken. Mein besonderer Dank gilt den Informantinnen und Informanten, ohne deren Bereitschaft, mir ein mehrstündiges biographisches Interview zu geben, diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre. Bedanken möchte ich mich auch bei meinem Zweitgutachter Winfried Marotzki für seine Unterstützung und bei folgenden Kolleginnen und Kollegen für wichtige Anregungen oder Ermunterungen: Michaela Frohberg, Thomas Reim, Ulrike Nagel, Peter Strauss, Nick Thräne und Bärbel Treichel. Conny Brentrop gebührt Dank für die hilfreiche Unterstützung bei der redaktionellen Arbeit. Fritz Schütze möchte ich für die intensive Betreuung als Doktorvater und für die stete Unterstützung im Rahmen verschiedener Arbeitszusammenhänge herzlich danken.

2. Zur „Physiognomie“ der fokussierten Krankheitsbilder

2.1 Bedeutsame Krankheitsbilder und grundsätzliche Verlaufsformen im Bereich chronischer Herzerkrankungen

Drei Grundformen chronischer Herzkrankheiten lassen sich unterscheiden: die gestörte Pumpfunktion (a), „Programm- und Leitungsfehler“[3] (b) sowie Versorgungsstörungen des Herzens (c) (Strian 1998).

(a) Bei einer *Herzinsuffizienz* ist die Pumpleistung des Herzmuskels soweit herabgesetzt, dass die Peripherie nicht mehr in vollem Umfange mittels des Blutkreislaufes versorgt werden kann – alle Organe des Körpers, insbesondere das Gehirn aber auch das Herz selbst, werden nur noch eingeschränkt über den Blutkreislauf mit Sauerstoff und mit Nährstoffen versorgt (Strian 1998: 57; Hopf/Kaltenbach 1996: 68). Die Herzinsuffizienz kann daher Auswirkungen auf viele Körperbereiche entfalten. Unter dem Krankheitsbild der Herzinsuffizienz werden mehrere Beeinträchtigungen der Pumpleistung des Herzens zusammengefasst, je nachdem, welcher Bereich des Herzens betroffen ist (Links- oder Rechtsinsuffizienz) bzw. welcher Prozess im Funktionsablauf der Herztätigkeit beeinträchtigt ist (die systolische Herzinsuffizienz mit Störungen im Blutauswurf oder die diastolische Herzinsuffizienz mit Störungen im Bluteinstrom; häufig treten beide Störungsbilder kombiniert auf) (Strian 1998: 57-61). Eine Herzinsuffizienz wird stets bedingt durch andere krankhafte Veränderungen des Herzens – angesichts dieser Tatsache wird in der medizinischen Fachliteratur zum Teil dafür plädiert, die Herzinsuffizienz nicht als „eigenständige Krankheit“, sondern als „direkte oder indirekte Folge einer zugrundeliegenden organischen Schädigung des Herzen“ anzusehen (Hopf/Kaltenbach 1996: 68). Die Pumpschwäche des Herzen kann vor allem durch Beeinträchtigungen des Herzmuskels oder der Herzklappen sowie durch Störungen der Druck- und Strömungsverhältnisse im Blutkreislauf bedingt sein. Zu den Hauptursachen für die Entstehung einer Herzinsuffizienz gehören insbesondere die koronare Herzkrankheit und deren besondere Manifestation in Form eines Herzinfarktes (siehe c) sowie die arterielle Hypertonie (Strian 1998: 57, 59; Hopf/Kaltenbach 1996: 68-69). Damit ist die Herzinsuffizienz vor allem eine Gesundheitsbeeinträchtigung

3 Strian 1998: 74.

im mittleren und im höheren Lebensalter. Bei jüngeren Patienten liegen einer Herzinsuffizienz häufig spezifische, zum Teil noch wenig erforschte, Herzmuskelerkrankungen zugrunde (Strian 1998: 59).

Eine Herzinsuffizienz kann verschiedene Entwicklungsstufen und Schweregrade durchlaufen, die für den Patienten mit unterschiedlichem Symptomerleben verbunden sind: Eine *chronische Linksherzinsuffizienz* tritt dem Patienten vor allem in Form von Atemnot entgegen. Bei noch vergleichsweise schwach ausgeprägter Linksherzinsuffizienz tritt die Atemnot zunächst nur bei schweren körperlichen Belastungen auf. Zustände von Atemnot bei weniger anstrengenden körperlichen Verrichtungen und schließlich auch in Ruhephasen signalisieren das Voranschreiten der Gesundheitsbeeinträchtigung. Bei einer ausgeprägten Linksherzinsuffizienz kann sich der Patient auch mit Atemnotanfällen während der Nacht konfrontiert sehen. Weitere aus einer weit vorangeschrittenen Linksherzinsuffizienz resultierende Beschweren – die dem Erkrankten das erreichte Ausmaß seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung symbolisieren – können Herzasthmaanfälle, Ödembildung an den Beinen und schließlich ein allgemeines Schwächegefühl verbunden mit starker Gewichtsabnahme sein (Strian 1998: 60). Eine chronische Linksherzinsuffizienz begünstigt die Entstehung einer *chronischen Rechtsherzinsuffizienz*, so dass häufig nach einer Phase der Erkrankung an einer chronischen Linksherzinsuffizienz dann der Patient an Herzinsuffizienz in beiden Herzteilen leidet. Das einer chronischen Linksherzinsuffizienz nachfolgende Versagen auch des rechten Herzens liegt dabei im Blutrückstau im Lungenkreislauf durch die verminderte Leistung des linken Herzens begründet (Strian 1998: 60). Die chronische Rechtsherzinsuffizienz zeigt sich etwa an Ödemen an den unteren Gliedmaßen oder auch im Rückenbereich bei Patienten, die lange Zeit im Bett verbringen müssen oder bereits vollständig pflegebedürftig sind. Es können auch Durchblutungsstörungen an inneren Organen auftreten (Strian 1998: 60; Schweitzer 2010: 110). Patienten, die an einer chronischen Herzinsuffizienz leiden, werden mittels einer medikamentösen Therapie behandelt (Hopf/Kaltenbach 1996: 179-182). Die Patienten sehen sich mit einer in der Regel stark verminderten eigenen körperlichen Leistungsfähigkeit konfrontiert. In der medizinischen Behandlung werden dem Patienten dem Ausmaß der somatischen Schädigung entsprechende Strategien der körperlichen Schonung nahe gelegt, wobei jedoch ein der Krankheitsintensität angepasstes Maß an regelmäßiger körperlicher Aktivität im medizinischen Diskurs nicht nur als ungefährlich, sondern sogar als die körperliche Leistungsfähigkeit des Erkrankten (potentiell) etwas verbessernd bewertet wird (Hopf/Kaltenbach 1998: 179). Der Erkrankte muss sich jedoch damit auseinandersetzen, dass die Leistungsfähigkeit seines Herzen vermindert ist, eingeschränkt bleiben wird und sich aller Wahrscheinlichkeit nach

im Laufe der Zeit noch weiter verringern wird – und sich sein allgemeiner Gesundheitszustand weiter verschlechtern könnte. Die Lebensperspektive des Patienten ist von der Hoffnung auf eine möglichst langsame weitere Verschlechterung des eigenen Gesundheitszustandes im Zuge des Voranschreitens der chronischen Herzinsuffizienz durch die medikamentöse Therapie, durch körperliche Schonung und durch leichtes Körpertraining bestimmt. Der körperlichen Stabilisierung entgegen wirkt eine paradoxe Reaktion des Körpers auf die abnehmende Pumpleistung des Herzen: Im Sinne eines Zirkelschlusses haben kardiale und neuroendokrine Anpassungs- und Kompensationsmechanismen, die natürliche Reaktionen des Körpers auf Verletzungen darstellen und als solche im Falle von kurz- und mittelfristigen Verletzungsphasen auch sinnvoll sind („Kreislaufzentralisation"), die Folge, dass sich einige Herzfunktionen intensivieren und das geschwächte Herz dadurch zusätzlich beansprucht wird – wodurch letztlich die Herzbeeinträchtigung weiter verstärkt wird (Strian 1998: 58-59). Hat sich die chronische Herzinsuffizienz auf der Basis einer koronaren Herzkrankheit entwickelt, wird die Lebensperspektive des Patienten auch zentral von der sich aus dem jeweiligen Stadium der koronaren Herzkrankheit ergebenen Lebensrahmung definiert (siehe dazu c).

Im Zusammenhang mit bestimmten Störungen des Herzen – vor allem mit einem Herzinfarkt, mit einer Bluthochdruckkrise, mit bestimmten Herzrhythmusstörungen, mit akuter Herzmuskelschwäche oder mit spezifischen Herzklappenfehlern – kann sich eine *akute* Form der *Linksherzinsuffizienz* manifestieren. Eine *akute Rechtsherzinsuffizienz* (Cor pulmonale) kann aus einem Gefäßverschluss im Bereich der Lunge (Lungenembolie) resultieren. Eine akute Herzinsuffizienz führt den Patienten in eine lebensbedrohliche Gesundheitskrise, die mit intensivem Symptomerleben für den Betroffenen verbunden ist: Mit ausgeprägter Atemnot, bläulicher Hautverfärbung und zum Teil Schmerzen im Brustbereich gehen intensives Angsterleben bis hin zur Todesangst, Schockzustände und Ausbrüche „kalten Schweißes" einher (Strian 1998: 60-61). In der medizinischen Behandlung einer akuten Herzinsuffizienz stehen neben einer strengen Vermeidung aller körperlichen Anstrengungen (Bettruhe) vor allem medikamentöse Therapiestrategien im Vordergrund (Hopf/Kaltenbach 1996: 69-74; Haverkamp 2009: 47).

Eine *terminale Herzinsuffizienz* stellt das Endstadium fortschreitenden Herzversagen dar (Strian 1998: 88). Die Herzerkrankung ist dann bereits soweit entwickelt, dass der Patient – und das auch nur bei angemessener medizinischer Betreuung – nur noch eine sehr geringe Lebenserwartung in der Größenordnung von in der Regel einigen Monaten hat. Eine Reihe von Herzerkrankungen kann zu einer terminalen Herzinsuffizienz führen, wobei im höheren Lebensalter die terminale Herzinsuffizienz als Endpunkt einer

langandauernden koronaren Herzkrankheit (siehe c) dominiert. Spezifische Herzmuskelerkrankungen können jedoch auch bereits bei jüngeren Menschen in eine terminale Herzinsuffizienz münden (Strian 1998: 88). Die einzige Überlebensperspektive für Patienten mit einer terminalen Herzinsuffizienz kann eine *Herztransplantation* bieten. Sind die medizinischen Kriterien für die Anwendung dieses letztmöglichen therapeutischen Verfahrens zur Rettung des Lebens des Erkrankten erfüllt – z.B. ein bestimmter Schweregrad der Herzinsuffizienz, eine Lebenserwartung unter medizinischer Standardbehandlung von maximal einem Jahr, ein abgesehen von der Herzerkrankung vergleichsweise guter Gesundheitszustand aber auch die individuell-persönliche Haltung des Patienten seiner Krankheit gegenüber (Hopf/Kaltenbach 1996: 195; Strian 1998: 89)[4] –, steht der Patient einer medizinischen Behandlungsmaßnahme gegenüber, die zwar einerseits technisch sehr aufwändig ist aber andererseits mittlerweile fest als therapeutische Maßnahme etabliert ist und in den Herzzentren mit weitgehender Routine realisiert wird (Hopf/Kaltenbach 1996: 195; Strian 1998: 89; Schmid/Schmitto/Scheld 2003). Die Zeit zwischen der Entscheidung für eine Organverpflanzung und der Operation selbst kann für den Patienten mit psychischen Belastungen verbunden sein: Mit der Anmeldung des Patienten als Kandidat für eine Herztransplantation bei der zentralen europäischen Koordinationsstelle (Eurotransplant) beginnt für den Patienten eine Zeit des (in der Regel mehrmonatigen) Wartens auf die Transplantation, die für den Betroffenen etwa durch die Ungewissheit des Transplantationstermins und damit der Länge der Wartezeit, durch die Angst vor einer akuten lebensbedrohlichen Zustandsverschlechterung noch vor der erhofften Transplantation – wobei bei einem Stadium der Herzinsuffizienz, in dem die mangelnde Pumpleistung nicht mehr standardmedizinisch stabilisiert werden kann, Verfahren zur Verfügung stehen, Wartezeiten bis zur Transplantation zu überbrücken, etwa durch technische Ersatzlösungen (z.B. künstliche „Teilherzsysteme“), die Herzfunktionen übernehmen –, und auch durch ethische bzw. moralische Fragen hinsichtlich seines Wunsches, durch das Herz eines anderen Menschen überleben zu wollen und daher letztlich angesichts der eigenen kritischen Lage sogar den

4 Kriterien, die eine Herztransplantation für bestimmte Patienten ausschließen, beziehen sich – abgesehen von den dann spiegelbildlich wirkenden oben genannten Aspekten, z.B. wenn die Herzinsuffizienz noch nicht eine bestimmte Intensität erreicht hat oder wenn der Allgemeinzustand des Patienten auch durch weitere chronische Erkrankungen bereits stark beeinträchtigt ist – einerseits auf spezifische Krankheitsbilder, die eine Herztransplantation unmöglich machen, wie etwa bestimmte Formen des Bluthochdrucks im Lungenkreislauf, und andererseits auf starke Einschränkungen der individuellen Fähigkeit des Patienten zur Mitwirkung und Kooperation im Behandlungsvorbereitungs- und Rehabilitationsprozess, wie sie etwa bei ausgeprägter Alkohol- oder Drogenabhängigkeit vorliegen können (Strian 1998: 89).

baldigen Tod eines (verallgemeinert bzw. entindividualisiert gedachten) „Spenders“ herbeizusehnen, dominiert sein können (Strian 1998: 90-91). Nach einer medizinisch erfolgreich verlaufenden Herztransplantation sieht sich der Patient einer neuen Lebensrahmung gegenüber, die insbesondere durch zwei grundlegende Charakteristika gekennzeichnet ist: Einerseits gewinnt der Patient nach dem durch die terminale Herzinsuffizienz extrem begrenzten zeitlichen Lebenshorizont vor der Transplantation eine neue Lebensperspektive – er kann nun auf eine mehrjährige weitere Lebensphase hoffen (Strian 1998: 88). Darüber hinaus kann im Zuge einer erfolgreichen Rehabilitation wieder eine weitreichende körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit erreicht werden, wodurch im Alltag wieder ein aktives Leben geführt werden kann und zum Teil auch der berufliche Wiedereinstieg gelingt (Strian 1998: 88-89; Hopf/Kaltenbach 1996: 196). Andererseits sieht sich der Patient nach der Herztransplantation weiterhin gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, welche die neue Lebensperspektive bedrohen: Immunreaktionen des Körpers auf das implantierte „fremde“ Organ können zu einer Abstoßung des neuen Körperorgans führen und damit den Behandlungserfolg zentral gefährden. Mittels regelmäßiger diagnostischer, und zum Teil invasiver (Entnahme von Herzmuskelgewebe), medizinischer Verfahren werden – unmittelbar nach der Organverpflanzung in sehr kurzen Abständen, dann schrittweise in bis zu einer Obergrenze zunehmend längeren Intervallen – Abstoßungserscheinungen überwacht; auch muss der Patient bis an sein Lebensende Medikamente einnehmen, welche die Immunreaktionen des Körpers hemmen (Immunsuppression), um eine Abstoßungsreaktion des Körpers nach Möglichkeit zu verhindern (Strian 1998: 92-94; Hopf/Kaltenbach 1996: 197-198)[5]. Die Immunsuppression bringt jedoch für den Patienten für den Rest seines Lebens auch ein erhöhtes Infektionsrisiko mit sich, dem durch intensivierte Hygieneroutinen und bei Bedarf durch medikamentöse Therapien (z.B. durch antibiotische Medikamente) entgegengewirkt werden kann.

(b) *Herzrhythmusstörungen* stellen „Programm- und Leitungsfehler“ (Strian 1998: 74) des Herzens dar, die einen zu schnellen, einen zu langsamen oder einen unregelmäßigen Herzschlag zur Folge haben. Zugrunde liegen Störungen der Erregungsbildung, der Erregungsleitung oder der Erregungsrückbildung, die in aller Regel auf eine andere Erkrankung des Herzen, insbesondere auf eine koronare Herzkrankheit oder ihre bedeutsamste Manifestation in Form eines Herzinfarktes (Hopf/Kaltenbach 1996: 162) (siehe c),

5 Vollkommen ausgeschlossen werden kann eine Abstoßungsreaktion durch Medikamentierung jedoch nicht. Insbesondere in den Monaten nach der Transplantation aber auch noch Jahre nach der Organverpflanzung können sich Abstoßungstendenzen manifestieren, die in einem frühen Stadium dann durch eine Verstärkung der medikamentösen Immunsuppression behandelt werden (Strian 1998: 93).

auf Herzmuskelerkrankungen oder auf Herzklappenfehler zurückgehen (Strian 1998: 74, 76). Es werden, je nach dem spezifischen Störungsbild, eine Vielzahl verschiedener Herzrhythmusstörungen unterschieden (Strian 1998: 74-84; Hopf/Kaltenbach 1996: 76-91, 157-176), die mit sehr unterschiedlichen Beeinträchtigungen und unterschiedlichem Symptomerleben für den Betroffenen verbunden sein können: Herzrhythmusstörungen können vollkommen ungefährlich und ohne verspürte Beschwerden des Betroffenen ablaufen, sie können Herzklopfen und Herzrasen verursachen, zu Schwindelanfällen führen, Bewusstseinsverluste verursachen oder auch – z.B. als Kammerflattern und Kammerflimmern – einen lebensbedrohlichen Zustand hervorrufen, der ohne sofortige medizinische Behandlung in wenigen Minuten zum Tode führen kann (Strian 1998: 74-84; Hopf/Kaltenbach 1996: 76-91). Die zentrale medizinische Behandlungsmaßnahme bei schwereren und schweren chronischen Herzrhythmusstörungen[6] stellt der Einsatz eines Herzschrittmachers dar, der verschiedene Herzsignale permanent überwacht und bei Störungen des Herzrhythmus´ das Herz der Störung angemessen stimuliert (Strian 1998: 84-88; Hopf/Kaltenbach 1996: 165-176). Mit einem Herzschrittmacher gewinnt der Patient eine Lebensperspektive, die einerseits dadurch charakterisiert ist, dass eine möglicherweise lebensbedrohliche Gesundheitsstörung unter Kontrolle gebracht worden und ein weitgehend beschwerdefreies Leben möglich geworden ist, und die andererseits den Patienten mit der Tatsache konfrontiert, dass durch den Herzschrittmacher die den Herzrhythmusstörungen zugrundeliegende Herzerkrankung nicht geheilt ist und noch weitere gesundheitliche Beschwerden mit sich bringen kann (Strian 1998: 84).

(c) Bei der *koronaren Herzkrankheit (KHK)* führen arteriosklerotische Veränderungen der Innenwände der Herzkranzgefäße dazu, dass Bereiche des Herzmuskels nicht mehr ausreichend durchblutet werden. Durch eine Verengung der Herzkranzgefäße (Stenosenbildung) – infolge von Einlagerungen in den Arterien (Plaquebildung) und infolge der Verhärtung von Arterien – kann das Blut nicht mehr ungehindert im gesamten Herzbereich fließen und damit nicht mehr alle Bereiche des Herzen ausreichend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgen (Strian 1998: 61; Hopf/Kaltenbach 1996: 93; Gerhardt 1999: 24; Schwarzer 1996: 127; Borgetto 1999: 10)[7].

---

6 Zu den Indikationskriterien für eine Schrittmacherbehandlung siehe Hopf/Kaltenbach 1996: 165-166 und Strian 1998: 84.

7 Obwohl in der Regel Menschen ab der Mitte des 5. Lebensjahrzehnts und später von der KHK betroffen werden, können auch jüngere Menschen an der KHK erkranken (Stierle-Wirz/Zimmerli 2008).

Die KHK galt lange Zeit – und gilt im Laiendiskurs zum Teil noch heute – als eine Krankheit vor allem der Angehörigen höherer sozialer Schichten[8]. Mag dieses Bild zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch seine Berechtigung gehabt haben, so zeigen sozialepidemologische Studien deutlich auf, dass die KHK heute keineswegs mehr als „Managerkrankheit" anzusehen ist, sondern in den Ländern der westlichen Welt Männer und auch Frauen[9] der „unteren" Schichten – Menschen mit geringem Ausbildungsniveau bis hin zum Arbeiter – überproportional von der KHK betroffen sind (Rugulies/Siegrist 2002: 17).[10]

Mehrere Verlaufsformen der koronaren Herzkrankheit lassen sich grundsätzlich unterscheiden, wobei sich die KHK immer als eine Abfolge verschiedener Stadien manifestiert: Eine häufig anzutreffende Verlaufsform einer KHK beginnt (nach einer möglicherweise jahrelangen Entwicklungsphase der langsamen Veränderung der Koronararterien ohne Symptomerleben des Betroffenen) mit der Manifestation einer *stabilen Angina pectoris*. Die Verengung der Herzarterien führt zu koronaren Durchblutungsstörungen in Belastungssituationen, wenn der in solchen Situationen erhöhte Sauerstoffbedarf des Herzens aufgrund der eingeschränkten Durchblutung nicht mehr vollständig gedeckt werden kann. Dabei können Belastungssituationen sowohl in Form erhöhter körperlicher Aktivität – wie z.B. schnellem Gehen oder Treppensteigen – als auch in Form starker psychischer Anspannung vorliegen (Strian 1998: 67-68; Hopf/Kaltenbach 1996: 93; Gerhardt 1999: 24; Albus/Appels/Adler 2003: 863). Der Patient verspürt – je nach dem Ausmaß der bereits entwickelten Stenosierung – mehr oder weniger starke Schmerzen im Brustraum, die z.B. auch in den Rücken, in den linken Arm oder in die rechte Schulter ausstrahlen können, sowie ein Engegefühl im Brustbereich und Angst (Hopf/Kaltenbach 1996: 93; Strian 1998: 67-68; Schweitzer 2010: 115). Die Beschwerden treten in aller Regel jeweils in vergleichbaren Belastungssituationen und mit ähnlicher Intensität auf, können sich als Anfallsgeschehen im Abstand von Wochen oder auch bis hin zu

8 Der Begriff der „sozialen Schicht" wird hier unter Rückgriff auf Johannes Siegrist und dessen medizinsoziologische Schriften genutzt, der die Zugehörigkeit eines Gesellschaftsmitglieds zu einer bestimmten sozialen Schicht anhand zentraler sozialer Statusmerkmale, wie dem Ausbildungsniveau, dem Einkommen und dem beruflichen Status, definiert (Rugulies/Siegrist 2002: 16; Siegrist 2005).

9 Zur koronaren Herzkrankheit und zum Herzinfarkt speziell bei Frauen siehe Schmidt 2005, Zyriax/Boeing/Bamberger/Windler 2007, Remennik/Raanan 2000, Reitz 2004, Wenzel 2004, Kendel/Lehmkul/Regitz-Zagrosek 2005. Zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Krankheitsverlauf siehe Saner 2007.

10 Die genaue Art der Einflussbeziehung zwischen der Schichtzugehörigkeit und dem Risiko, an einer koronaren Herzkrankheit zu erkranken, ist im wissenschaftlichen Diskurs noch umstritten. Zu verschiedenen Erklärungsansätzen – die in den beteiligten Wissenschaften kontrovers diskutiert werden – siehe Rugulies/Siegrist 2005.

mehrmaligen täglichen Anfällen manifestieren und dauern gewöhnlich jeweils einige Minuten an (Strian 1998: 67-68). Zur medizinischen Diagnose der KHK dienen insbesondere zwei Verfahren: das Belastungs-EKG, bei dem der Grad der Verengung von Herzkranzgefäßen gemessen wird, indem die körperliche Belastung des Patienten durch körperliche Aktivität unter Kontrolle der Durchblutungsleistung des Herzens solange gesteigert wird, bis eine Ischämiereaktion (Minderdurchblutung) eintritt, und die Herzkatheteruntersuchung (Koronarangiographie), bei der durch einen eingeführten Katheter ein Kontrastmittel in den Koronarbereich eingebracht wird, das dann bei einer Röntgenaufnahme die Stenosen sichtbar macht (Gerhardt 1999: 25; Hopf/Kaltenbach 1996: 94; Borgetto 1999: 10).[11]

Ist eine koronare Herzkrankheit diagnostiziert worden, verfolgt das ärztliche Handeln das Ziel, der Arteriosklerose entgegenzuwirken, die Minderdurchblutung des Herzen zu verhindern bzw. zu vermindern, die beschwerdefreie Belastbarkeit des Patienten zu erhöhen und letztlich einem Herzinfarkt vorzubeugen (Hopf/Kaltenbach 1996: 95). Mehrere medizinische Behandlungsverfahren – die für den Patienten jeweils mit unterschiedlichen Einschränkungen und Belastungen verbunden sind – können dabei zur Anwendung kommen: die medikamentöse Behandlung; die perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA, Ballondilatation), bei der mittels eines Ballonkatheters die Stenosen aufgebrochen werden und so eine verbesserte Durchblutung erreicht werden soll; die Implantierung von intrakoronaren Stents in betroffene Bereiche der Arterien, die die Gefäßwände stabilisieren und den verengten Gefäßabschnitt offen halten sowie die Bypass-Operation (zur Abwendung eines unmittelbar drohenden Herzinfarktes), bei der verengte Gefäßabschnitte durch ein Venen- oder Arterienimplantat[12] umgangen werden und dadurch in diesem Bereich des Herzens wieder ein ungehinderter Blutfluss ermöglicht wird (Strian 1998: 72-74; Gerhard 1999: 27-28; Hopf/Kaltenbach 1996: 95-109). Auch sieht sich der Patient mit dem Umstand konfrontiert, dass Merkmale seines Lebensstils im medizinischen Diskurs als krankheitsförderlich angesehen werden und daher eine Änderung seiner Lebensgewohnheiten zur Verbesserung seiner krankheitsbezogenen Prognose angezeigt ist. Als Faktoren, die eine Ausbildung der KHK begünstigen – und die jeweils mehr oder weniger aktiv vom Patienten bearbeitet werden können –, gelten heute somatische Risikofaktoren, wie z.B. die arterielle Hypertonie, eine Erkrankung an Diabetes mellitus und Gerinnungsstörungen des Blutes; verhaltensbezogene Risikofaktoren, wie z.B. eine Fehlernährung mit einem Überangebot an gesättigten Fettsäuren und Cholesterin, Nikutinabusus und Bewegungsmangel, sowie psychosoziale Risikofaktoren,

11 Zu radiologischen diagostischen Verfahren siehe auch Hahn 2007.

12 Das Implantat wird zumeist aus dem Beinbereich des Patienten entnommen.

wie z.B. Depressivität, Angststörungen, bestimmte Persönlichkeitsvariablen (etwa Feindseligkeit), akuter und chronischer Stress und ein niedriger sozioökonomischer Status (Albus/Appels/Adler 2003: 865; Schwarzer 1996: 127-152; Strian 1996: 62-65; Siegrist 2003; Gerhardt 1999: 26; Heinzl 2004; Bräutigam/Christian/von Rad 1992: 130-168; Lerch/Kramer 1994: 14-24; Fischer-Börold/Zettl 2006; Phar.Ztg. 2006; Stürmer/Hasselbach/Amelang 2006; Süß 2006; Behling 2006; Ladwig/Emeny/Häfner/Lacruz 2011; Lange-Asschenfeldt/Lederbogen 2010; Herrmann-Lingen/Meinertz 2010). Über eine gezielte medizinische Therapie und den Abbau von Risikofaktoren kann eine verhältnismäßig stabile Gesundheitslage des Patienten über Jahre hinweg ermöglicht werden.

Der Übergang von einer stabilen Angina pectoris zu einer *instabilen Angina pectoris* stellt eine deutliche Verschlimmerung der koronaren Herzerkrankung dar. Die Durchblutungsstörungen des Herzen haben an Intensität gewonnen, die Beschwerden und die Symptome symbolisieren dem Patienten das gewachsene Ausmaß seiner gesundheitlichen Störung: die Beschwerden sind intensiver, auch treten sie nun nicht mehr nur in spezifisch-typischen Belastungssituationen auf, sondern auch bei leichten Belastungen, in Ruhephasen bzw. während der Nacht, und sie dauern länger an (Strian 1998: 68-69; Hopf/Kaltenbach 1996: 109-110; Albus/Appels/Adler 2003: 863). Mit dem Auftreten einer instabilen Angina pectoris hat sich das Risiko eines Herzinfarktes deutlich erhöht – dementsprechend liegt das wichtigste Ziel der medizinischen Behandlung darin, die instabile wieder in eine stabile Angina pectoris zu überführen und einen Herzinfarkt zu vermeiden. Dafür stehen wiederum die oben aufgeführten grundsätzlichen medizinischen Behandlungsverfahren zur Verfügung (Hopf/Kaltenbach 1996: 110-113; Strian 1996: 68-69).

Der *Herzinfarkt* (Myokardinfarkt) stellt die schwerste Manifestation einer KHK dar – er gehört zu den häufigsten krankheitsbedingten Todesursachen in den Ländern der westlichen Welt. Bei einem akuten Herzinfarkt werden durch einen zumeist vollständigen Gefäßverschluss im Bereich der Koronararterien Bereiche des Herzen infolge der Durchblutungsblockade nicht mehr mit Sauerstoff versorgt, das betroffene Gewebe stirbt ab (Strian 1998: 69; Hopf/Kaltenbach 1996: 113; Schweitzer 2010: 117). Die vom Patienten bei einem Herzinfarkt verspürten Symptome und Beschwerden ähneln denjenigen bei einem Angina-pectoris-Anfall, sind jedoch in der Regel weitaus intensiver und dauern an. Der Patient verspürt extreme Schmerzen in verschiedenen Körperregionen, insbesondere im linken Oberarm, in der Brust, in der Schulter und teilweise auch im Oberbauch; er durchlebt massive Allgemeinreaktionen, wie z.B. Übelkeit, kalter Schweiß, Erbrechen, allgemeine Schwäche und Bewusstseinsminderung; und der Betroffene empfindet große

Angst bis hin zur Todesangst bzw. einem Vernichtungsgefühl. Ein akuter Herzinfarkt kann mit einer akuten Herzinsuffizienz (siehe a) und schweren Herzrhythmusstörungen einher gehen (siehe b) (Strian 1998: 67-68, 70-71; Hopf/Kaltenbach 1996: 113-114). Eine schnell einsetzende medizinische Behandlung erhöht die Überlebenschancen des Betroffenen (Pharm.Ztg 2005; Lapp/Culker 2005). Ziele der medizinischen Intervention sind zunächst die Begrenzung der Infarktgröße, die Verhinderung von Infarktkomplikationen und die Stabilisierung des Gesundheitszustandes des Patienten (Hopf/Kaltenbach 1996: 114-126). Nach der Stabilisierung des körperlichen Zustandes des Infarktpatienten können zur weiteren Bearbeitung der koronaren Herzkrankheit wiederum die oben genannten medizinischen Behandlungsverfahren zur Anwendung kommen, die für alle Stadien der KHK zum möglichen medizinischen Behandlungsrepertoire gehören.

Nicht bei allen an koronarer Herzkrankheit erkrankten Patienten manifestiert sich der eben dargestellte Phasenablauf der KHK. Der vom Patienten registrierte Krankheitseintritt in das Leben – der Punkt, an dem der Patient mit seiner Erkrankung konfrontiert wird und das Krankheitserleben beginnt – kann variieren: Es gibt Patienten, die ohne zuvor verspürte Symptome einer stabilen Angina pectoris in die Phase einer instabilen Angina pectoris eintreten. Die Symptome einer instabilen Angina pectoris treten dann als erste sichtbare Krankheitsmanifestation auf, damit verbunden ist ein sehr hohes Infarktrisiko (Strian 1998: 69; Hopf/Kaltenbach 1996: 109-110; Albus/Appels/Adler 2003: 863). Der Beginn des Sichtbar-Werdens der KHK für den Patienten kann auch direkt mit dem Herzinfarkt verbunden sein – die betreffenden Patienten verspüren zuvor keine Angina-pectoris-Beschwerden, der Herzinfarkt stellt nach einer Phase schmerzloser koronarer Durchblutungsstörungen dann die erste registrierte Manifestation der KHK für den Patienten dar (Strian 1998: 68; Albus/Appels/Adler 2003: 863, 875). Auch gibt es schmerzlose („stumme“) Myokardinfarkte, bei denen der Patient trotz zum Teil massiver Mangeldurchblutung und Nekrosenbildung im Herzbereich selbst im akuten Infarkt nicht die typischen Infarktbeschwerden verspürt (Strian 1998: 72; Albus/Appels/Adler 2003: 863; Hopf/Kaltenbach 1996: 126-127).

Ist die koronare Herzkrankheit bereits weit fortgeschritten – vor allem wenn nach einem Herzinfarkt oder auch zur Prävention eines unmittelbar drohenden Herzinfarktes eine Bypass-Operation notwendig und realisiert wurde –, steht der Patient einer veränderten Lebensrahmung gegenüber. Einerseits ergeben sich in der Regel deutliche Verbesserungen im Leben des Patienten: Er kann auf eine im Vergleich zum Zustand vor der Bypass-Operation (zumindest statistisch) gestiegene Lebenserwartung hoffen, seine körperliche Leistungsfähigkeit steigt einige Monate nach der Operation wie-

der deutlich an, die Angina-pectoris-Symptomatik verschwindet ganz oder weitgehend, das allgemeine Wohlbefinden steigert sich (Gerhardt 1999: 29-31; Borgetto 1999: 14-15) – und die Rückkehr in die Berufstätigkeit ist (in vielen Fällen) möglich, wenn der Patient nicht nach der krankheitsbedingten Frühverrentung strebt (Gerhardt 1999; Borgetto 1999; Pfund u.a. 2001). Andererseits muss der Patient mit dem Wissen leben, dass seine Erkrankung – die koronare Herzkrankheit – nicht geheilt werden kann. Die Schädigung der Koronararterien ist nicht umkehrbar, die oben beschriebenen medizinischen Behandlungsverfahren dienen vor allem dazu, die Angina-pectoris-Beschwerden zu verringern und einem Herzinfarkt vorzubeugen. Alle Bemühungen der medizinischen Professionellen im Rahmen der unmittelbaren medizinischen Behandlung und der kardiologischen Rehabilitation zielen nicht auf die Wiederherstellung des körperlichen Zustandes des Patienten vor der Manifestation der KHK, sondern können „nur" zum Ziel haben, die Symptombeschwerden des Patienten zu lindern und das Voranschreiten der Erkrankung möglichst stark zu verlangsamen und so die Gefahr kritischer Akutphasen – vor allem eines Herzinfarktes bzw. eines Reinfarktes – zu begrenzen (Rugulies 1998: 167, 173). Trotz aller Bemühungen der Ärzte und auch des Patienten selbst muss der Patient mit der Prognose leben, dass sich sein gesundheitlicher Zustand (zumindest langfristig über Jahre hinweg) wieder verschlechtern wird – dass sich die Angina-pectoris-Beschwerden erneut einstellen, sich ein Reinfarkt manifestieren oder er sogar dem Tode durch Herzversagen erliegen könnte (Gerhardt 1999: 32). In der Phase der kardiologischen Rehabilitation sollen durch medikamentöse Behandlung (Hopf/Kaltenbach 1996: 127-130; Rugulies 1998: 170-173; Rupprecht 2006; Dreykluft/von Maxen 2004; Strödter 2009) und durch die Anregung von Änderungen in den gesundheitsrelevanten Verhaltensroutinen des Patienten (Rugulies 1998: 181-274; Gerhardt 1999: 31; Völler 2006; Bloss 1991; AOK 2004; Ludt u.a. 2004; Fröhlich 2006)[13] Risikofaktoren (siehe oben) für das Voranschreiten der KHK reduziert werden. Ein zentrales Instrument der kardiologischen Rehabilitation sind Patientenschulungen, die zum Ziel haben, den Patienten in der Bewältigung der psychisch belastenden Aspekte der Erkrankung, im Abbau von lebensstilbezogenen Risikofaktoren sowie in der Neuorientierung auf das Leben mit der KHK hinsichtlich des künftigen Umganges mit Stressfaktoren und des Wiedereinstiegs in die familiären und beruflichen Beziehungsstrukturen nach einem längeren stationären Aufent-

13 Wobei bestimmte Ernährungsempfehlungen – etwa hinsichtlich der Vermeidung zu großer Mengen gesättigter Fettsäuren – durchaus im medizinischen Diskurs umstritten sind (siehe anstatt anderer Scholl 2006). Zur Erforschung von Möglichkeiten und Schwierigkeiten der präventiven Ernährungsberatung in Hausarztpraxen siehe Heintze 2010.

halt zu unterstützen (Mittag 1997; Zentrum Patientenschulung 2006; Heise 1995; Fleischmann 2004)[14].

In den verschiedenen Krankheits- bzw. Behandlungsphasen im Phasenablauf einer koronaren Herzkrankheit können sich psychische Probleme des Patienten – insbesondere Angststörungen, Depressionen, Verleugnungshaltungen und auch Interaktionsprobleme – einstellen, die den weiteren Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen können (Albus/Köhle 2003; Herrmann-Lingen 2003; Klapp/Dahme 1988: 13; Buchenau 2005)[15].

2.2 Amputationen im Bereich der unteren Gliedmaßen

2.2.1 Zur Ätiologie der Amputationen im Bereich der unteren Gliedmaßen

Eine Amputation im Bereich der unteren Gliedmaßen stellt selbstverständlich keine Krankheit an sich dar, sondern eine medizinische Behandlungsmaßnahme. Es lassen sich mehrere Verursachungskontexte unterscheiden, die eine Beinamputation aus medizinischer Sicht notwendig werden lassen können. Betrachtet man die Gesamtheit aller Amputationen im Bereich der unteren Extremitäten, dann geht in den Ländern der westlichen Welt die weit überwiegende Mehrheit aller Beinamputationen, ca. 80-90 Prozent, auf eine arterielle Verschlusskrankheit (AVK) – also auf periphere arterielle Durchblutungsstörungen – zurück (Marshall/Stansby 2007: 21; Nuhr/Günther/Wiesinger 2005: 250; Baumgartner/Botta 2008: 16-17).

Dieser Anteil von Störungen der arteriellen Zirkulation an den Verursachungshintergründen aller Beinamputationen scheint durch den allgemeinen Lebensstil und natürlich auch durch die stetig steigende Lebenserwartung in der westlichen Welt (mit)bedingt zu sein – gingen in den dreißiger Jahren des vergangenen Jahrhunderts noch ca. 30% und in den sechziger Jahren dann ca. 50% aller Amputationen auf Gefäßerkrankungen zurück, so bleibt der Anteil von Amputationen aufgrund einer arteriellen Verschlusskrankheit an allen Beinamputationen seit 30 Jahren hoch und steigt weiter an (Baumgartner/

14 Zur Ausrichtung und kritischen Bewertung der kardiologischen Rehabilitation siehe insbesondere Spyra/Müller-Fahrnow/Klosterhuis 2003, Badura 2003, Slesina/Buchmann/Weber/Leicht/Wolter 2003, Esperer 2003.

15 Die Wirkung psychotherapeutischer Interventionen in verschiedenen Behandlungsphasen – etwa als Ergänzung im Rahmen der normalen kardiologischen Rehabilitation – wird in Studien überprüft und diskutiert (Albus/Appels/Adler 2003: 877-878; Albus/Köhle 2003: 885-888).

Botta 1995: 7; Fernie 1985: 15; Kostuik 1985: 18; Stone/Flaherty/ Hayes/AbuRahma 2007: 16). Ein etwas differenzierteres Bild ergibt sich, wenn man die Verursachungskontexte für Amputationen im Bereich der unteren Gliedmaßen altersspezifisch aufschlüsselt: Arterielle Durchblutungsstörungen sind überwiegend Krankheiten, die sich ab dem mittleren und vor allem im höheren Lebensalter manifestieren (Baumgartner/Botta 2008: 16) und deren Häufigkeit dann entsprechend mit dem Anwachsen des durchschnittlichen Lebensalters der Bevölkerung in Zusammenhang steht. Neben einer arteriellen Verschlusskrankheit können Amputationen auf weitere, wesentlich seltener anzutreffende, Amputationsursachen zurück gehen: auf Infektionen, Tumore, chronische Schmerzen, angeborene Fehlbildungen und Traumata (Mashall/Stansby 2007: 21; Lange/Heuft 2001: 156; Baumgartner/ Botta 2008: 16; Nuhr/Günther/Wiesinger 2005: 250). Traumatische Amputationen gehören bei Menschen des ersten Lebensdrittels zu den häufigsten Amputationsphänomenen (Lange/Heuft 2001: 157; Rack/Hofmann 2003: 230; Baumgartner/Botta 2008: 16; Fernie 1985: 15; Whylie 1985: 395). In der vorliegenden Arbeit wurden ausschließlich Menschen mit einer oder mit mehreren Amputationen im Bereich der unteren Gliedmaßen fokussiert, deren Amputationen entweder auf eine arterielle Verschlusskrankheit zurück gingen oder traumatisch bedingt waren.

2.2.2 Amputationen aufgrund einer arteriellen Verschlusskrankheit

Der Begriff der arteriellen Verschlusskrankheit weist genau genommen nicht auf eine einzelne spezifische somatische Funktionsstörung hin, sondern stellt eine bündelnde Bezeichnung für verschiedene Erkrankungen dar, die eine Reihe übereinstimmender Merkmale in ihren Auswirkungen auf die unteren Gliedmaßen und in den präamputativen medizinischen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten aufweisen (Baumgartner/Botta 2008: 17-18). Alle diese Krankheitsbilder beinhalten eine Störung der arteriellen Zirkulation und können eine Beinamputation erforderlich machen. Von weit herausragender Bedeutung innerhalb der Ursachen arterieller Durchblutungsstörungen sind zwei Erkrankungen der Arterien: Arteriosklerose und diabetische Angiopathie. Eine Erkrankung an Diabetes mellitus kann eine Beinamputation bereits ab dem 3. und 4. Lebensjahrzehnt notwendig werden lassen, obwohl es durch eine sorgfältige langfristige Behandlung der Diabetes-Erkrankung im Zusammenspiel mit einem krankheitsangemessenen Lebensführungsstil des Patienten auch eine Chance gibt, eine Beinamputation lange hinaus zu zögern oder gar ganz zu vermeiden (Baumgartner/Botta 2008: 26-31; Canavan 2008; Jones/Marshall 2008; Diener u.a. 2010: 20, 26-29; Rümenapf/Lang/Morbach 2009).

Der Beginn des medizinischen Diagnose- und Behandlungsprozesses kann auf verschiedene Weise ausgestaltet sein. Häufig suchen Patienten mit zunehmend intensiver werdenden gesundheitlichen Beschwerden ihren Hausarzt auf und schildern die bemerkten Symptome: Die Betroffenen empfinden (bei einer klassischen Claudicatio intermittens) nach länger andauernden Laufbelastungen Schmerzen in den unteren Beinsegmenten. Die Schmerzen sind bei größerer Belastung, etwa bei ansteigenden Gehstrecken oder erhöhtem Lauftempo, intensiver und lassen in Ruhephasen dann wieder nach. Darüber hinaus treten in längeren Ruhephasen, vor allem während der Nacht, Schmerzen im Fußbereich auf. Bei bereits weit vorangeschrittener AVK bilden sich dann schmerzhafte Nekrosen am Fuß (Baumgartner/Botta 2008: 18-19; Johnston 1985: 27). Die medizinische Anamnese- und Diagnosephase kann auch durch vom Arzt bemerkte Auffälligkeiten bei einer Routine- bzw. Vorsorgeuntersuchung etwa im Rahmen der Diabetes-Behandlung beim Hausarzt bzw. beim niedergelassenen Diabetologen in Gang gesetzt werden. Diese Form des Beginns einer dann spezifisch fokussierten Diagnose- und Behandlungsphase ist häufig bei Patienten mit Diabetes mellitus anzutreffen, da die Schmerzempfindungssensibilität des Betroffenes im Zuge einer Neuropathie stark beeinträchtigt sein kann und der Patient dann kaum oder keine Schmerzen im Fußbereich verspürt, die er als Hinweise auf eine weitergehende gesundheitliche Störung interpretieren könnte (Baumgartner/Botta 2008: 19).

Über verschiedene medizinisch-diagnostische Verfahren kann eine AVK identifiziert und können – und dies insbesondere in frühen Stadien der Erkrankung – andere mögliche somatische Funktionsstörungen als Erklärungen für die Symptome des Patienten ausgeschlossen werden (Johnston 1985: 27).[16] Es schließt sich in der Regel eine Behandlungsphase an, in der mittels der gängigen medizinischen Behandlungsmethoden der Gefäßchirurgie und der Angiologie – z.B. Kathetertechniken, Bypasslegungen oder Medikamentierungen zur Verbesserung des Durchblutungsverhaltens – das Voranschreiten der AVK gebremst und die somatische Situation des Patienten stabilisiert werden soll. Das medizinische Handeln ist dabei auf die möglichst weitgehende Erhaltung der Gliedmaßen des betroffenen Patienten ausgerichtet.[17]

Die Amputationsentscheidung kann dem Patienten in sehr verschiedener Form gegenübertreten. Die Mitteilung einer Amputationsnotwendigkeit

16 Zu den diagnostischen Verfahren siehe z.B. Espinola-Klein 2011: 2-6; Kostuik 1985; Johnston 1985.

17 Zur Frage, ob in jedem Fall der Versuch einer möglichst langen Erhaltung der Gliedmaßen sinnvoll ist bzw. ob in bestimmten Fällen – etwa bei chronischen invalidisierenden Schmerzen des Betroffenen – eine frühere Amputation für den Patienten die Chance einer möglicherweise schnelleren Rehabilitation bringt, siehe Kostuik 1985: 18-19; Baumgartner/Botta 2008: 72.

durch die behandelnden Ärzte kann ein dramatisches, überwältigend-krisenhaftes Schockerlebnis für den Patienten darstellen – dies insbesondere, wenn die Symptome einer AVK entweder im Rahmen einer nicht-behandelten Diabetes-Erkrankung lange unentdeckt geblieben sind oder wenn die Schmerzen und eine Nekrosenbildung im Fußbereich vom Patienten lange nicht beachtet bzw. ausgeblendet worden sind und sich so die periphere arterielle Störung schon so weit entwickeln und sich der Allgemeinzustand des Patienten so weit verschlechtern konnte, dass bereits im Zuge der Diagnosestellung eine sofortige Amputation eines Beines alternativlos erscheint, um dass Leben des Betroffenen zu retten. Die Entscheidung für eine Beinamputation kann auch – vor dem Hintergrund einer bereits lange andauernden und mit starken körperlichen Schmerzen verbundenen Erleidensphase des Patienten – dem Betroffenen als ein im Wesentlichen sinnvolles und angebrachtes Mittel zur Bekämpfung und Eindämmung einer schweren Krankheit erscheinen, mit dem sich die Hoffnung des Patienten verbindet, nach der Amputation mittelfristig wieder weniger Schmerzsymptome zu verspüren und bei einer guten Prothesenversorgung wieder über eine höhere direkte körperliche Mobilität zu verfügen (Lange/Heuft 2001: 156; Kostuik 1985: 18; Whylie 1985: 396).

Die Zeitspanne zwischen der Diagnose einer AVK und der Amputationsentscheidung kann sehr variieren, von einigen Stunden über wenige Tage bis hin zu Monaten oder sogar Jahren, in denen die Störung der arteriellen Zirkulation mittels anderer medizinischer Behandlungsverfahren bearbeitet wird. Ein längerer Zeitraum zwischen der Diagnose einer AVK und einer anschließenden Beinamputation kann dem Patienten die Chance geben, sich nach der Diagnosestellung auf die (mögliche bis wahrscheinliche) Beinamputation einzustellen und sich darauf vorzubereiten (Lange/Heuft 2001: 156).

Der Amputationspatient sieht sich im Verlaufe des Behandlungsprozesses insgesamt – von der Diagnosestellung über die Amputation selbst bis hin zur Rehabilitation – einem interdisziplinären Team gegenüber, insbesondere Gefäßspezialisten, Anästhesisten, Chirurgen, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Psychologen (Marshall/Stansby 2007: 21).

Der Entscheidung für eine Amputation liegen Überlegungen des ärztlichen Teams – in der Regel mit Entscheidungsanteilen bzw. mit der Zustimmung des Betroffenen (Lange/Heuft 2001: 156) – zugrunde, den Gesundheitszustand des Patienten zu stabilisieren, wenn der Fortgang der Erkrankung mit anderen Mitteln nicht mehr ausreichend gebremst werden kann; dem Patienten eine verbesserte körperliche Mobilität und damit auch eine erhöhte Selbständigkeit zu bringen; mit möglichst geringem Risiko für den Patienten verbunden zu sein und durch die Wahl des Amputationszeitpunktes möglichst viel vom Bein retten zu können. Ein wichtiges Kriterium liegt in

dem Anspruch, die genannten Ziele durch eine einmalige und definitive Amputation zu erreichen (Kostuik 1985: 18; Baumgartner/Botta 1995: 67).

Die Festlegung der Amputationshöhe ist eine situative Entscheidung, die auf der Basis der Einschätzung des individuellen Falles unter Zuhilfenahme verschiedener Kriterien, wie z.B. der Durchblutung der Extremitäten, dem bisherigen Krankheitsverlauf und dem Allgemeinzustand des Patienten, von den zuständigen Ärzten getroffen wird – und der kein starres, allgemeinverbindliches Schema zugrunde gelegt werden kann (Baumgartner/Botta 2008: 71-72, 91; Marshall/Stansby 2007: 21). Von der Amputationshöhe hängt unmittelbar ab, welches Niveau direkter körperlicher Mobilität vom Patienten nach der Amputation potentiell wieder erreicht werden kann. In aller Regel werden bei peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen Ober- bzw. Unterschenkelamputationen realisiert. Amputationen insbesondere im Hüftbereich aber auch am Fuß gehen häufig auf andere Amputationsursachen zurück (Baumgartner/Botta 2008: 16). Patienten mit einer einseitigen Oberschenkelamputation und auch Patienten mit einer doppelseitigen Unterschenkelamputation haben gute Chancen, die Gehfähigkeit mit Prothesen zurück zu erlangen. Bei Patienten mit einer beidseitigen Oberschenkelamputation ist diese Chance äußerst gering und wird der Rollstuhl zur angemesseneren Alternative (Baumgartner/Botta 2008: 18, 386-387). Hat sich der Erkrankte rechtzeitig in medizinische Behandlung begeben, steigt die Chance, die Amputation unterhalb des Kniegelenkes anzusetzen (ebd.). Entgegen der früher vertretenen Meinung, eine „weit im Gesunden", also möglichst hoch angesetzte Amputation könnte den Wundheilungserfolg begünstigen und die Rehabilitationsphase verkürzen, orientieren sich die Ärzte heute an dem Ziel, die Amputationshöhe möglichst peripher anzusetzen, um den Grad der Behinderung für den Betroffenen so gering wie möglich zu halten (Baumgartner/Botta 2008: 18; Harris 1985: 37).

Die Amputationsentscheidung und die realisierte Beinamputation wird für den Patienten zu einem starken Symbol für die Intensität seiner somatischen Funktionsstörung und für den hohen Grad der Beeinträchtigung seiner Gesundheit. Die Amputation – und dabei neben dem Verlust der körperlichen Integrität vor allem auch die unabweisbare Erkenntnis, dass der eigene Körper so geschädigt ist, dass eine Amputation unvermeidlich wurde – symbolisiert dem Patienten die Schwere seiner Gesundheitsbeeinträchtigung. Obwohl durch eine Beinamputation in der Regel der körperliche Allgemeinzustand und im Zuge einer Prothesenversorgung auch die Mobilität des Patienten (zumindest zunächst) verbessert werden, so wird der Patient doch auch mit den wesentlichen Charakteristika seiner weiteren Lebensrahmung konfrontiert: Die Beinamputation stellt weder die eigentliche Erkrankung dar, noch ist durch die Amputation die Krankheit ausgeheilt bzw. abschließend bearbei-

tet worden. Die Beinamputation ist vielmehr eine Folge einer Grunderkrankung, die nicht nur die unteren Extremitäten befallen hat, sondern auch weitere Bereiche des Körpers beeinträchtigt, etwa in Form einer Herzinsuffizienz, in Form von Diabetes mellitus oder in Form von Gleichgewichtsstörungen, Depressionen oder Seniler Demenz bei zerebraler Arteriosklerose (Baumgartner/Botta 2008: 17; Stone/Flaherty/Hayes/AbuRahma 2007: 15-18; Biancari/Kangasniemi/Mahar/Ylönen 2007). Der Patient muss das Lebensrisiko weiterer körperlicher Schäden infolge seiner arteriellen Verschlusskrankheit als Teil seiner Lebensperspektive tragen. Ist eine AVK so weit fortgeschritten, dass amputiert werden muss, verweist das auf ein Ausmaß der Grunderkrankung, mit dem nur noch eine stark eingeschränkte Lebenserwartung verbunden ist. Durch eine Amputation kann die Weiterentwicklung der zugrundeliegenden arteriellen Verschlusskrankheit nur abgebremst, nicht jedoch geheilt werden (Marshall/Stansby 2007: 23; Baumgartner/Botta 2008: 17-18; Tseng u.a. 2008; Fernie 1985: 15; Stone/ Flaherty/Hayes/AbuRahma 2007: 16). Es ist wahrscheinlich, dass sich die zugrundeliegende arterielle Verschlusserkrankung trotz guter medizinischer Behandlung weiter ausbreitet und weitere Schädigungen an Körperorganen mit sich bringt. Insbesondere ist das zweite, nicht amputierte, Bein in hohem Maße bedroht – in aller Regel muss nach einer einseitigen Beinamputation dann früher oder später auch das andere Bein amputiert werden (wenn der Patient nicht bereits zuvor verstirbt), weil sich die arteriellen Durchblutungsstörungen nahezu symmetrisch im Körper ausbreiten (Baumgartner/Botta 2008: 17; Marshall/Stansby 2007: 23). Die Amputation des zweiten Beines kann – wenn nicht bereits sofort eine beidseitige Amputation vorgenommen wird – schon nach Tagen oder Wochen erfolglosen ärztlichen Bemühens um die Stabilisierung des Gesundheitszustandes des Patienten und um die Rettung des anderen Beines erforderlich werden, sie kann auch Monate oder Jahre später folgen.

Die Amputationshöhe – wie oben bereits ausgeführt – und die Tatsache eine einseitigen vs. einer doppelseitigen Amputation stellen wesentliche Bedingungen für die weitere Entwicklung des Betroffenen hinsichtlich der Rückerlangung von körperlicher Mobilität und hinsichtlich der vom Patienten erreichbaren Selbstständigkeit dar. Durch eine Amputation beider Beine wächst der Grad der Behinderung um das Mehrfache an (Baumgartner/Botta 2008: 18, 386-387). Die Möglichkeiten der Rückgewinnung körperlicher Mobilität nach einer Beinamputation stehen auch im Zusammenhang mit weiteren Erkrankungen: Ist der Patient etwa aufgrund einer ausgeprägten Herzinsuffizienz in seiner körperlichen Leistungsfähigkeit bereits stark eingeschränkt, so kann auch schon bei einer Amputation unterhalb der Kniegelenke und erst Recht bei einer Oberschenkelamputation unter Umständen der

Rollstuhl die angebrachte Fortbewegungsmöglichkeit darstellen, da das Gehen mit Prothesen einen weitaus höheren Energieeinsatz vom Patienten fordert, als das Gehen auf den eigenen Beinen (Marshall/Stansby 2007: 21).

Die Amputation markiert den Beginn der Rehabilitationsphase des Patienten (Greitemann/Bork/Brückner 2002). Der Patient steht – zunächst im Krankenhaus (Holliday 1985), dann in einem stationären Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung und schließlich in seinem privatem Wohnumfeld – einer Reihe von Aufgaben bzw. Behandlungs- und Rehabilitationsprozessen gegenüber: Neben der somatischen Stabilisierung gehört die Wiedererlangung einer möglichst weitgehenden unmittelbaren körperlichen Mobilität des Patienten zu den Kernzielen der Rehabilitation (Baumgartner/Botta 2008: 191-221), als wichtige Voraussetzung für die Zurückerlangung von Möglichkeiten zur Partizipation am sozialen Leben (von Waldegg/Reuter/Klement 2010). Grundlage dafür ist zunächst eine optimale Prothesenversorgung (Baumgartner/Botta 2008: 125-128, 142-157; Nuhr/Günther/Wiesinger 2005: 252-254). Die medizinisch-technische Weiterentwicklung hat in den vergangenen Jahren auch im Bereich der Prothesenfertigung zu neuen Möglichkeiten geführt, so gibt es heute zum Beispiel Prothesen, die mittels einer elektronischen Steuerung den Laufprozess des Prothesenträgers unterstützen, und auch speziell für unterschiedliche Verrichtungen – etwa Golf, Leichtathletik oder Schwimmen – ausgelegte Prothesen (Marshall/Stansby 2008: 24). Auf der Grundlage einer angemessenen Prothesenversorgung kann der Patient daran gehen, das Laufen ohne ein bzw. ohne zwei natürliche Beine zu lernen (ebd.), wenn nicht – wie oben ausgeführt – aufgrund der Amputationshöhe oder des stark angegriffenen Allgemeinzustandes des Patienten durch die arterielle Grunderkrankung der Rollstuhl die angemessenere oder einzig mögliche Mobilitätschance bietet. In letzterem Fall muss der Amputierte im Rahmen der Rehabilitationsphase entsprechend die Fortbewegung im Rollstuhl einüben. Die Amputation kann im Wohnbereich des Patienten bauliche Anpassungsmaßnahmen erforderlich machen, wenn die baulichen Gegebenheiten – etwa im eigenen Wohnhaus des Patienten eine enge Wendeltreppe, die beide Stockwerke miteinander verbindet und vom Amputierten auch mit Prothesen nicht mehr bewältigt werden kann – die Bewegungsmöglichkeiten des Patienten im Wohnbereich einschränken. Gegebenfalls muss auch der Umzug in eine andere Wohnung erfolgen – etwa wenn aufgrund der Angewiesenheit des Amputierten auf einen Rollstuhl nur eine Wohnung im Erdgeschoss und ohne Treppen im Zugangsbereich in Frage kommt. Je nach dem Ausmaß der gesundheitlichen Schädigung des Patienten kann dieser – um nur die beiden Eckpole zu nennen – im Rahmen einer Pflegestufe fortan Anspruch auf ambulante Pflegedienstleistungen haben und geltend machen oder auch seinen Wiedereinstieg in die Berufstätigkeit, die häufig im Zuge der