

## Klinikwahrnehmung und Genesung von Herzinfarktpatienten in einer Rehabilitationsklinik

G. Krampen, D. Ohm

### Perceptions of Clinic Environments and Recovery in Myocardial Infarction Patients During Rehabilitation

The relationships between various indicators of (1) subjective perception of clinic environment, (2) subjective state of health and perceived health changes during rehabilitation, (3) clinical ratings (physician's ratings of health status and its changes), (4) medical-diagnostic laboratory data, and (5) patient history, were studied in a sample of 144 myocardial infarction patients who participated in a four- to six-week early rehabilitation programme. Canonical correlation analyses point to intricate, statistically significant interrelationships among subjective perceptions of treatment environment and subjective health status changes, physician's ratings and laboratory findings, as well as subjective perceptions of treatment environment and patient history. All other combinations of variables did not reveal statistically significant canonical correlations. The findings show that subjective perception of the treatment environment is an important psychosocial variable relevant to subjective well-being of myocardial infarction patients and their subjective recovery during rehabilitation.

### Zusammenfassung

Die Beziehungen zwischen verschiedenen Indikatoren 1. der subjektiven Klinikumwelt-Wahrnehmung, 2. des subjektiven Befindens und der wahrgenommenen gesundheitlichen Veränderungen, 3. des klinischen Urteils (ärztliche Einschätzungen vom Gesundheitsstand und seiner Veränderung), 4. der medizinisch-diagnostischen Laborbefunde und 5. der Krankengeschichte wurden bei 144 Infarktpatienten, die an einer vier- bis sechswöchigen Anschlußheilbehandlung in einer Rehabilitationsklinik teilnahmen, untersucht. Kanonische Korrelationsanalysen weisen auf komplexe, statistisch signifikante Zusammenhänge der oben genannten Variablenbereiche 1. und 2. bzw. 5. sowie 3. und 4. Alle anderen Kombinationen der fünf Variablenbereiche resultierten in statistisch nicht bedeutsamen kanonischen Korrelationskoeffizienten. Die Befunde zeigen, daß die subjektive Wahrnehmung der Klinikumwelt eine bedeutsame psychosoziale Variable für das subjektive Befinden und die subjektiv erlebten gesundheitlichen Veränderungen von Rehabilitationspatienten ist.

**Key-Words:** Myocardial infarction – Rehabilitation – Subjective well-being – Hopelessness – Treatment environment – Psychosocial variables – Rehabilitation clinics

### Problemstellung

In mehrfacher Hinsicht wurde Kritik an der traditionellen medizinischen Krankheitsvorstellung geübt, die Krankheit meist als Entität definiert und deren Ursachen weitgehend mit Hilfe von biophysikalischen oder biochemischen Begriffen

zu erfassen versucht (Brock 1982, Dubos 1965, Engel 1977, Weiner 1978). Von diesen und anderen Autoren werden interaktionistische Modelle gefordert, die die Wechselwirkung der Persönlichkeit des Patienten mit seiner physischen und sozialen Umwelt als Erkrankungsfaktor mit einbeziehen (Lantermann 1980, Weiner 1983). Diese Forderung beruht u.a. auf der Beobachtung, daß bei einem Großteil der Patienten in internistischen Kliniken eine erhebliche oder entscheidende Beteiligung psychosozialer Faktoren am Krankheitsbild vorliegt (z. B. nach Engelhardt, 1973, bei 70%; nach Köhle u. Joraschky, 1981, bei 82% der Patienten). Psychosoziale Belastungsfaktoren beeinflussen die Prognose und lassen in vielen Fällen eine weit bessere Vorhersage über die Entwicklung der Krankheit zu als der somatische Befund (Querido 1959). Langemeyer (1980) veranschaulicht die Bedeutung psychosozialer Variablen für die Verursachung, die Behandlung, den Heilungsprozeß und die Krankheitsfolgen aller Krankheiten und versucht damit, die meist als qualitativ postulierten Unterschiede zwischen psychischen, psychosomatischen und somatischen Krankheiten aufzuheben.

Es ist somit davon auszugehen, daß die Klinikumwelt als eine psychosoziale Variable Wirkungen auf den Heilungsprozeß und den Verlauf einer Erkrankung hat. Bereits von Weizsäcker (1925) wies aus tiefenpsychologischer Sicht auf diesen Wirkungszusammenhang hin und nannte es einen „psychotherapeutischen Kunstfehler“, wenn die Beziehungen zwischen Klinikpersonal und Patienten nicht im Interesse des Heilungsprozesses berücksichtigt werden. Vor allem unter dem Einfluß des kommunikationstheoretischen Ansatzes kam es zu grundlegenden Änderungen in der Struktur von Kliniken, die im Sinne einer „therapeutischen Gemeinschaft“ als Alternative zur bisherigen „pathogenen“ Umwelt den therapeutischen Prozeß begünstigen sollten (z. B. Main 1964, Jones 1976). Dem Kliniksetting kann dementsprechend unter günstigen Bedingungen eine hohe therapeutische Potenz zukommen, bei einer Nichtbeachtung und Nicht-Kontrolle schädlicher Beziehungsaspekte und Dynamik ist jedoch von potentiell krankmachenden Klinikeinflüssen auszugehen.

Aus tiefenpsychologischer Sicht wird gerade bei psychosomatisch erkrankten Patienten, wozu auch Herzinfarktpatienten gerechnet werden müssen, die Bedeutung der Klinikumwelt in Akutkrankenhaus und Rehabilitationsklinik für den therapeutischen Prozeß betont (Stephanos 1981, Köhle 1981). Bei der Diskussion von Konzepten für psychosomatische Fachkliniken wird auch oft auf Winnicotts (1962) Begriffe der „facilitating environment“ und des „taking care“ hingewiesen. Damit ist gemeint, daß einer angenommenen spezifischen frühen Störung bei psychosomatisch Erkrankten, also einem Mangel an psychischer Strukturbildung, u.a.

durch eine Klinikumwelt entgegengewirkt werden sollte, die emotionalen Schutz, Halt und die Möglichkeit zur Regression gewährt. Durch Psychotherapie und durch fördernde Klinikumwelten wird die Überwindung von inneren Abhängigkeiten, die Bildung psychischer Strukturen und damit eine Individuation des Patienten angestrebt (Köhle 1981). Hierdurch können die durch den psychischen Mangel bedingten großen Abhängigkeiten von anderen Umwelteinflüssen abgeschwächt und bisherige Rückzugs-, Risiko- und Schutzhaltungen abgebaut werden. Der Mangel an einer ausreichenden Zahl von Psychologen und Psychotherapeuten in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken erschwert es allerdings, der in Richtung auf eine psychosomatische Sicht geänderten Auffassung von Krankheit Rechnung zu tragen. Aus diesem Grund sollte neben der notwendigen Verbesserung der Personalsituation die bestehende „therapeutische Potenz (. . .), die im Rehabilitationssetting und im Gruppenleben der Patienten liegt – und heute zumeist noch brach liegt – genutzt werden“ (Strasser 1982, S. 25).

Eine Voraussetzung für die Verbesserung der Wirkung der Klinikumwelt ist zunächst einmal die Feststellung des bestehenden Zustandes. Hierfür ist ein möglichst ökonomisch einsetzbares diagnostisches Instrument von großem Nutzen. Dabei ist wichtig, daß tatsächlich Aspekte der Klinikumwelt gemessen werden, die mit dem Befinden der Patienten in Beziehung stehen. Krampen u. von Delius (1981) haben Klinik-Umwelt-Skalen (KUS) entwickelt, die in modifizierter Form auf der „Ward Atmosphere Scale (WAS)“ von Moos (1974) aufbauen. Während der Fragebogen von Moos jedoch ausschließlich für psychiatrische Einrichtungen konzipiert wurde, liegt mit dem KUS ein allgemein in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken einsetzbares Verfahren vor. Für eine erste Version der KUS (bestehend aus 98 Items und 12 quantitativ nicht unabhängigen Skalen) ergaben sich bei einer Untersuchung an 155 Patienten auf sieben verschiedenen Stationen (in fünf Kliniken) statistisch bedeutsame Zusammenhänge mit verschiedenen Indikatoren des subjektiven Krankseins. Patienten, die sich gut informiert fühlen, die sich vom Personal und den Mitpatienten sozial einbezogen fühlen, die ein höheres Maß an Unterstützung und an Persönlichkeitsorientierung erleben, sind optimistischer bezüglich ihrer persönlichen Zukunft, fühlen sich gesundheitlich wohler und geben stärkere positive Veränderungen ihrer Gesundheit seit der Klinikeinweisung an. Eine Weiterentwicklung der KUS mit Hilfe von teststatistischen Methoden führte zu einem ökonomischeren Verfahren mit lediglich 50 Items, die acht inhaltlich definierten Fragebogenskalen zugeordnet sind (KUS-2).

In der vorliegenden Arbeit soll eine Replikation dieser Ergebnisse von Krampen u. von Delius (1981) an einer Stichprobe von Herzinfarktpatienten in einer Rehabilitationsklinik mit dem weiterentwickelten Instrument (KUS-2) versucht werden. Darüber hinaus werden neben Indikatoren des subjektiven Gesundheitszustandes und seiner subjektiv vom Patienten wahrgenommenen Veränderungen auch objektive medizinische Daten (medizinisch-diagnostische Laborbefunde und klinische Urteile der behandelnden Ärzte) erhoben, um die wechselseitigen Bezüge von Klinikumwelt-Wahrnehmungen, subjektivem Befinden und medizinischen Fremdbeurteilungen der Gesundheit/Genesung analysieren zu können.

### Methode

An der Untersuchung nahmen 144 Patienten mit Herzinfarkterkrankungen ( $\bar{x}$  = 58,2 Jahre,  $s$  = 7,31 Jahre, 108 Männer und 36 Frauen) teil, die sich zu einer vier- bis sechswöchigen Anschlußheilbehandlung in einer Rehabilitationsklinik befanden. Die Wahrnehmung der Klinikumwelt wurde am Ende der Heilmaßnahme mit Hilfe der KUS-2 erfaßt, die die folgenden acht Subskalen umfassen:

1. Räumliche Bedingungen: Zufriedenheit der Patienten mit der räumlichen Gestaltung und dem Aussehen der Räumlichkeiten auf der Klinikstation;
2. Aktivität/Engagement: Wie aktiv und engagiert können die Patienten an der täglichen Routine auf der Station teilnehmen, in welchem Maße fühlen sie sich der Station zugehörig;
3. Unterstützung: Erlebte Unterstützung der Patienten durch das Personal und durch andere Patienten;
4. Autonomie: Von den Patienten wahrgenommene Möglichkeiten zu selbständigem und unabhängigem Handeln;
5. Rehabilitative Orientierung: Von den Patienten erlebte Vorbereitung auf die Zukunft und die Zeit nach dem Klinikaufenthalt;
6. Personorientierung: Von den Patienten wahrgenommene Person- und Persönlichkeitsorientierung der Behandlung;
7. Ordnung und Organisation: Wahrgenommene Ordnung und Organisation auf der Station;
8. Information: Von den Patienten wahrgenommene Klarheit der Information über ihre Krankheit, die Behandlung und die Regeln in der Klinik.

Wichtig ist, daß sich alle Skalen (und Items) der Klinik-Umwelt-Skalen auf die subjektive Wahrnehmung der Patienten beziehen, also nicht auf objektiv gegebene Möglichkeiten oder die Realität.

Das subjektive Befinden der Patienten am Ende der Heilmaßnahme wurde mit Hilfe von mehreren Verfahren erhoben:

1. Auf einer 7stufigen, graphischen Schätzska sollte direkt das Ausmaß des aktuellen subjektiven Wohlbefindens eingeschätzt werden. Diese graphische Skalierungsmethode hatte sich in früheren Untersuchungen bewährt (Krampen u. von Delius 1981).
2. Mit Hilfe des „Fragebogens zur Messung gesundheitlicher Veränderungen“ (FGV) (Krampen u. von Delius 1981) wurden die seit der Klinikaufnahme subjektiv erlebten gesundheitlichen Änderungen positiver oder negativer Art festgestellt. Es wurde zusätzlich eine zweite Version (FGV II) erstellt, mit der über acht Items die erlebten herzbezogenen gesundheitlichen Änderungen speziell bei Herzinfarktpatienten erfaßt werden sollen.
3. Die Hoffnungslosigkeit (Pessimismus versus Optimismus) der Patienten wurde mit der deutschen Adaptation der „H-Skala“ erhoben, deren meßpraktische Brauchbarkeit bereits in mehreren Untersuchungen belegt werden konnte (Krampen 1979).

Zusätzlich wurde mit Hilfe eines Arztbogens\* eine Reihe relevanter medizinischer Daten bei den behandelnden Ärzten erfragt:

1. Es wurden die Ergebnisse der Belastungsergometrie-Untersuchungen der Patienten unter Berücksichtigung von auftretenden pathologischen EKG-Veränderungen und Herzrhythmusstörungen festgehalten. Dabei wurde das Ausmaß der positiven oder negativen Leistungsveränderungen über den Verlauf des Heilverfahrens anhand einer inhaltlich definierten mehrstufigen Schätzska beurteilt.
2. Von dem behandelnden Arzt wurde angegeben, ob bei dem jeweiligen Patienten Herzrhythmusstörungen vorliegen, und beurteilt, inwieweit sich diese im Verlauf des Aufenthaltes verändert haben.
3. Die Ergebnisse etwaiger Einschwemm-katheteruntersuchungen (Rechtsherzkatheter) wurden ebenfalls festgehalten.
4. Der behandelnde Arzt machte auf Schätzska Angaben über den Status der allgemeinen Gesundheit und des herzbezogenen Gesundheitszustandes. Außerdem beurteilte er die Veränderungen des allgemeinen und des herzbezogenen Gesundheitszustandes während des Klinikaufenthaltes (ebenfalls auf mehrstufigen Schätzska).

\*Wir danken Herrn Michael Kludas, Arzt für Allgemeinmedizin, für seine Mitarbeit bei der Entwicklung des Arztbogens.

**Tab. 1** Kanonische Korrelationskoeffizienten für die Interdependenzen zwischen den fünf untersuchten Variablenbereichen\*\*

Variablenbereich	subjektives Befinden	Krankheitsgeschichte	Laborbefunde	klinische Urteile	Klinikumweltwahrnehmung
subjektives Befinden	1.00	.52	.28	.52	.69*
Krankheitsgeschichte		1.00	.45	.50	.67*
medizinisch-diagn. Laborbefunde			1.00	.54*	.60
klinische (Arzt-)Urteile				1.00	.58
Klinikumweltwahrnehmung					1.00

\*p < .05 (Determinationskoeffizienten  $R_c^2 \geq .29$ )

\*\*Indikatorvariablen der fünf Bereiche: siehe Text

Darüber hinaus wurden Krankheitsdaten wie Alter, Krankheitsdauer, Zahl früherer Klinik- und Kuraufenthalte und die Zahl der therapeutischen Anwendungen während der Rehabilitationsbehandlung erhoben.

### Ergebnisse

Um Aussagen über den Zusammenhang zwischen 1. den Daten zur Klinikumwelt, 2. den Indikatoren des subjektiven Gesundheitszustandes, 3. den medizinisch-diagnostischen Ergebnissen, 4. den klinischen Urteilen und 5. den Krankheitsdaten machen zu können, wurden zehn kanonische Korrelationsanalysen berechnet, durch die die Indikatorvariablen dieser Variablenbereiche paarweise in Beziehung gebracht werden. Hierbei wurden die einzelnen Prädiktoren und Indikatoren zunächst zu den genannten Variablengruppen zusammengefaßt.

Aus Tab. 1 geht hervor, daß sich drei signifikante kanonische Korrelationen zwischen den Variablengruppen ergeben. Der Leser lasse sich nicht durch den absoluten Wert der in Tab. 1 aufgeführten Koeffizienten verwirren. Aufgrund höherer Freiheitsgrade erweisen sich einige recht hoch anmutende Koeffizienten als *nicht* signifikant von Null verschieden.

Erwartungsgemäß besteht ein Zusammenhang zwischen den medizinisch-diagnostischen Ergebnissen und dem klinischen Urteil der Ärzte. Ein signifikanter Zusammenhang ist ferner zwischen der Wahrnehmung der Klinikumwelt und den Indikatoren des subjektiven Gesundheitszustandes festzustellen. Dies entspricht den Ergebnissen, die mit der ersten, längeren Form der KUS erzielt worden waren (Krampen u. von Delius 1981). Darüber hinaus stehen die Krankheitsdaten und die Wahrnehmung der Klinikumwelt in einem signifikanten Zusammenhang. Die fehlende Beziehung zwischen den medizinisch-diagnostischen Befunden bzw. den klinischen Urteilen einerseits und dem subjektiven Gesundheitszustand andererseits bedeuten, daß es viele Patienten gibt, die vom Arzt positiv hinsichtlich der Verbesserung der Gesundheit eingeschätzt werden, was auch durch die medizinisch-diagnostischen Ergebnisse gestützt wird, die sich aber subjektiv schlecht fühlen (und umgekehrt). Die medizinisch-klinischen Daten und die Indikatoren des subjektiven Gesundheitszustandes erweisen sich als unabhängig voneinander und erfassen damit weitge-

hend eigenständige (empirisch trennbare) Bereiche von Gesundheit bzw. Krankheit. Besserung oder Verschlechterung der Gesundheit sind also Tatbestände, über die sich Arzt und Patient nicht überwiegend einig sind.

Für inhaltliche Aussagen über die Zusammenhänge der einzelnen Indikatoren der verschiedenen Variablengruppen wird im folgenden auf die Strukturkoeffizienten der kanonischen Linearkombinationen Bezug genommen, da in den Gewichtsvektoren Suppressoreffekte enthalten sein können. Aus Tab. 2 geht hervor, daß hoch erlebte Unterstützung, Ordnung/Organisation, Persönlichkeitsorientierung und Information in der Klinik mit geringer Hoffnungslosigkeit und stark erlebten positiven Veränderungen des allgemeinen (FGV I) sowie des herzbezogenen subjektiven Gesundheitszustandes (FGV II) der Patienten zusammenhängen. Hierbei scheinen die Skalen „Unterstützung“ und „Ordnung/Organisation“ eine besondere Rolle für Herzinfarktpatienten zu spielen, da sie im Vergleich zu einer Untersuchung an Patienten mit verschiedenen Diagnosen (Krampen u. von Delius 1981) die Skalen „Aktivität/Engagement“ und „Praktische Orientierung“ in dieser Beziehungskonstellation ersetzen.

**Tab. 2** Kanonische Korrelationsanalyse der Indikatoren der Klinikumwelt-Wahrnehmung (KUS) und der Indikatoren des subjektiven Befindens.

Variable**	Gewichtsvektor	Strukturkoeffizient
KUS-1: räuml. Bedingungen	.05	.07
KUS-2: Aktivität/Engagement	.18	.14
KUS-3: Unterstützung	.86	.79
KUS-4: Autonomie	.04	.23
KUS-5: Rehabilitation	.11	.12
KUS-6: Personorientierung	.46	.48
KUS-7: Ordnung/Organisation	.66	.61
KUS-8: Information	.26	.39
Wohlbefinden	.27	.34
Hoffnungslosigkeit	-.70	-.68
FGV-I	.61	.59
FGV-II	.84	.67
Kanonische Korrelation ( $R_c$ )		.69*
Kanonische Determination ( $R_c^2$ )		.48

\*p &lt; .05, \*\*genaue Beschreibung der Variablen im Text

**Tab. 3** Kanonische Korrelationsanalyse der Indikatoren der Stationswahrnehmung (KUS) und der Indikatoren der Krankheitsgeschichte.

Variable**	Gewichtsvektor	Strukturkoeffizient
KUS-1: räumliche Bedingungen	.41	.45
KUS-2: Aktivität/Engagement	.98	.89
KUS-3: Unterstützung	-.38	-.42
KUS-4: Autonomie	-.24	-.36
KUS-5: Rehabilitation	-.12	.07
KUS-6: Personorientierung	.11	.10
KUS-7: Ordnung/Organisation	-.11	-.09
KUS-8: Information	.07	.06
Alter	-.42	-.45
Krankheitsdauer	.00	-.02
Zahl früherer Klinikaufenthalte	-.02	-.01
Zahl früherer Kuren	.23	.21
Zahl der Anwendungen	-.93	-.74
Kanonische Korrelation ( $R_c$ )		.67*
Kanonische Determination ( $R_c^2$ )		.45

\* $p < .05$ , \*\*genaue Variablenbeschreibung im Text.

Tab. 3 läßt erkennen, daß geringeres Alter und eine geringere Zahl therapeutischer Anwendungen während der Kur mit gering erlebter Unterstützung und Autonomie sowie hoch erlebter Aktivität/erlebtem Engagement und positiv wahrgenommenen räumlichen Bedingungen in der Klinik zusammenhängen. Danach haben jüngere Patienten, die eher wenig an den Anwendungen teilnahmen, geringe Unterstützung und Autonomie erlebt, die räumlichen Bedingungen aber als positiv empfunden und größere Möglichkeiten zu Aktivität/Engagement gefunden. Hierbei geht es wahrscheinlich um Aktivitäten, die selbständig und teilweise auf Kosten der therapeutischen und rehabilitativen Klinikanwendungen durchgeführt wurden. Im Hinblick auf die Motivation zur Mitarbeit handelt es sich also möglicherweise hier um eine Problemgruppe (Compliance-Probleme), wobei die Wechselbeziehung zu gering erlebter Unterstützung und Autonomie deutlich wird.

### Diskussion

Es konnte gezeigt werden, daß sich auch mit einer gekürzten Version der KUS bei einer Stichprobe von Herzinfarktpatienten in einer Rehabilitationsklinik bedeutsame Beziehungen zu verschiedenen Indikatoren des subjektiven Krankseins nachweisen lassen. Herzinfarktpatienten, die ein höheres Maß an Unterstützung, an Persönlichkeitsorientierung, an Ordnung/Organisation und Information in der Klinik erleben, sind entsprechend den hier vorgelegten Befunden optimistischer und geben stärkere allgemeine und herzbezogene gesundheitliche Veränderungen in positiver Richtung seit der Klinikeinweisung an. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit Erfahrungen und Theorien, die die Bedeutung psychosozialer Variablen für die Verursachung, die Behandlung, den Heilungsprozeß und die Krankheitsfolgen betonen (Langenmayer 1980, Stephanos 1981). Einschränkend muß aber darauf hingewiesen werden, daß möglicherweise andere Einflußgrößen (z. B. Persönlichkeitsvariablen) die Art der Klinikumweltwahrnehmung beeinflussen. Die Art und das Ausmaß dieser Einflüsse sollten in Folgeuntersuchungen überprüft werden.

Im Vergleich zu einer Untersuchung an Patienten mit verschiedenen Krankheiten (Krampen u. von Delius 1981) scheint auch hier den Skalen „Persönlichkeitsorientierung“ und „Information“ eine allgemeine Bedeutung zuzukommen, während die Skalen „Unterstützung“ und „Ordnung/Organisation“ anscheinend eine spezifische Bedeutung für Herzinfarktpatienten haben. Die Betonung der Skala „Unterstützung“ kann in Einklang mit der psychodynamisch orientierten Feststellung gebracht werden, daß eine Konflikthaftigkeit in dem häufig von Herzinfarktpatienten an den Tag gelegten übermäßigen individuellen Leistungsstreben und aggressiv gefärbten Konkurrenzverhalten besteht, da diesen Verhaltensweisen verdrängte Abhängigkeitswünsche und Passivitätstendenzen zugrundeliegen können (Rime 1979, Ohm u. Krampen 1982). Die Hervorhebung der Skala „Ordnung/Organisation“ kann auf dem Hintergrund übersteigter Kontrollbemühungen und der Angst vor Kontrollverlusten bei Herzinfarktpatienten verstanden werden (Glass, Snyder u. Hollins 1974, Krampen u. Ohm 1979).

Allgemein wird somit die Bedeutung einer stützenden, die spezifische Psychodynamik von Herzinfarktpatienten berücksichtigenden und persönliches Wachstum ermöglichenden Klinikumwelt für das subjektive Befinden belegt. Für die günstige Prognose der Herzinfarktpatienten erwies sich u.a. eine aufmunternde, bestätigende Umgebung als wichtig (Hartle u. Bishop 1974). Die Klinikumwelt kann besonders durch „Persönlichkeitsorientierung“ und „Unterstützung“ die notwendige psychische Bearbeitung der Erkrankung begünstigen. Hierbei soll u.a. der direkte Gefühlsausdruck gefördert und die verleugnende Abwehr vermindert werden (Adler, Rassek u. Schmidt 1981). Die Skalen „Persönlichkeitsorientierung“ und „Unterstützung“ ähneln in einigen Aspekten auch therapeutischen Basisvariablen der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, die allgemein als fördernde Bedingungen für persönliches Wachstum und psychische Gesundheit angesehen werden (Tausch 1979). Die sich als wichtig erweisende Skala Information kann als Voraussetzung für die dringend notwendige Entängstigung der Herzinfarktpatienten angesehen werden.

Die Untersuchung zeigte darüber hinaus, daß die erhobenen medizinisch-diagnostischen Ergebnisse und die Arzturteile nicht mit dem subjektiv erlebten Gesundheitszustand (bzw. Änderung des Gesundheitszustandes) in Zusammenhang stehen. Dieser Befund deckt sich mit anderen Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen objektiven medizinischen oder physiologischen Daten und der subjektiven Befindlichkeit, bei denen sich diese beiden Variablenbereiche weitgehend als unabhängig voneinander erwiesen haben (Tismer et al. 1975; Fahrenberg 1980). Allerdings ist zu vermuten, daß sich Störungen der subjektiven Befindlichkeit langfristig durch das allmähliche Erreichen einer „pathognomischen Schwelle“ (Strasser 1982) schädigend auf den Organismus auswirken. Zu einer erfolgreichen Rehabilitation gehören demgemäß neben einer angemessenen medizinischen Betreuung die Beachtung und gegebenenfalls Optimierung psychosozialer Variablen, wozu auch die wahrgenommene Klinikumwelt gehört. Diese Forderung wird auch durch die Erfahrung gestützt, daß das Mißlingen der Arbeitsaufnahme nach Herzinfarkterkrankung nicht nur durch Beeinträchtigungen der physischen Leistungsfähigkeit, sondern sehr häufig durch psychosoziale Faktoren bedingt ist (Cay et al. 1973, Langosch

1983). Es ist zu vermuten, daß das subjektive Befinden, das im Gegensatz zum medizinisch-diagnostischen Befund stehen kann, eine wichtige Determinante für Schwierigkeiten bei der Wiederaufnahme der Arbeit darstellt.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigen schließlich auch die meßpraktische Brauchbarkeit der gekürzten Form der Klinik-Umwelt-Skalen (KUS-2) und deren Vorhersagewert für Indikatoren des subjektiven Befindens. Es wird außerdem deutlich, daß eine Kontrolle und Optimierung der Klinikumwelt bzw. Klinikatmosphäre notwendig ist, um den Rehabilitationserfolg zu sichern. Ein Ansatzpunkt könnten regelmäßig stattfindende Teamgespräche sein, die die psychologischen Aspekte der Betreuung und Führung der Patienten zum Gegenstand haben. Der Einsatz der KUS kann dabei wichtige Anhaltspunkte für möglicherweise bestehende Probleme in der Interaktion mit den Patienten und den Patienten untereinander liefern. Rückmeldungen sind sowohl auf Skalen- als auch auf Itemniveau differenziert möglich, wodurch konkrete Hinweise auf Mißstände und Unzufriedenheit der Patienten gegeben werden. Eine entsprechende Anwendung zur Optimierung der therapeutischen Situation für die Patienten resultierte auch aus der vorliegenden Untersuchung.

#### Literatur

- Adler, R.: Psychosomatic and psychoimmunologic research, in: *Psychosomatic Medicine* 42 (1980) 307–321
- Adler, R., M. Rassek, T.H. Schmidt: Arterielle Verschlusskrankheiten, Apoplexie und Claudicatio intermittens, in: von Uexküll, T. (Hrsg.) *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*. München: Urban & Schwarzenberg (1981) 559–570
- Brock, I.F.: Nature, nurture, and stress in health and disease. *Lancet* 1 (1972) 701–704
- Cay, E.L., P. Dugard, A.E. Philip: Return to work after a heart attack. *Journal of Psychosomatic Research* 117 (1973) 1–13
- Dubos, R.: *Man Adapting*. New Haven: Yale University Press 1965
- Engel, G.L.: The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196 (1977) 129–136
- Engelhardt, K.: *Kranke im Krankenhaus*. Stuttgart: Enke Verlag 1973
- Fahrenberg, J.: Empirische Beiträge zur multivariaten Aktivierungstheorie. *Medizinische Psychologie* 6 (1980) 95–102
- Glass, D.C., M.L. Snyder, J.F. Hollins: Time urgency and the type-A coronary-prone behavior pattern. *Journal of Applied Social Psychology* 4 (1974) 125–140
- Hartle, S.H., L.F. Bishop: Psychological study of patients with coronary heart disease with unexpected long survival and high level function. *Psychosomatics* 15 (1974) 68–69
- Jones, M.: *Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft*. Bern: Huber 1976
- Köhle, K.: Klinisch-psychosomatische Krankenstationen, in: von Uexküll, T. (Hrsg.) *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*. München: Urban & Schwarzenberg 1981 (zweite Auflage) 299–326
- Köhle, K., P. Joraschky: Die Institutionalisierung der psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich, in: von Uexküll, T. (Hrsg.) *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*. München: Urban u. Schwarzenberg 1981 (zweite Auflage) 263–280
- Krampen, G.: Hoffnungslosigkeit bei stationären Patienten. *Medizinische Psychologie* 5 (1979) 39–49
- Krampen, G., D. Ohm: Generalisierte Kontrollüberzeugungen („locus of control“) von Kurpatienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (essentielle Hypertonie, koronare Herzkrankheiten). *Medizinische Psychologie* 3 (1979) 171–180
- Krampen, G., A. von Delius: Wahrnehmung therapeutischer Umwelten und subjektive Befindlichkeit von stationären Patienten. *Medizinische Psychologie* 7 (1981) 110–116
- Langenmayr, A.: *Krankheit als psychosoziales Phänomen*. Göttingen: Hogrefe 1980
- Langosch, W.: Psychologische Variablen und Wiederaufnahme der Arbeit. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für kardiologische Rehabilitation und Prävention e.V., Timmendorfer Strand, 3.2.–5.2.1983
- Lantermann, E.D.: *Interaktionen*. München: Urban u. Schwarzenberg 1980
- Main, T.F.: The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic* 10 (1946) 66
- Moos, R.: *Evaluating treatment environments: A social ecological approach*. New York: Wiley 1974
- Ohm, D., G. Krampen, R. Heger: Kontrollüberzeugungen und Wertorientierungen von Herzinfarktpatienten in der Rehabilitation. *Medizinische Psychologie* 8 (1982) 131–140
- Querido, A.: Forecast and Follow up: An investigation into the clinical, social and mental factors determining the results of hospital treatment. *British Journal of Preventive Social Medicine* 13 (1959) 33–49
- Rime, B.B.: Overt and covert personality traits associated with coronary heart disease. *British Journal of Medical Psychology* 52 (1979) 77–84
- Stephanos, S.: Theorie und Praxis der analytisch-psychosomatischen Therapie (Ergebnisse eines experimentellen stationären Behandlungsmodells), in: von Uexküll, T. (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*. München: Urban u. Schwarzenberg 1981 (zweite Auflage) 368–388
- Strasser, H.: Psychosomatik und Rehabilitation. *Rehabilitation* 21 (1982) 21–28
- Tausch, R.: *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe 1979 (7. Auflage)
- Tismer, K.-G., W. Lange, N. Erlmeier, I. Tismer-Puschner: Psychosoziale Aspekte der Situation älterer Menschen. Stuttgart: Kohlhammer 1975
- Weiner, H.: The illusion of simplicity: The medical model revisited. *American Journal of Psychiatry* 135 (1978) 27–33
- Weiner, H.: Gesundheit, Krankheitsgefühl und Krankheit – Ansätze zu einem integrativen Verständnis. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 33 Sonderheft (1983) 15–34
- Weizsäcker, V.v.: Randbemerkungen über Aufgabe und Begriff der Nervenheilkunde. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* 87 (1925) 1–22
- Winnicott, D.W.: Primäre Mütterlichkeit. *Psyche* 14 (1960/61) 393–399

Dr. Günter Krampen, Dipl.-Psych., Universität Trier, FB I-Psychologie, D-5500 Trier;  
Dipl.-Psych. Dietmar Ohm, Curschmann-Klinik, 2408 Timmendorfer Strand