

Alltagswissen über Rheuma

**Ein transkultureller Vergleich
zwischen Taiwan und Deutschland**

Dissertationsschrift

zur Erlangung des Doktorgrades
für das Fach Psychologie

von

Jia-Jing Lee

Fakultät für Verhaltens- und empirische Kulturwissenschaften
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

April 2004

Betreuer: Prof. Dr. Thomas Fydrich

Zweitgutachter/-in: Dr. Stefanie Wilke / Prof. Dr. med. Wolfgang Herzog

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis	i
Vorwort	iv
1. Einleitung.....	1
Teil I.: Theorien	
1. Das Konzept Alltagswissen in der psychologischen Forschung.....	4
1.1. Geschichte und Stand der theoretischen Entwicklung.....	4
1.2. Krankheit als Forschungsgegenstand.....	7
2. Kulturvergleich in der psychologischen Forschung.....	11
2.1. Ziele kulturvergleichender Untersuchungen.....	11
2.2. Kulturvergleichende Studien in der Gesundheits- und medizinischen Psychologie.....	12
3. Gegenüberstellung zweier medizinischer Systeme: Taiwan vs. Deutschland.....	13
3.1. Das medizinische System in der gegenwärtigen taiwanesischen Gesellschaft.....	13
3.2. Grundriss des deutschen Medizinsystems.....	17
4. Das Krankheitsbild Rheuma.....	20
4.1. Rheuma als ein semantisches Konstrukt.....	20
4.1.1. Herkunft und Bedeutungswandel des Begriffs Rheuma in der abendländischen Medizin und in Deutschland.....	21
4.1.2. Herkunft und Bedeutungswandel des Begriffs Rheuma in der Traditionellen Chinesischen Medizin und in Taiwan.....	23
4.2. Rheuma als eine körperliche Erkrankung.....	24
4.2.1. Rheuma aus der Sicht der modernen Schulmedizin.....	24
4.2.2. Rheuma aus der Sicht der Traditionellen Chinesischen Medizin.....	26

Teil II.: Methode

1. Fragestellung, Zielsetzung der Untersuchung und Forschungsdesign.....	30
2. Empirische Untersuchung.....	32
2.1. Kontext der Untersuchung.....	32
2.2. Stichprobe.....	33
2.3. Erhebungsinstrumente.....	35
2.3.1. Der teilstandardisierten Interviewleitfaden für die qualitative Datenerhebung.....	35
2.3.1.1. Theoretische Orientierung.....	35
2.3.1.2. Entwicklung des teilstandardisierten Interviewleitfadens.....	36
2.3.2. Die quantitativen Messverfahren.....	39
2.3.2.1. Fragebögen und Ratingskalen.....	39
2.3.2.2. Der Rheuma-Ursachen-Fragebogen.....	40
3. Auswertung.....	47
3.1. Aufbereitung des Datenmaterials.....	47
3.2. Auswertungsmethoden.....	48
3.2.1. Qualitative Auswertungsmethoden.....	48
3.2.1.1. Der Ansatz der Grounded Theory nach Glaser und Strauss.....	48
3.2.1.2. Typisierung nach Mayring.....	50
3.2.2. Statistische Auswertungsmethoden.....	51
3.3. Auswertung der Interviewdaten.....	52
3.3.1. Theoriengeleitetheit der Datenauswertung.....	52
3.3.2. Definition der Analyseeinheiten.....	52
3.3.3. Kodierung und Kategorisierung.....	53
3.3.4. Typenbildungen.....	58
3.3.5. Qualitätskontrolle der Datenauswertung.....	60

Teil III.: Ergebnisse

1. Ergebnisse der Interviewauswertung.....	63
1.1. Das Kategoriensystem zum Alltagswissen über Rheuma.....	63
1.1.1. Die erste Kategorie II.: Begriffliche Klärung.....	70
1.1.2. Die zweite Kategorie II.: Erfahrungshintergrund.....	78
1.1.3. Die dritte Kategorie II.: Krankheitsentstehung.....	80
1.1.4. Die vierte Kategorie II.: Behandlung.....	87
1.1.5. Die fünfte Kategorie II.: Selbstmanagement.....	90
1.1.6. Die sechste Kategorie II.: Krankheitsauswirkungen.....	93
1.1.7. Die siebte Kategorie II.: Aspekte zur Einschätzung des eigenen Risikos, an Rheuma zu erkranken.....	97

1.1.8.	Die achte Kategorie II.: Krankheitsverlauf.....	98
1.1.9.	Die neunte Kategorie II.: Krankheitsfunktionen.....	99
1.1.10.	Die zehnte Kategorie II.: Sonstige Assoziationen.....	99
1.2.	Ergebnisse der Typenbildung.....	100
1.2.1.	Ergebnisse der Typenbildung/ taiwanesisch.....	102
1.2.2.	Ergebnisse der Typenbildung/ deutsch.....	105
1.2.3.	Vergleich der Typenbildungsergebnisse von Taiwan und Deutschland.....	107
1.2.4.	Prototypische Falldarstellungen.....	108
1.3.	Zusammenfassung der qualitativen Auswertungsergebnisse.....	111
2.	Ergebnisse der Fragebogenauswertung.....	112
2.1.	Fragebögen und Ratingskalen: Deskriptive Statistiken.....	113
2.2.	Fragebögen und Ratingskalen: Gruppenvergleich Taiwan/ Deutschland.....	114
2.3.	Der Rheuma-Ursachen-Fragebogen: Gruppenvergleich Taiwan/ Deutschland.....	115
2.4.	Effektstärken.....	118
2.5.	Zusammenfassung der quantitativen Auswertungsergebnisse.....	120
3.	Gegenüberstellung der qualitativen und quantitativen Auswertungsergebnisse.....	120
4.	Diskussion.....	126
4.1.	Methodendiskussion.....	126
4.1.1.	Das qualitative Vorgehen.....	126
4.1.2.	Das quantitative Vorgehen.....	130
4.1.3.	Merkmalvergleich qualitativer und quantitativer Daten.....	134
4.1.4.	Konkrete Vorschläge für weiteres methodisches Vorgehen.....	135
4.2.	Inhaltliche Diskussion.....	136
4.3.	Grenzen des methodischen Vorgehens und der Interpretation der Ergebnisse.....	144
5.	Zusammenfassung.....	146
6.	Ausblick.....	149
	Literaturverzeichnis.....	150
	Anhang.....	160

VORWORT

Das vorliegende Forschungsprojekt wurde im Rahmen meiner Promotion in der Abteilung der Klinischen Psychologie des Psychologischen Instituts an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg durchgeführt. Dank der finanziellen Unterstützung durch ein Stipendium vom DAAD konnte das aufwendige kulturvergleichende Forschungsvorhaben erst realisiert werden. Dafür möchte ich mich zunächst bedanken. Meinem Doktorvater, Prof. Dr. Thomas Fydrich, sei an dieser Stelle besonders für seine wissenschaftliche Begleitung, sein Vertrauen und seine unkomplizierte Art der Hilfestellung gedankt. Besonderen Dank gebührt Dr. Stefanie Wilke für ihre intensive fachliche Betreuung, insbesondere hinsichtlich der Analyse der umfangreichen qualitativen Daten, und ihre emotionale Unterstützung in manch schwierigen Phasen der Arbeit. Danken möchte ich auch Dipl.-Psych. Thorsten Ehrenberger für seine Korrekturen und Anregungen.

Nicht zuletzt gilt mein Dank und meine Anerkennung meinem Mann, Hubert Braun, der durch seinen emotionalen Rückhalt, seinen konstanten Einsatz und seine Geduld stets eine wertvolle Stütze war. Er war stets die erste Person, die den geschriebenen Text mit großer Sorgfalt korrigierte und aus der Sicht eines fachfremden Lesers auf inhaltliche Unklarheiten hinwies. Auch möchte ich meinem Sohn Julian für seine Liebe und seine Geduld danken, die mir in manchen Situationen einen Aufwärtsschub gegeben haben.

1. Einleitung

Krankheiten sind
„immanente Erfahrungen menschlicher individueller und kollektiver Existenz“
Unschuld (1978, S. 193)

Rheumatische Erkrankungen gelten in vielen Kulturen als weit verbreitete Volkskrankheiten. Diese weisen sowohl in der geschichtlichen Entwicklung der modernen Schulmedizin als auch in der Traditionellen Chinesischen Medizin eine lange Tradition auf. So wurden vergleichbare Krankheitserscheinungen im Westen wie auch in China bereits in der vorchristlichen Zeit identifiziert und in den jeweiligen medizinischen Schriften aufgenommen und dargelegt. Während die moderne westliche Medizin in der Renaissance von den alten hippokratischen Lehren abzurücken begann und sich im Laufe der historischen Entwicklung mittels neuartiger, technisch immer perfekterer Erkennungsinstrumentarien zu einer primär naturwissenschaftlichen Heilkunde gewandelt hat, konfrontiert die Traditionelle Chinesische Medizin den heutigen Betrachter mit einer Vielzahl von Theorien und Heilmethoden, die bis in die Gegenwart überliefert und praktiziert werden. So existieren heute mindestens diese beiden medizinischen Richtungen, die sich auf grundverschiedene Weise den Krankheitserscheinungen rheumatischer Art nähern.

Interessanterweise ist der sprachliche Gebrauch des Krankheitsbegriffs der Traditionellen Chinesischen Medizin „Fong-Shi“ nicht ausschließlich für den Bereich dieses medizinischen professionellen Sektors reserviert, sondern dieser findet als eine diagnostische Bezeichnung ebenfalls Einzug in den schulmedizinischen Sektor in Taiwan. Diese Tatsache lässt eine Abweichung bzw. Erweiterung des Begriffs von seiner ursprünglichen Bedeutung vermuten. Darüber hinaus impliziert sie eine inhaltliche Unklarheit bzw. Verschwommenheit beim Kommunizieren mit diesem Begriff in diversen Kontexten.

So stellt das Phänomen „Fong-Shi“ (oder Rheuma) eine Überschneidungsfläche zwischen der traditionell chinesisch-medizinischen und der modernen schulmedizinischen Ausrichtung dar, in welche die beide Disziplinen kennzeichnenden Vorgehensweisen bzw. Betrachtungsmuster einfließen. Abgesehen von einem konzeptuellen Austausch, oder gar von einer Verschmelzung, kann eine derartige ideologische Annäherung zweier fremder Denksysteme unmöglich ganz ohne Auswirkung auf die Betrachtungsebene des Verhaltens bzw. des Handelns bleiben. In der einschlägigen Literatur werden die beiden medizinischen Denkgebäude meist jedoch nebeneinander dargelegt, ohne dem interaktiven Aspekt nachzugehen, wie und in welchem Ausmaß sich der klinische Umgang der schulmedizinischen Praxis und der traditionellen chinesischen Medizin mit rheumatischen Erkrankungen gegenseitig abgrenzen, beeinflussen oder ergänzen.

Die Alltagsmenschen bzw. Laien betreffend ist es unter den oben angeführten Umständen in Taiwan besonders spannend zu explorieren, auf welche Art und Weise sie die Informationen der zwei parallel existierenden Medizinrichtungen kombinieren und dementsprechend die Krankheit verstehen sowie gegebenenfalls, welche Erklärungsmodelle sie sich im Laufe einer Krankheitsentwicklung zurechtlegen. Es fehlen bislang empirische Belege dafür, ob das, wie sie „Fong-Shi“ auffassen bzw. was sie mit dem Terminus „Fong-Shi“ bezeichnen, stets mit dem übereinstimmt, was das jeweilige medizinische System für sich als solches definiert. Dabei könnte im Falle einer Erkrankung eine aus den unterschiedlichen Erklärungsbezügen resultierende, problematische Kommunikation zwischen Patienten und Behandelnden verheerende Folgen nach sich ziehen. Unzufriedenheit mit der Behandlung bzw. den Therapeuten, Therapieabbruch bzw. fehlende Compliance auf Seiten der Patienten sind denkbare Konsequenzen (vgl. Gundlach 1991, Haisch 1991, Haynes 1982).

Aus zahlreichen Beiträgen zum Thema „subjektive Krankheitstheorien“, „Laientheorien bzw. Patientenkonzepte über Krankheit“, „soziale Repräsentationen über Krankheit“ bzw. „Alltagswissen über Krankheit“ (vgl. Herzlich, 1973, Bischoff & Zenz, 1989, Faller, 1990, Flick, 1991, Jodelet, 1991, Verres, 1986 etc.) geht hervor, dass sich im Denken von Laien bzw. Patienten eine Fülle von krankheitsbezogenen Gedanken und Vorstellungen abspielen, die aus zeitlichen oder strukturbedingten Hindernissen oder aber aus reinem

Desinteresse der Experten nicht in der Sprechstunde ausgetauscht werden können, welche jedoch handlungsrelevant und richtungsgebend für den persönlichen Umgang mit den Erkrankungen sind. Um langfristig eine effektive medizinische und psychologische Versorgung für Patienten mit rheumatischen Erkrankungen in Taiwan zu erzielen, gehören eine sorgfältige Exploration und das Miteinbeziehen des Alltagswissens über die Krankheit ins professionelle Handeln unabdingbar zu den Bausteinen einer fundierten medizinischen Grundlage.

Bisher liegen in Taiwan keinerlei wissenschaftliche Publikationen über die psychologischen Verarbeitungsprozesse zu den Krankheitsbildern aus dem rheumatischen Formenkreis vor. Über den kulturellen Hintergrund hinaus wirft sich die Frage angesichts der oben erwähnten faktischen Parallelität der Schulmedizin und der Traditionellen Chinesischen Medizin im taiwanesischen Gesundheitssystem auf, wie sich das laienhafte Verständnis und der individuelle Umgang mit den rheumatischen Erkrankungen als Konsequenz derartiger Rahmenbedingungen struktureller Natur charakterisieren lassen. Um die Besonderheiten der Sicht- und Umgangsweise mit den rheumatischen Erkrankungen innerhalb des taiwanesischen Kulturkreises stärker hervortreten zu lassen, sieht die vorliegende Arbeit einen Kulturvergleich zwischen Taiwan und Deutschland vor. Die moderne Schulmedizin im Allgemeinen bzw. der Bereich der Rheumatologie im Speziellen in Deutschland eignet sich insofern hervorragend zum interkulturellen Vergleich, da diese zum einen paradigmatisch streng naturwissenschaftlich-organmedizinisch ausgerichtet ist. Zum anderen nimmt sie eine zentrale Stellung innerhalb der deutschen Versorgungslandschaft ein und macht, im Gegensatz zur Bimodalität des taiwanesischen professionellen Sektors, den größten Anteil des professionellen Sektors in Deutschland aus.

Teil I.: Theorien

I.1. Das Konzept Alltagswissen in der psychologischen Forschung

I. 1.1. Geschichte und Stand der theoretischen Entwicklung

In verschiedenen Disziplinen, wie z.B. Ethnologie, Soziologie und Psychologie, ist die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Alltagswissen immer wieder ein Gegenstand der Forschung. Innerhalb der Soziologie sind die Arbeiten von Schütz (1971) besonders nennenswert, welcher die soziale Konstruktion des Alltagswissens postuliert und deren Charakteristika genau untersucht. Die durch seine Werke angeregte Entwicklung des Forschungszweigs Wissenssoziologie befasst sich eingehend mit Funktion, Struktur und Inhalt von Alltagswissen, wobei das Augenmerk nicht auf das Individuum, sondern auf den interaktiven Aspekt gerichtet ist (vgl. Darstellungen in Flick, 1991, 1995).

In der Psychologie nahm eine alltagsorientierte und subjektbetonte Forschung in den fünfziger Jahren in der „Psychologie der personalen Konstrukte“ und ihrer programmatischen Formel „man the scientist“ von Kelly (1955) sowie in der „Psychologie der interpersonalen Beziehungen“ und der Theorie der Kausalattribution von Heider (1958) ihren Ursprung. Diese wurde später in den „naiven Verhaltenstheorien“ von Laucken (1974) erneut aufgenommen und vorangetrieben (vgl. Philipp, 1990, Flick, 1991). Zu den weiteren wichtigen Beiträgen zählten das Konzept der sozialen Realität von Festinger (1954), die sozialpsychologische Arbeit von Schachter (1959) über Emotionen sowie die handlungstheoretische Perspektive im allgemeinen (vgl. Gergen & Semin 1990, Philipp, 1990). Unter der Hauptströmung der sogenannten kognitiven Wende in den 70er und 80er Jahren innerhalb der Psychologie mit dem kognitiven Paradigma blieben die oben genannten Ansätze jedoch eher als Einzelercheinungen am Rande des wissenschaftlichen Interesses.

Unter dem Einfluss des kognitiven Zeitgeistes wurde das Wissen, meist losgelöst vom Gesamtkontext, als eine rein kognitive Repräsentation betrachtet und das Denken reduktionistisch auf dem Niveau der Informationsverarbeitung untersucht. Ein weiteres Kennzeichen war sicherlich das dualistische, hierarchische Verhältnis von

Wissenschaftlern und Laien sowie die Annahmen hinsichtlich der charakteristischen Unterschiede der beiden Wissensbestände. Es wurde davon ausgegangen, dass das kognitive System von Experten viel akkurater die reale Welt reflektiert als das von Laien. Was die Steuerung des kognitiven Systems auf der Ebenen des Verhaltens und der Sprache betrifft, wurde allgemein bei Laien eine Willkürlichkeit und eine fehlende Sprachkompetenz unterstellt, während Experten stets planvoll handeln und in ihren Artikulationen präzise und kohärent sein sollten (vgl. Gergen & Semin, 1990). In dieser Tradition überraschte es nicht, dass Alltagswissen bzw. Laientheorien als naiv, primitiv, unterentwickelt, als „defective knowledge“ oder als „lack of knowledge“ abgetan wurden (vgl. Langer & Bormann, 1992, S. 59).

Die kritische Auseinandersetzung mit dem „Kognitivismus der Sozialpsychologie“ (Graumann, 1988) veranlasste schließlich Explorationen über alternative konzeptionelle Zugangsweisen zum Gegenstandsbereich Alltagswissen. Die Kritik bezog sich zum einen auf den fehlenden sozialen Charakter der rein kognitiven Orientierung und hob dementsprechend die soziale Einbettung des Wissens hervor. Zum anderen bezog sich die Kritik auf die postulierte Unterlegenheit des Alltagswissens gegenüber Expertenwissen und fasste dieses statt dessen als „eine andere Form des Denkens“ auf (Langer & Bormann, 1992, S. 59). In der jüngsten Vergangenheit ist eine rege Forschungsbeschäftigung mit Wissenssystemen und –strukturen des Alltagsmenschen auch in der Psychologie zu verzeichnen. Es haben sich hierzu innerhalb der Sozialpsychologie Forschungsansätze und –programme gebildet, die sich unter Termini wie subjektive Theorien (Groeben & Scheele, 1977), soziale Repräsentationen (Moscovici, 1976) und kulturelle Modelle (D´Andrade, 1987) zusammenfassen lassen (ausführliche Darstellung in Flick, 1991, 1995). Im deutschsprachigen Raum genießen die ersteren beiden Ansätze besonders große Aufmerksamkeit. Sie werden im Folgenden kurz skizziert.

In Parallelität von objektiven, wissenschaftlichen Theorien werden subjektiven Theorien von Alltagsmenschen eine vergleichbare Erkenntnisgewinnungsfunktion und Argumentationsstruktur zuerkannt. Diesem Postulat liegt die Grundannahme der Gleichrangigkeit von Wissenschaftlern und Alltagsmenschen als denkende Subjekte zugrunde, welche das hierarchische Gefälle völlig aufhebt. Abweichend von der ursprünglich angenommenen Austauschbarkeit zwischen subjektiven und objektiven Theorien setzen sich, in Anbetracht von zahlreichen empirischen Befunden, immer mehr

die Auffassungen durch, dass sich subjektive Theorien vor allem hinsichtlich der Funktionalität von objektiven Theorien unterscheiden (ausführliche Darstellung in Dann, 1983, S.82 ff., Filipp, 1990) und diese daher anderen Bewertungskriterien unterliegen als objektive Theorien (vgl. auch Faller, 1990). Kritiker deuten zu Recht auf die diesem Forschungsprogramm innewohnenden Probleme, wie z.B. einseitige Orientierung an wissenschaftlichen Theorien, Gefahr des Rationalismus oder Vernachlässigung sozialer bzw. kultureller Anteile subjektiven Wissens, hin (vgl. Flick, 1987, 1995, Faller, 1990). In diesem Zusammenhang schlug Flick (1991a) eine Erweiterung der ursprünglichen definitorischen Restriktion des Begriffs „subjektive Theorien“ vor und präferierte die Verwendung dieses Begriffs als Metapher für den Sachverhalt, „dass Subjekte Wissen und Erklärungsmuster über bestimmte Zusammenhänge ausbilden, die dann in ihr Handeln einfließen.“ (Flick, 1991a, S. 14).

Im Rahmen des Forschungsansatzes der sozialen Repräsentation als einem Ansatz zur Erforschung von Alltagswissen wird das Wissen als ein vornehmlich soziales Phänomen gesehen, das sich aus einem bestimmten sozialen Kontext herausformt und in diesem verwendet wird. Das Wissen bedeutet daher nicht nur kognitive Repräsentationen der individuell erlebten Welt, sondern es ist zugleich stets das Resultat der interaktiven Auseinandersetzung der Einzelnen mit deren zugehörigen sozialen Gruppen. Es liegt nahe, dass eine Abhängigkeit hinsichtlich der Gruppenzugehörigkeiten und der in den jeweiligen Gruppen anerkannten Denkstile, Zusammenhangsannahmen, Überzeugungen bzw. Weltanschauungen besteht. Im Interesse der Untersuchung stehen sowohl die Inhalte und Strukturen des Wissens als auch dessen Funktion und Bedeutung für Individuen und Gemeinschaften (vgl. Flick, 1995).

Unter den oben skizzierten Prämissen wird Alltagswissen innerhalb des Forschungsansatzes der sozialen Repräsentationen als eine Wissensart definiert, bei der es sich im Vergleich zum Expertenwissen „um weniger explizite und klar definierte Wissensbestände handelt, die beim Individuum in bestimmten sozialen Kontexten rekonstruierbar sind. Diese sind komplexer und strukturierter als einzelne Kognitionen. Sie sind begründet auf archaischen Wissensformen des Common sense, die jedoch mehr und mehr ersetzt und ergänzt werden durch wissenschaftliche Wissensbestände, wenn auch keineswegs vollständig.“ (Flick, 1995, S. 72). Darüber hinaus fungiert das Alltagswissen als „das Medium der Organisation von Alltagserfahrungen der Individuen wie der sozialen

Gruppen und darüber hinaus ein Medium der sozialen Konstruktion der Wirklichkeit.“
(Flick, 1995, S. 72)

Das Konzept des Alltagswissens in der vorliegenden Arbeit lehnt sich in erster Linie an die oben zitierte Definition an.

I. 1.2. Krankheit als Forschungsgegenstand

In den letzten zwanzig Jahren haben die Forschungen über Alltagswissen stark zugenommen und eine Vielzahl empirischer Ergebnisse hervorgebracht (Eine Auflistung der empirischen Arbeiten findet sich in Gergen & Semin, 1990, aktueller Beitrag z.B. Jacob et al., 1999). Im Hinblick auf die im vorhergehenden Absatz dargestellten Modelle der sozialen Repräsentationen und der subjektiven Theorien wurde zweifelsohne den Gegenstandsbereichen Krankheit und Gesundheit besondere Beachtung geschenkt. Als Weiterentwicklung und Spezifizierung des Forschungsansatzes der subjektiven Theorien hat sich die Auseinandersetzung mit „subjektiven Krankheitstheorien“ aus dem ursprünglichen Interesse am Beziehungsaspekt zwischen Krankheitsvorstellungen von Laien und krankheitsrelevanten Handlungskonsequenzen heraus in der medizinischen Psychologie zu einem der bedeutendsten Forschungsgebiete etabliert.

In der medizinischen Anthropologie wird die Grundprämisse postuliert, dass Wissensgehalt und Handlungsrepertoire um Krankheit nie eine allgemeine Geltung über alle Kulturen hinweg für sich beanspruchen können und stets den kulturspezifischen Glaubenssätzen, Werten, Normen und Handlungsregeln der betreffenden Gesellschaft unterworfen sind (Sich, 1993, Kleinman, 1980). Vor allem die soziokulturelle Dimension des Phänomens Krankheit kommt mit dieser Auffassung sehr deutlich zum Tragen. Krankheit ist demnach nicht nur ein physiologisch veränderter Zustand oder ein objektiver Sachverhalt, sondern der Ausbruch einer Krankheit löst unmittelbar eine Reihe von Auseinandersetzungen seitens der Betroffenen bzw. der Bezugspersonen mit den gesellschaftlichen Anforderungen aus, welche allerdings nicht immer als solche explizit erlebt werden (vgl. Herzlich, 1991, Lee, 1996, Sonntag, 1987). Zur wissenschaftlichen Explikation des „kollektiven Denkens“ über Krankheit in einer bestimmten sozialen bzw.

kulturellen Gemeinschaft können bislang neben dem Forschungsprogramm „soziale Repräsentationen“ (Herzlich, 1991, Jodelet, 1991) Konzepte wie z.B. das „Erklärungsmodell“ nach Kleinman (1980) oder der Begriff „sozialer Stereotypen“ aus der sozialpsychologischen Forschungsrichtung einen theoretischen Zugang bieten. Unter der sozialen Repräsentation von Krankheit wird „der komplexe psychologische Elaborationsprozess verstanden, durch den die Erfahrung jeder Person und die Werte sowie die vorherrschenden Informationen der Gesellschaft zu einem bedeutsamen Bild integriert werden“ (Bengel & Belz-Merk, 1990, S. 106).

Gleichzeitig ist Krankheit aber auch ein „subjektives Objekt“ (Küchenhoff & Mathes, 1994) oder eine subjektive Realität, die vom Individuum in mannigfacher Weise erlebt und verarbeitet wird. Zwar beziehen sich die gedanklichen Vorgänge, wie z.B. Krankheitswahrnehmung, Krankheitsbewertung und –interpretation, unweigerlich auf die gesellschaftlichen Normen bzw. Ordnungen, diese sind aber keineswegs als einheitlich vorgegebene Maßstäbe zu begreifen. Dem Aspekt der Subjektivität trägt insbesondere das Forschungsprogramm „subjektive Krankheitstheorien“ (Faller, 1983; Verres, 1986; Flick, 1991; Filipp, 1990; Küchenhoff & Mathes, 1994) Rechnung, das sich mit dem Gegenstandsbereich „krankheits- bzw. gesundheitsbezogene Vorstellungsinhalte und Handlungsaspekte“ befasst und sich qualitativen als auch quantitativen Forschungsmethoden bedient. Das bezeichnende Merkmal hierbei ist das Adjektiv „subjektiv“, durch das die besondere Perspektive der Betrachtungsweise und das Potential dieser Wissensform unterstrichen werden sollen. Ergänzend ist jedoch anzumerken, dass der Terminus „Subjektive Krankheitstheorien“ kein stringent definiertes theoretisches Konstrukt beschreibt und dass derzeit keine Einigkeit über Inhalt, Struktur und Funktion dieser Theorieform in seinem Forschungsfeld besteht.

Der wissenschaftliche Rahmen der vorliegenden Arbeit ergibt sich aus der gegenseitigen Ergänzung der sozialen Repräsentationen und der subjektiven Krankheitstheorien. Sie ermöglicht es, die mit der jeweiligen Erkrankung assoziierten Kognitionen bzw. die Innenaspekte des krankheitsbezogenen Handelns unter Berücksichtigung sozialer Gegebenheiten genauer zu verstehen.

Hinsichtlich der *Inhalte* von subjektiven Krankheitstheorien umfassen nach Leventhal, Meyer, Nerenz (1980) (vgl. Darstellung in Filipp, 1990) mentale Vorstellungen von

Krankheit grundsätzlich vier Bereiche: 1) Assoziative Verknüpfungen von Symptomen mit einem Etikett, 2) Annahmen über die Krankheitsursachen, 3) Erwartungen bezüglich ihrer Folgen und 4) Annahmen über ihre zeitliche Erstreckung. Lau und Hartman (1983) haben außerdem den Aspekt „Heilung bzw. Genesung“ als eine weitere Komponente von Krankheitsrepräsentationen identifiziert, während Becker (1984) in diesem Zusammenhang das „magische Denken“ hervorhob (vgl. Filipp, 1990).

Nach Verres (1986) lassen sich komplexe krankheits- bzw. gesundheitsbezogene Kognitionen annähernd fünf thematischen Relevanzbereichen zuordnen: 1) Wahrnehmungen, 2) Erwartungen, 3) Bewertungen, 4) Attributionen, 5) Konstruktionen. Turk, Rudy and Salovey (1986) betonen wiederum die Qualität bzw. Eigenschaft einer Annahme, durch welche der Inhalt eines sog. „impliziten Krankheitsmodells“ gekennzeichnet ist (vgl. Filipp, 1990): 1) Annahmen zu Schweregrad /Bedrohlichkeit der Erkrankung, 2) Annahmen zur persönlichen Verantwortlichkeit für ihre Entstehung, 3) Annahmen zur Kontrollierbarkeit der Erkrankung und 4) Annahmen zur Veränderbarkeit/ Chronizität der Erkrankung.

Nicht zuletzt vertritt Filipp (1990) die Ansicht, dass verschiedene (partial)theoretische Zugänge zur Exploration von subjektiven Krankheitstheorien herangezogen werden sollen und fasst folgende inhaltliche Aspekte zusammen:

- 1) Annahmen zur Verursachung von Krankheiten
- 2) Konstruktion von Sinn und Bedeutung im Umfeld von Krankheit
- 3) Annahmen zu Verlauf und Kurabilität von Krankheiten
- 4) Wahrnehmung von Risikoverhalten und der Glaube an die eigene Unverwundbarkeit
- 5) Krankheitsbezogene Vorstellungsbilder und Assoziationen

In der bisherigen Diskussion um die *Funktion* der subjektiven Krankheitstheorien wurden sowohl kognitive als auch affektive Aspekte artikuliert, wobei die emotionalen Komponenten viel mehr ins Gewicht fallen. Zusätzlich zu den eher rationalen Funktionsmerkmalen, wie z.B. Erklärung, Orientierung, rationaler Handlungssteuerung bzw. -leitung, erfüllen subjektive Krankheitstheorien vor allem den Zweck der Bewältigung von Emotionen (Bischoff & Zenz, 1989) bzw. der rationalisierenden

Emotions- und Wahrnehmungsabwehr (Faller, 1990; vgl. Verres, 1986). Aufschlussreich postulierten Williams & Wood (1986) den Sinn der laientheoretischen Gedanken in der Biographie der Betroffenen, und zwar in der „Rekonstruktion einer sensiblen Geschichte der Veränderung, die sich im Leben eines Patienten abgespielt haben, so dass größere Brüche zwischen Gegenwart und Vergangenheit verstanden und akzeptiert werden können.“ (vgl. auch Lang & Bormann, 1992) Darüber hinaus wurde von einigen Autoren der Wunsch der Kranken nach der persönlichen Sinngebung für ihre Erkrankung ausgearbeitet, welcher unverkennbar in der Konstruktion eines laientheoretischen Gedankengebäudes zu Buche schlägt (Raspe & Mattussik, 1985; Lang & Bormann, 1992; Welter-Enerlin, 1989).

Trotz der Kontroverse zu den Inhalten der subjektiven Krankheitstheorien bzw. von Krankheitsrepräsentationen lässt sich in Anlehnung an die bisherigen Ausführungen erkennen, dass die von psychologischer Seite vorgeschlagenen Attributions- und Kontrolltheorien innerhalb dieses Forschungstrends einen zentralen Platz einnehmen und hypothesengenerierend zur Weiterentwicklung der Forschungsprogramme beitragen (vgl. Faller, 1991, Hewstone & Augoustinos, 1995). Eine Vielzahl von empirischen Arbeiten zum Gegenstandsbereich chronisch Kranke, die theoretisch auf diesen beiden Modellen beruhen, haben sich als ausgesprochen fruchtbar erwiesen. Speziell zum Thema „rheumatische Erkrankungen“ lässt sich mittlerweile eine Reihe empirischer Studien in der deutschsprachigen Literatur ausfindig machen (vgl. Haisch et al., 1994; Wittenborg et al., 1994; Thurke, 1991; Ostkirchen & Willweber-Strumpf, 1989; Ostkirchen, 1991; Jungnitsch & Stoeveken, 1994), welche wissenschaftlich gestützte Erkenntnisse hinsichtlich der Attributionsmuster von Patienten, insbesondere mit chronischer Polyarthrit, beinhalten.

Im Gegensatz zu den regen Auseinandersetzungen mit subjektiven Krankheitstheorien von Kranken hinsichtlich unterschiedlichster Krankheitsbilder fand die Untersuchung krankheitsbezogener Repräsentationen gesunder Menschen wenig Aufmerksamkeit (vgl. Verres, 1987). Trotz der wenig verfügbaren empirischen Daten wird davon ausgegangen, dass subjektive Krankheitstheorien für „Nichtbetroffene“ grundlegend andersartige Funktionalitäten aufweisen (vgl. Philipp, 1990).

I. 2. Kulturvergleich in der psychologischen Forschung

I. 2.1. Ziele kulturvergleichender Untersuchungen

Der Begriff Kulturvergleich ist nach Eckersberger (1970, S.3) unter psychologischem Gesichtspunkt als „der explizite, systematische Vergleich psychologischer Messungen unter verschiedenen kulturellen Bedingungen“ zu verstehen. Der kulturvergleichende Ansatz in der Psychologie geht von der Grundannahme aus, dass menschliches Verhalten einem systematischen Einfluss des jeweils zugehörigen Kulturkontextes unterliegt. Dabei wird Kultur definiert als „die Gesamtheit gleichwertiger oder komplementärer gelernter Bedeutungen, die von einer menschlichen Population, oder von erkennbaren Teilen einer Population aufrecht erhalten werden, und die von einer Generation zur nächsten weitergegeben werden“ (Rohner, 1984, zitiert in Großmann, 1993). Geertz (1973) dagegen hebt die Bedeutung eines intersubjektiven Symbolsystems hervor, während Jahoda (1984) die Relevanz von Verhalten im Kulturverständnis unterstreicht (vgl. Matsumoto, 2000, Sich, 1993).

Die kulturvergleichende Psychologie hat sich in den 50er und 60er Jahren zu einem eigenständigen Forschungszweig innerhalb der Psychologie entwickelt. Eine der wesentlichen Charakteristika dieser Disziplin besteht darin, dass nicht das Phänomen „Kultur“ als solches inhaltlich untersucht wird, sondern die Merkmale und Ausprägungen psychologischer Prozesse werden unter diversen kulturellen Kontextbedingungen miteinander verglichen. Das Augenmerk liegt daher auf der Methodologie. Dass sich gerade dieser Ansatz mit starken methodischen Problemen konfrontiert sieht, sei für den vorliegenden Zweck lediglich angemerkt (ausführliche Erläuterungen in Eckersberger, 1970, Großmann, 1993). Vor allem in den psychologischen Subdisziplinen wie Sozialpsychologie, Entwicklungspsychologie, pädagogischer Psychologie, Persönlichkeitsforschung, Wahrnehmungs- bzw. Kognitionspsychologie hat sich die Anwendung dieses Ansatzes in den letzten Jahrzehnten als ausgesprochen fruchtbar erwiesen.

Die zentralen Funktionen und Ziele der kulturvergleichenden Forschung lassen sich nach Thomas (1993) wie folgt zusammenfassen (vgl. auch Eckersberger, 1970, Helfrich, 1993):

- 1) Die Beschreibung und Analyse psychologisch bedeutsamer Verhaltensunterschiede im Vergleich zwischen verschiedenen Kulturen.
- 2) Die Prüfung der Universalität bzw. Kulturgebundenheit psychologischer Erklärungen und Theorien.
- 3) Die vergleichende Analyse der Entwicklung und des Wandels kulturell determinierter psychologischer Phänomene und Prozesse.
- 4) Die Anwendung kulturvergleichender psychologischer Forschungsergebnisse zum vertieften Verständnis psychischer Prozesse im Verlauf interkultureller Begegnung und interkulturellen Austausches sowie zur Lösung damit verbundener Probleme kulturübergreifender Zusammenarbeit.

Im Hinblick auf die vorliegende Arbeit ist die erste Zielsetzung von besonderer Wichtigkeit.

I. 2.2. Kulturvergleichende Studien in der Gesundheits- und medizinischen Psychologie

Bislang spielt die kulturvergleichende Forschung in den Bereichen der Gesundheits- und medizinischen Psychologie eine auffallend untergeordnete Rolle. Zwar werden kulturell relevante Aspekte in einigen wenigen neuen Lehrbüchern erwähnt (in der englischen Literatur z.B. Marks et al, 2000, Kazarian & Evans, 2001, Nezu & Nezu, 2003; in der deutschen Literatur lediglich in Schulz & Gutiérrez-Dona, 2002), eine Systematisierung der fachspezifischen Fragestellungen und eine kritische methodische Diskussion fehlen jedoch weitgehend. Im deutschsprachigen Raum lassen sich hinsichtlich der gering verfügbaren empirischen Arbeiten thematische Schwerpunkte erkennen, wie beispielsweise Gesundheits- und Krankheitsverständnisse in verschiedenen Kulturen (z.B. Flick et al. 1998b, Mattes, 1998), transkulturelle Psychotherapie (z.B. Peseschikian, 2002 etc.), kulturgebundene bzw. kulturunabhängige Krankheitsphänomene (z.B. Oka, 2001, Omata, 1985, Pfeiffer & Schoene, 1980 etc.), Vergleich einzelner psychologischer Merkmale in verschiedenen Kulturen (z.B. Scholz et al., 2002, Schwarzer & Bone, 1997) sowie Migration (z.B. Kohte-Meyer, 1994, Schier, 1992). Darüber hinaus existieren vereinzelt

Untersuchungsbefunde zu einem ausgewählten Krankheitsbild, wie z.B. Krebs, Herzinfarkt (vgl. Bermejo, 1996) oder chronische Polyarthritis im transkulturellen Forschungsdesign. In der Arbeit von Leuschner & Schneider (1994) wurden die Unterschiede hinsichtlich erkrankungsbedingter Beschwerden und bewältigungsorientierter Verhaltenweisen bzw. –einstellungen bei chronischer Polyarthritis zwischen Westdeutschland und der ehemaligen DDR herausgearbeitet. Aratow (1995) verglich türkische und deutsche Patienten mit chronischer Polyarthritis in ihren Gemeinsamkeiten und Differenzen hinsichtlich Schmerzwahrnehmung und Krankheitsverarbeitung. In den meisten Studien wurden Handlungskonsequenzen aus den Forschungsergebnissen zur Verbesserung der medizinischen und psychosozialen Versorgung der betreffenden Zielgruppen abgeleitet.

I. 3. Gegenüberstellung zweier medizinischer Systeme: Taiwan vs. Deutschland

In Anlehnung an das theoretische Modell „Medizin als ein kulturelles System“ von Kleinman (1980) wird im Folgenden das gegenwärtige Behandlungsrepertoire der taiwanesischen und der deutschen Gesundheitsversorgung einander skizzenhaft gegenübergestellt. Anstatt verschiedenartige krankheitsrelevante Phänomene atomistisch zu betrachten, ermöglicht das Modell insbesondere die Veranschaulichung eines integralen medizinischen Systems. Die Darstellung konzentriert sich vor allem auf das taiwanesisches System, da dies hierzulande weitgehend unbekannt ist.

I. 3.1. Das medizinische System in der gegenwärtigen taiwanesischen Gesellschaft

Nach Auffassung verschiedener Wissenschaftler (vgl. Ahern, 1973, Wu, 1979, Kleinman, 1980, Zhang, 1994) bestehen heute in Taiwan mindestens drei medizinische Subsysteme parallel: Die westlich orientierte Schulmedizin, die Traditionelle Chinesische Medizin und die Volksmedizin in ihrer außergewöhnlichen Vielfalt. Die heilkundliche Pluralität kennzeichnet somit das medizinische System in Taiwan. Im Folgenden werden diese drei Subsysteme anhand der Schemata des professionellen, des volksmedizinischen und des

Laiensektors nach Kleinman (1980) diskutiert. Darüber hinaus werden weitere therapeutische Alternativen hinzugefügt und entsprechend klassifiziert.

Nach Kleinmans Analyse des taiwanesischen Gesundheitssystems (Kleinman, 1980) fallen sowohl die westlich orientierte Schulmedizin bzw. Pharmakologie als auch die Traditionelle Chinesische Medizin und deren Arzneiheilkunde unter den professionellen Sektor. Professionell deshalb, weil diese zwei grundverschiedenen Schulen jeweils über weitgehend festgelegte Lizenzierungsprozeduren und bürokratische Organisation verfügen und eigene Krankenhäuser, Kliniken und Praxen betreiben. Dennoch fällt der professionelle Sektor der Traditionellen Chinesischen Medizin durch fehlende Standardisierung der Ausbildungsformen (entweder Hochschulausbildung oder Lehrgang bei einem anerkannten Meister) und daher durch eine Ungleichheit der beruflichen Qualifizierung auf. Im Vergleich zu den zahlreichen Fakultäten der Schulmedizin spielen die Lehrangebote für die Traditionelle Chinesische Medizin eine eher untergeordnete Rolle in der Hochschullandschaft. Dennoch stehen diese beiden Schulen miteinander in Konkurrenz und zeigen wenig Interesse bezüglich der Kooperation oder Integration. Im Hinblick auf rheumatische Erkrankungen hat sich die Teildisziplin „Rheumatologie“ innerhalb der Schulmedizin in den letzten zwanzig Jahren etabliert.

Den Grenzbereich zwischen der professionellen Domäne und dem volksmedizinischen Sektor repräsentieren vor allem zwei Berufsgruppen: „Knocheneinrenker (Bone-setters)“ und „Hersteller von Kräutermixturen (herbalists)“ (vgl. Kleinman, 1980). Die *Knocheneinrenker* sind spezialisiert auf orthopädische Störungen jeglicher Art und wenden dabei hauptsächlich Massagen und spezielle Einrenkungstechniken an. Darüber hinaus gehören Probleme wie Hämorrhoiden oder Hauterkrankungen ebenfalls zu ihren Spezialgebieten. Zwar ist die Durchführung derartiger therapeutischer Tätigkeiten vom Staat erlaubt, es mangelt dennoch an Zulassungsregelungen und an einer internen organisatorischen Struktur. Die *Hersteller von Kräutermixturen* diagnostizieren, verordnen sowie verkaufen Kräutermischungen. Ihnen werden keine staatliche Lizenzen erteilt. Sie werden jedoch weitgehend geduldet. Diese beiden Berufsgruppen sind in erster Linie für wenig ernsthafte Alltagserkrankungen zuständig und genießen aufgrund der Vertrautheit, der leichten Erreichbarkeit und insbesondere wegen der niedrigen Kosten große Popularität. In Bezug auf rheumatische Erkrankungen stellen diese beiden Berufsgruppen

neben der Schulmedizin und der Traditionellen Chinesischen Medizin die Hauptbehandlungsquellen in Taiwan dar.

Um die Beliebtheit der obigen beiden Berufsgruppen wie auch zum Teil der Traditionellen Chinesischen Medizin trotz defizitärer Qualitätskontrolle nachzuvollziehen, ist eine volkstümliche Glaubenshaltung in der chinesischen Gesellschaft unbedingt mit einzubeziehen. Derzufolge sind spezielle medizinische Kenntnisse wie eine Geheimgabe bzw. ein Schatz zu behandeln, die nicht über die eigene Familie bzw. den zugehörigen sozialen Kreis hinaus getragen oder mit anderen geteilt werden dürfen. Beruhend auf gegenseitigem Respekt forscht man erwartungsgemäß nicht danach, wie sich eine heilende Person ihre Fähigkeiten angeeignet hat oder welche Theorien ihren Heiltätigkeiten zugrunde liegen. Statt dessen wird überwiegend pragmatisch geprüft, ob und wie man selbst von dieser Kompetenz profitieren kann. Ob ein Heilender positiv bewertet wird, hängt primär von der Reputation bzw. vom Heilerfolg als Tatbestand ab. Dabei steht die theoretische bzw. wissenschaftliche Fundierung als Urteilkriterium weitgehend im Hintergrund. Vermutlich spielt diese kulturspezifische Übereinkunft über die Handhabung medizinischen Wissens eine beachtliche Rolle für die Nicht-Existenz von maßgebenden Kriterien, an denen die Behandlungen der betreffenden Berufsgruppen gemessen werden können.

Der volksmedizinische Sektor in Taiwan zeichnet sich durch eine hochgradige Heterogenität aus. Zur Veranschaulichung erweist sich die Differenzierung zwischen „übernatürlichen“ bzw. religiösen Behandlungsmethoden einerseits und säkularen Heilapplikationen andererseits als besonders hilfreich. Zu *übernatürlichen bzw. religiösen* Methoden gehören z.B. Schamanen unterschiedlicher religiöser Ausrichtungen, Wahrsager, Exorzisten und taoistische Priester (für ausführliche Erläuterungen vgl. Kleinman, 1980, Zhang, 1994). Mit *säkularen* Methoden sind dagegen diejenigen Behandlungen gemeint, die primär aus traditionellen Überlieferungen bzw. langjährigen Erfahrungen abgeleitet sind, wie z.B. Herstellung von Kräutermixturen oder Hebammentätigkeit. Zhang (1994) zeichnet detailliert die therapeutischen Prozeduren von taiwanesischen Schamanen auf und legt dabei deren logischen Hintergrund des ätiologischen, diagnostischen und therapeutischen Denkens offen. Sie widerlegt die populäre Voreingenommenheit, dass Schamanismus nichts anders sei als eine bloße Schwindelei oder ein Sammelsurium von Zaubertricks. Ihrer Analyse nach ist der

taiwanesischer volksmedizinischer Sektor insgesamt durch eine Multiplizität im Sinne von Parallelität von Verschmelzung divergenter religiöser Richtungen sowie durch den Pragmatismus geprägt.

Den wichtigsten Inhalt des Laiensektors bilden die in der chinesischen Gesellschaft traditionell verwurzelten Einstellungen zur Ernährung, die im familiären Bereich bis heute noch weit verbreitet sind und praktiziert werden. Auf die Besonderheiten der Ernährung im Zusammenhang mit der Traditionellen Chinesischen Medizin wird in einem späteren Abschnitt näher eingegangen.

Die oben dargestellten drei Sektoren existieren parallel zueinander und können je nach Bedarf und dem Krankheitsverständnis des Heilungssuchenden zu Rate gezogen werden. Die Behandlungsalternativen wirken auf unterschiedliche Art und Weise auf den Krankheitsverlauf und sind gemäß des allgemeinen Verständnisses der taiwanesischen Bevölkerung auf unterschiedliche Störungsbereiche spezialisiert. Die Schulmedizin zeigt vornehmlich bei der Bekämpfung akuter Erkrankungen, der Beseitigung organischer Krankheitsursachen und bei der raschen Wiederherstellung der Symptombefreiheit ihre Stärke. Sie ist jedoch aufgrund der Vernachlässigung des Kranken als Ganzes und der Zerteilung des Organismus in Funktionsteile immer mehr auf Kritik und Ablehnung gestoßen. Der Traditionellen Chinesischen Medizin dagegen liegt eine ganzheitliche Betrachtung des Organismus zugrunde. Sie wird schwerpunktmäßig zur Behandlung chronischer Erkrankungen angewandt. Gewöhnlich wird ein traditioneller chinesischer Mediziner nicht aufgesucht, wenn es um eine lebensbedrohliche Situation geht, da man bei dieser Heilkunst vor allem Geduld und Ruhe voraussetzt. Dagegen üben volksmedizinische Heiler ihren Einfluss durch Ausführung bestimmter Rituale bzw. Zeremonien besonders auf der psychischen Ebene aus. Sie bieten den Heilungssuchenden einleuchtende Erklärungen zur Krankheitsentstehung, meist mit religiöser Färbung, vermitteln bei zwischenmenschlichen Konflikten und sind außerdem zur Kontaktaufnahme mit „übernatürlichen Kräften“ fähig. Die Heiler dieses Sektors kommunizieren nicht mit Termini differenzierter Krankheitsbilder und bedienen sich immer gleichen Behandlungsritualen gegen alle Störungen.

Zwar bestehen bereits seit den sechzig Jahren einzelne Krankenversicherungen für unterschiedliche Zielgruppen, wie z.B. Bauern, Beamten, Soldaten, Studenten etc., eine

allgemeine Krankenversicherungspflicht wurde jedoch erst 1995 in Taiwan flächendeckend eingeführt. Bis dahin wurde die Gesundheitsversorgung in Taiwan mehrheitlich durch Eigenleistungen der Kranken und durch staatliche Programme und Institutionen abgedeckt. Bei der Konsultation von heilkundlichen Professionen und der Beschaffung von Medikamenten waren daher ökonomische Überlegungen stets der vorrangige Faktor. Die große Bandbreite der Heilangebote hält sich unter anderem durch ihre flexiblen Honoraranforderungen aufrecht, die sich an den finanziellen Spielraum verschiedener sozialer Schichten anpassen. Nach Roemer (1993) (vgl. Matsumoto, 2000) lässt sich ein nationales Gesundheitssystem grundsätzlich in vier Haupttypen unterscheiden: unternehmerisch, Wohlfahrtstaat-orientiert, umfassend oder sozialistisch. Es bleibt offen, inwiefern sich das taiwanesisches medizinische System langfristig durch den Ausbau des Versicherungswesens und den daraus resultierenden Strukturwandel von einem unternehmerischen hin zu einem Wohlfahrtstaat-orientierten Kurs tatsächlich neu organisiert und ob die heilkundliche Pluralität weiterhin aufrechterhalten werden kann.

I. 3.2. Grundriss des deutschen Medizinsystems

Die staatliche Sozialpolitik Deutschlands mit dem Ziel der sozialen Gerechtigkeit und der Sicherheitsgarantie determiniert den Aufbau und die Infrastruktur des hiesigen Medizinsystems. Bereits im Jahr 1883 wurde die Krankenversicherung als erste Sozialversicherung im Zuge der Bismarckschen Sozialgesetzgebung eingeführt (vgl. Braun, 1994), wodurch ein erster Grundstein des sozialen Sicherungsnetzes gelegt wurde. Heute ist der größte Teil der Bevölkerung gesetzlich verpflichtet, sich je nach Alter, Berufsgruppe bzw. finanzieller Leistungsfähigkeit gegen Krankheit zu versichern. Die gesetzgebende Gewalt liegt auch heute noch bei der Bundesregierung, die durch Schaffung neuer Gesetze, wie z.B. das Gesundheitsreformgesetz, versucht, Strukturanpassungen vorzunehmen. Die staatlichen und öffentlich rechtlichen Institutionen sind außerdem zuständig für Zulassungsregelungen zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe sowie für die Sicherung der Gesundheitsversorgung generell. Die Krankenkassen sind die gesetzlichen Träger des Krankenversicherungswesens, die auch wiederum Einfluss auf die Krankenversorgung nehmen.

Der professionelle Sektor des deutschen Medizinsystem wird zum größten Teil durch die moderne Schulmedizin vertreten. Die primär an den biologisch-materialistischen Denkmodellen ausgerichtete Schulmedizin ist in ihrer Entwicklungsgeschichte untrennbar mit der westlichen Zivilisation verknüpft und spielt heute, zumindest in den meisten westlichen Industrieländern, gegenüber anderen medizinischen Professionen die Rolle eines Machtführers. Gestützt von hoch entwickelten technologischen Ausrüstungen und festhaltend an den naturwissenschaftlichen Paradigmen erbringen die Schulmediziner als eine Berufsgruppe nicht nur ihre medizinischen Dienstleistungen, darüber hinaus verkörpern sie eine große Autorität und bieten dem Staat bzw. dem Versicherungswesen aussagekräftige Urteilskriterien zur Anerkennung sonstiger nichtschulmedizinischer Heilmethoden. Somit sind der Schulmedizin Bedingungen gegeben, die Einflüsse konkurrierender Heilberufe durch Anwendung wirksamer rechtlicher Mittel möglichst gering zu halten. Den rheumatischen Erkrankungen wird in Deutschland auch dadurch eine besondere Bedeutung eingeräumt, dass Fachärzte für Innere Medizin und Orthopädie eine Zusatzbezeichnung in Rheumatologie erwerben können. Hier hat sich in den letzten Jahrzehnten eine klinisch und wissenschaftlich sehr aktive Spezialdisziplin etabliert (vgl. Zeidler, 1990). Die schulmedizinische Profession stellt die zentrale Quelle dar, über die rheumarelevante Informationen und Behandlungen bezogen werden.

Zur Veranschaulichung des deutschen Gesundheitssystems unterscheidet Buchholz (1988) innerhalb des medizinischen Leistungsbereichs zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Professionen. Ärzte mit unterschiedlichen Spezialisierungen vertreten und praktizieren das schulmedizinische Fachwissen. Hierzu zählen auch die Versorgungseinrichtungen wie Kliniken, Gesundheitsämter und Praxen. Anzumerken ist hier die offene Entscheidungsmöglichkeit für Ärzte, Aufbaukurse für alternative Methoden wie z.B. Naturheilverfahren bzw. Psychotherapie zu belegen und sich damit den Zusatztitel zu erwerben.

Unter nichtärztlichen Professionen sind dagegen mehrere Heilberufe subsumierbar, darunter z.B. Augentoptiker, Apotheker, Physiotherapeuten, nichtärztliche Psychotherapeuten und Heilpraktiker (vgl. Buchholz, 1988). Nach dem bereits dargestellten Schema von Kleinman (1980) fallen diese Berufsgruppen ebenfalls unter den professionellen Sektor. Durch eine neue Gesetzgebung im Jahr 1999 sind allerdings nichtärztliche Psychotherapeuten neben Apothekern als zweite nichtärztliche Berufsgruppe

in das Versorgungswesen aufgenommen worden. Die medizinischen Leistungen von Augenoptikern, Physiotherapeuten oder Heilpraktikern werden dagegen nur beschränkt bzw. gar nicht von Krankenkassen anerkannt. Da diese Angebote nicht als ergänzende Behandlungen in den Leistungskatalog integriert sind, werden sie dementsprechend nur in begrenztem Umfang in Anspruch genommen. Dabei bedienen sich Heilpraktiker einer Vielzahl von Verfahren, die zum Teil auf die in Europa verwurzelten klinischen Überlieferungen zurückgehen und zum Teil aus der fernöstlichen Heilkunst stammen. Sie betonen das alternative Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis zur schulmedizinischen Auffassung und stellen schonendere, sanftere Behandlungsweisen in den Vordergrund. Aufgrund der Unwissenschaftlichkeit und der fehlenden Objektivierbarkeit der Heilerfolge werden diese Vorgehensweisen vor allem von der schulmedizinischen Seite kritisiert und als „Behandlungen zweiter Klasse“ degradiert.

Unter Kleinmans Laiensektor fallen hauptsächlich die gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Leistungen im familiären Bereich (vgl. auch Buchholz, 1988), wobei diesbezüglich, im Gegensatz zur Situation in Taiwan, keine expliziten inhaltlichen Schwerpunkte aufgrund der verfügbaren Literatur feststellbar sind. Buchholz (1988) weist im Hinblick auf das Laiensystem im deutschen Gesundheitssystem zudem auf Aktivitäten unterschiedlicher Selbsthilfegruppen hin, wie z.B. Deutsche Rheuma-Liga, Anonyme Alkoholiker etc., in denen sich die Betroffenen zusammenschließen und sich gemeinsam mit der speziellen Problematik befassen. Die Selbsthilfegruppen existieren entweder formell in Form einer organisierten Einrichtung oder informell. Zum Teil arbeiten sie selbstständig ohne jegliche Fremdanleitung und zum Teil erhalten sie professionelle Beratungen bzw. Interventionen. Im letzteren Fall ist ihre Tätigkeit der Schnittstelle zwischen dem professionellen und dem Laiensektor zuzuordnen. Die Prinzipien der Selbsthilfegruppen sind stets die (Selbst-)Betroffenheit und die funktionelle Gleichheit der Gruppenmitglieder (vgl. Bastine, 1992). Die zahlreichen gesundheitsrelevanten Beratungsstellen, bei denen die Heilungssuchenden zusätzliche oder unabhängige Informationen erhalten können, dürfen an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben.

Die Volksmedizin in Deutschland, im Sinne des Praktizierens von übersinnlichen bzw. von „übernatürlichen“ Heilungsritualen, ist eher zur Randerscheinung der medizinischen Handlungen geworden. Zwar enthalten das Christentum und seine diversen Abwandlungsformen Aussagen bzw. Anweisungen über göttliche Heilkräfte (vgl. Inglis &

West, 1984), davon ist aber heute nur in kleinen Kreisen die Rede bzw. es wird erst darauf Rückgriff genommen, wenn sonstige verfügbare Heilungsressourcen ausgeschöpft sind. Auf die besondere Rolle von Sekten in diesem Zusammenhang sei hingewiesen, hier jedoch nicht näher eingegangen. Einige säkulare traditionelle Behandlungsmethoden, wie z.B. Heilkräuterbehandlung oder Kneipp-Therapie, werden bis heute angewandt. Diese sind jedoch aufgrund des strukturbedingten Spezifikums des deutschen Medizinsystems teilweise unter dem professionellen Sektor zu subsumieren.

Zusammenfassend zeichnet sich das deutsche Gesundheitswesen in Gegenüberstellung zum taiwanesischen Medizinsystem durch seine umfassende Regelungsdichte, seine wohlorganisierten heilkundlichen Professionen und die Dominanz der modernen Schulmedizin gegenüber andersartigen Heilberufen aus.

I. 4. Das Krankheitsbild Rheuma

I. 4.1. Rheuma als ein semantisches Konstrukt

Aus anthropologischer Sicht ist die Sprache als Symbolsystem einer Kultur anzusehen, das einerseits die Wirklichkeit und die Lebensprozesse dieser Kultur formt bzw. strukturiert, andererseits aber die Realität widerspiegelt. Bezüglich des Gegenstandsbereichs Krankheit ist der von Good (1977) geprägte Begriff des „semantischen Netzwerkes“ (semantic illness network) anzuführen, wonach eine spezifische Krankheit als ein bedeutungstragendes Idiom semantisch analysiert werden muss, um zu den Entstehungsmechanismen und Interpretationsmustern dieser Krankheit zu gelangen (vgl. Pfeleiderer & Bichmann 1985). Zum Verständnis von Rheuma als einem semantischen Konstrukt ist auf der kulturgeschichtlichen Ebene zu hinterfragen, ob und welche kollektiven interpretativen Muster unterschiedlicher Ursprünge innerhalb einer Kultur existieren, deren sich die Kulturteilnehmer im Falle von Rheuma bedienen können und über deren Inhalt allgemeine Übereinstimmung besteht. Das Einbeziehen derartiger Erkenntnisse ist für das Verstehen des Phänomens Rheuma insofern unerlässlich, als dass die individuelle Krankheitserfahrung stets in einem definierten (sub-) kulturellen Rahmen stattfindet und nur unter Rückgriff auf diesen umfassend zu begreifen ist (vgl. Kleinman, 1980, Sich,

1993). An dieser Stelle ist zudem besonders auf den Zusammenhang von kulturellen Determinanten und Schmerzerfahrung im Allgemeinen (vgl. Bates et al, 1997, Brihaye et al., 1985, Lipton & Marbach, 1984, Morris, 1996, Morris, 1999, Müller-Busch, 1990 etc.) sowie auf den Zusammenhang von Religion und Schmerzerfahrung im Speziellen (vgl. Autiero, 1985, Rössler, 1985, Tu, 1985) hinzuweisen.

Im Folgenden werden die geschichtliche Entwicklung des Rheumabegriffs in der abendländischen und der Traditionellen Chinesischen Medizin unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Deutschland und Taiwan skizziert.

I.4.1.1. Herkunft und Bedeutungswandel des Begriffs Rheuma in der abendländischen Medizin und in Deutschland

In der Antike wurde der Begriff Rheuma bereits im 5. Jahrhundert v. Chr. von dem Universalgelehrten Empedokeles erwähnt. Die erste wissenschaftliche Erklärung des Rheumabegriffs stammte aus der Schrift der hippokratischen Ärzte und war eng mit der Viersäftelehre der antiken Humoralpathologie verknüpft. Das Wort „Rheuma“ bedeutet auf griechisch Fluss oder Strömung und bezeichnet ursprünglich den Fluss aus dem Gehirn in die verschiedenen Körperregionen. Unter der Voraussetzung eines gestörten Gleichgewichts der vier Körpersäfte verursache ein derartiger Fluss rheumatische Beschwerden und auch Organmanifestationen. Im Falle von Rheuma dominiere der kalte und feuchte Schleim die Zusammensetzung des Flusses. Im Zentrum dieser für die abendländische Medizin außerordentlich einflussreichen Krankheitslehre stand das Konzept von Gesundheit als Gleichgewicht und der Krankheit als Ungleichgewicht der Körpersäfte (vgl. Benedum, 1994, Mahrenholtz & Zeidler 1994, Eich & Zeidler 1991, Zeidler, 1990).

Der komplexe Begriff „Rheuma“ umfasste mannigfachste Erkrankungen, die vor allem Gelenke der Extremitäten und Wirbelsäule, wie auch Weichteile, Muskeln und Organe befielen. In der Folgezeit wurde dieser äußerst allgemein gefasste Krankheitsbegriff „rheumatisches Leiden“ mit der Entwicklung naturwissenschaftlicher Betrachtungsweisen und technischer Fortschritte je nach klinisch-symptomatologischen Befunden oder

ätiopathogenetischen Auffassungen eingegrenzt und ausdifferenziert. So wurde beispielsweise die Gicht auf der Grundlage der Lehre von Harnsäureablagerungen nach Paracelsus (1493-1541) Anfang des 17. Jh. sowie das Ischiasleiden Ende des 18. Jh. aus dem rheumatischen Formenkreis ausgegrenzt. Benedum (1994) konnte in seinem medizinhistorischen Beitrag deutlich belegen, wie stark die gesamte Geschichte der Rheumatologie durch einen terminologischen Wirrwarr geprägt war. Erstmals konnte im Jahr 1957 eine einheitliche Nomenklatur und Einteilung rheumatischer Krankheiten von einem internationalen Berufsverband in Toronto festgelegt werden (vgl. Benedum, 1994). Bezüglich der Klassifikation wurden in den letzten Jahrzehnten von zahlreichen Fachverbänden auf kontinentaler und internationaler Ebene einheitliche Ordnungssystematiken vorgenommen, welche heute parallel existieren, deren Terminologie jedoch aufgrund kulturhistorischer bzw. sprachlicher Eigenartigkeit und teilweise divergenter ätiopathogenetischer Vorstellungen äußerst heterogen ist (dazu vgl. Zeidler, 1990).

Bis heute ist der Begriff „Rheuma“ sowohl unter Laien wie auch unter Experten nicht einheitlich definiert. Innerhalb der modernen Schulmedizin werden die hippokratischen Krankheitskonzepte eindeutig als falsch bzw. unwissenschaftlich zurückgewiesen (Specker, 1997). Die terminologische Irritation und die antiken Vorstellungen des Krankheitsgeschehens leben aber im Rheumaverständnis vieler Laien und Patienten fort. Gleichzeitig treten fortwährend neue wissenschaftliche Erkenntnisse hinsichtlich der Ätiologie, der Klinik und der Behandlungsmaßnahmen in Form von Expertenwissen hinzu, welche das alltagsweltliche Verständnis über Rheuma verändern bzw. neu formen. Es ist allerdings hypothetisch anzunehmen, dass sich der „Volks Glaube“ trotz der Dominanz der modernen schulmedizinischen Stellung nicht komplett durch wissenschaftliches Wissen auflösen lässt und dass dieser auf der subjektiven Ebene weiterhin aktuell und hoch handlungswirksam bleibt.

I.4.1.2. Herkunft und Bedeutungswandel des Begriffs Rheuma in der Traditionellen Chinesischen Medizin und in Taiwan

Die theoretischen Auseinandersetzungen mit und die zahlreichen klinischen Erfahrungsberichte zu rheumatischen Erscheinungsbildern weisen eine sehr lange Tradition in der Chinesischen Medizin auf. So fanden sich bereits in den alten chinesisch-medizinischen Schriften wie beispielsweise im Klassiker „Huang-Ti Nei-Ching“ (etwa im 3. Jh. v. Chr.) Dokumentationen von Beschwerden und Störungen des Bewegungssystems, die seinerzeit in der chinesisch-medizinischen Terminologie als Rheuma (Bi) benannt und systematisch dargelegt wurden (Xu 1988). Das Wort „Bi“ ist eine Abwandlung vom Schriftzeichen, das ursprünglich für „verschließen“ bzw. „verstopfen“ steht und die Blockade bzw. Störung der Lebensenergie „Qi“¹ im menschlichen Organismus impliziert. Im Laufe der historischen Entwicklung hat sich der Begriff „Fong-Shi“ etabliert, welcher erstmals im 7. Jh. n. Chr. vom Gelehrten Zhang in seinen medizinischen Sammelchriften verwendet wurde und im eigentlichen Sinne eine spezielle Form des „Bi“ kennzeichnete. Gegenwärtig steht dieser Terminus allgemein für schmerzhaft erkrankte Gelenke, Sehnen, Muskeln und Knochen und umfasst verschiedenartigste, phänomenologisch verwandte Störungsbilder.

Der Begriff „Fong-Shi-Krankheit“, wörtlich mit „Wind-Feuchtigkeitskrankheit“ ins Deutsche übersetzt, ist ohne weitere Differenzierung im Volksmund in Taiwan weit verbreitet. Der sprachliche Gebrauch des Krankheitsbegriffs „Fong-Shi“, welcher etymologisch offenkundig der alten Chinesischen Medizin entsprang, beschränkt sich in Taiwan nicht allein auf den Bereich dieses medizinischen professionellen Sektors. In Anlehnung an das Modell von Kleinman (1980) zur Strukturierung heilkundlicher Einflussgrößen innerhalb einer bestimmten Kultur, konstituieren in der taiwanesischen Gesundheitslandschaft die institutionalisierten schulmedizinischen Einrichtungen und die traditionell chinesisch-medizinische Heilverfahren gemeinsam den professionellen Sektor. Als einen allgemein verständlichen Sammelbegriff für die rheumatischen Krankheitsbilder wird die Bezeichnung „Fong-Shi“ auch von schulmedizinisch ausgebildeten Ärzten

¹ „Qi“: Bezeichnung für fließende Lebensenergie. Stauung bzw. Blockade dieses Energieflusses in menschlichen Organismen könnte zu Beschwerden oder Fehlfunktionen führen.

übernommen und sowohl in der Fachliteratur als auch in ihrem alltäglichen Umgang mit Patienten benutzt. Demzufolge stellt das Phänomen „Fong-Shi“ mit seinem komplexen Bedeutungsgehalt eine Schnittstelle zwischen der traditionellen chinesisch-medizinischen und der modernen schulmedizinischen Domäne dar, in welche für die beiden Disziplinen jeweils repräsentative Paradigmen, Theorien bzw. Ansätze einfließen. Der Bedeutungswandel des Rheumabegriffs in der Traditionellen Chinesischen Medizin ist insofern durch eine definitorische Abweichung bzw. eine Ausdehnung inhaltlicher Ausstattungen gekennzeichnet, da insbesondere die naturwissenschaftliche Terminologie mit diesem nun zu vereinbaren ist.

I. 4.2. Rheuma als eine Krankheit

I.4.2.1. Rheuma aus der Sicht der modernen Schulmedizin

Nach Ansicht der jüngsten schulmedizinischen Vertreter ist der im Volksmund weit verbreitete Begriff „Rheuma“ oder „Rheumatismus“ nicht als eine überbegriffliche Krankheitseinheit oder eine Diagnose zu verstehen, sondern vielmehr muss er als ein Sammelbegriff von sehr vielen unterschiedlichen Krankheiten aufgefasst werden (vgl. Miehle, 1989, Specker, 1997, Eich & Zeidler 1991). Während die Krankheitsbegriffe „Rheuma“, „Rheumatismus“ oder „rheumatische Beschwerden“ angesichts der fehlenden nosologischen und ätiologischen Präzision sowie der mangelnden Wissenschaftlichkeit von Fachleuten abgelehnt werden (Krüskemper, 1985, Schilling, 1983, Zeidler, 1990), genießen Bezeichnungen wie z.B. „rheumatische Erkrankungen“ bzw. „Krankheiten des rheumatischen Formenkreises“ akademische Anerkennung in medizinischen Fachkreisen.

Demnach wird unter der Bezeichnung „rheumatische Erkrankungen“ eine Vielzahl von chronisch verlaufenden Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems verschiedenster Ätiologie (entzündlich, degenerativ, metabolisch), Lokation (z.B. Gelenke, Sehnen, Muskulatur, Wirbelsäule etc.) und Symptomatologie (z.B. Fieber, Schwellung, Deformation etc.) mit teilweise gravierenden Organbeteiligungen zusammengefasst, deren Leitsymptome starke Schmerzen sowie mehr oder minder dauerhafte

Bewegungsbehinderung und Funktionseinschränkungen darstellen. Charakteristisch beim rheumatischen Schmerz ist die Chronizität des Leidens, die stark unlustbetonte Komponente der Beschwerden, welche häufig als ziehend, reißend, bohrend, fließend beschrieben werden sowie die Assoziation mit Ängsten vor Behinderung, Körperdeformation, sozialem Abstieg, Isolation und Verlust des Selbstwertgefühls (vgl. Mahrenholtz & Zeidler 1994, Eich & Zeidler 1991). Als negative Folgen rheumatischer Erkrankungen werden laut offiziellem Bericht der WHO „Impairment, Disability und Handicaps“ genannt (WHO, 1980; vgl. Darstellung in Raspe, 1992, S. 5).

In der Fachliteratur lässt sich üblicherweise eine Vierteilung der rheumatischen Erkrankungen finden (vgl. Krüskemper, 1985, Müller & Gamp 1983, Zeidler, 1990):

- 1) Entzündlich-rheumatischer Formenkreis: Chronische Polyarthritiden (Rheumatoide Arthritis), Juvenile Arthritis, rheumatisches Fieber, Reiter-Syndrom, Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) etc.
- 2) Degenerativ-rheumatischer Formenkreis: Arthrosen der Extremitätengelenke, degenerative Wirbelsäulenprozesse etc.
- 3) Weichteilrheumatischer bzw. extraartikulär-rheumatischer Formenkreis: Erkrankungen der Muskulatur, der Sehnen, der Sehnenscheiden sowie des Bindegewebes wie z.B. Fibromyalgie etc.
- 4) Pararheumatischer Formenkreis: Gicht, Sjögren-Syndrom etc.

Krankheiten der ersten Gruppe werden als „rheumatische Erkrankungen im engeren Sinne“ verstanden. Hierzu zählt die chronische Polyarthritiden als die häufigste, eingreifendste und kostenaufwendigste Krankheit dieses Formenkreises (Raspe, 1992, Raspe & Rehfisch, 1996). Die anderen Gruppen von Krankheiten sind als „rheumatische Erkrankungen im weiteren Sinne“ aufzufassen (Specker, 1997).

Allgemein besteht Konsens, dass rheumatische Beschwerden in der deutschen Bevölkerung außerordentlich häufig sind. Zahlenmäßig differieren die Schätzwerte der Prävalenz je nach Umfang der Untersuchung und zugrundeliegenden diagnostischen Kriterien jedoch stark (z.B. 31% bei Raspe, 1992; 50 % bei Specker, 1997). Fundierte epidemiologische Zahlen lassen sich hingegen bei den einzelnen rheumatischen Erkrankungen, wie z.B. chronischer Polyarthritiden, Osteoarthrosen, Spondylitis ankylosans

oder Fibromyalgie, finden (dazu Ecker-Egle & Egle, 1993, Eich & Zeidler, 1991, Köhle, 1992, Krüskemper, 1985, Raspe, 1992, Raspe & Rehfisch, 1996, Raspe & Kaluza, 1996). In einer repräsentativen taiwanesischen Studie wurden mit den weißen Bevölkerungen vergleichbare Prävalenzraten bei chronischer Polyarthritits und Spondylitis ankylosans festgestellt (Chou et al., 1994a). In den taiwanesischen Universitätskliniken machen allerdings Gicht (mit ca. 30- 40 %) und chronische Polyarthritits (mit ca. 20- 30 %) den größten Anteil der Patienten der rheumatologischen Ambulanzen aus (Chou et al., 1994b).

Der Krankheitsverlauf der rheumatischen Erkrankungen ist in den meisten Fällen nicht tödlich, hat jedoch starke Tendenzen zur Chronifizierung. Die Diagnosen lassen sich trotz objektiver Befunde durch klinische, labortechnische Untersuchungsmethoden und Röntgenaufnahmen nicht immer eindeutig stellen bzw. sichern. Die ätiopathogenetischen Mechanismen der Erkrankungen sind unter biomedizinischem Gesichtspunkt bislang weitgehend ungeklärt. Je nach Krankheitsbildern werden schwerpunktmäßig mechanische, erbliche, immunologische, infektiöse Aspekte bzw. Genfaktoren diskutiert.

Bemerkenswerterweise wird seit geraumer Zeit im Bereich der Rheumatologie verstärkt der Frage nachgegangen, welche Rolle psychodynamische bzw. psychosoziale Zusammenhänge bei der Krankheitsentstehung einerseits und bei der Krankheitsverarbeitung andererseits spielen könnten (vgl. Anderson et al., 1985, Beutel, 1988, Fydrich, 1992, Köhler, 1992, Langer & Bormann, 1992, Lerman, 1987, Marcenaro et al., 1999, McFarlane et al., 1990, Ostkirchen, 1994, Rudnicki, 2001, Rüter & Schüßler, 1994, Wallace, 1987, Weintraub, 1998 etc.).

I. 4.2.2. Rheuma aus der Sicht der Traditionellen Chinesischen Medizin

In der heutigen Bezeichnung für Rheuma „Fong-Shi“ (Wind-Feuchtigkeit) kommt das ätiologische Verständnis der chinesischen Krankheitslehre besonders deutlich zum Vorschein, wonach stringent zwischen inneren und äußeren Krankheitsursachen unterschieden wird. Unter inneren Krankheitsursachen sind Faktoren wie schwache Konstitution, Überanstrengung, negative Gemütszustände, falsche Ernährung oder übermäßige Sexualität subsumiert, während sich äußere Krankheitsursachen in fünf

Hauptkategorien klassifizieren lassen: Wind, Kälte, Hitze, Feuchtigkeit, Trockenheit und Feuer (vgl. Maciocia, 1994, Unschuld, 1986). Im Falle von Rheuma werden äußere Krankheitsursachen vornehmlich den Kategorien Wind, Feuchtigkeit und Kälte zugeschrieben, welche jedoch nur unter der Voraussetzung einer ausgeprägten konstitutionellen Schwächung dem menschlichen Organismus Schaden zufügen können. Erst aus dem gemeinsamen Wirken von inneren und äußeren Krankheitsursachen resultiert die Stauung bzw. Störung des Energieflusses „Qi“ und der Blutzirkulation im Körper, welche meist in Muskeln, Sehnen, Meridianen und Gelenken festsetzt und sich dann als Schmerzen, Gelenkschwellungen, Taubheitsgefühl, Fieber, Schwitzen, und Bewegungseinschränkungen bemerkbar machen. Im späteren Verlauf kann sich die Krankheit weiter in verschiedenen Organen manifestieren (vgl. Ho, 1997, Ho, 2000, Xu, 1988). Im Gegensatz zur Position der Schulmedizin scheint sich die Traditionelle Chinesische Medizin auf die ätiologischen Wirkungsmechanismen bei den rheumatischen Erkrankungen festlegen zu können.

Der historischen Überlieferung zufolge erfolgt die Krankheitsklassifikation rheumatischer Beschwerden entweder nach den Krankheitsursachen (Wind, Kälte, Hitze, Feuchtigkeit, Trockenheit), der Lokalisation der Symptomatik (Haut, Muskeln, Knochen, Organe etc.) oder aber nach den beobachtbaren klinischen Erscheinungsformen. Gegenwärtig werden gewöhnlich Krankheitsursachen mit klinischen Erscheinungsformen kombiniert herangezogen. Eine einheitliche Klassifikation und Nomenklatur existiert nicht. Eine Diagnosestellung stützt sich grundsätzlich nur auf die klinische Untersuchung bzw. Beobachtung der Praktiker sowie den Selbstbericht der Kranken. Laborwerte, Röntgenbilder bzw. Ergebnisse sonstiger technischer Untersuchungsverfahren werden dabei nicht in Betracht gezogen.

Die von der Traditionellen Chinesischen Medizin vorgeschlagene Therapie setzt exakt an der beschriebenen Disharmonie des Organismus an und zielt auf eine Wiederherstellung des Gleichgewichts sowie eine lebensnotwendige Bewegungsfreiheit des „Qi“. Neben der Arzneimitteltherapie kommen Akupunktur, Akupressur, Tuina¹, Bewegungstherapie, verschiedene Wärmeapplikationen und Ernährungstherapie zur Anwendung. Im Folgenden

¹ „Tuina“: Schieben (Tui) und Greifen (Na). Eine Massageform der Traditionellen Chinesischen Medizin, welche auf der Grundlage der Akupunkturpunkte und Meridiane entwickelt worden ist.

ist kurz auf die Ernährungstherapie einzugehen, da darin die kulturellen Spezifitäten in besonderem Ausmaß zum Ausdruck kommen.

Ein altes chinesisches Sprichwort lautet: „Medizin und Ernährung haben denselben Ursprung“. Der enge Zusammenhang zwischen Medizin und Ernährung lässt sich mindestens bis ins 3. Jh. V. Chr. zurückverfolgen. Die chinesische Diätetik lehnt sich maßgeblich an die energetische Vorstellung des Qi an und hebt insbesondere die regulativen und funktionellen Aspekte der Nahrungsmittel hervor. Wie Arzneimitteln werden Nahrungsmitteln bestimmte therapeutische Wirkungen zugeschrieben. Das Qi eines Nahrungsmittels wird gezielt eingesetzt, um auf das Qi im menschlichen Organismus korrigierend einzuwirken.

Die Nahrungsmittel werden nach den folgenden Paradigmen klassifiziert und beschrieben (vgl. Anderson, 1980, Engelhardt & Hempen 1997, Focks & Hillenbrand, 2000, Zhang 1994): 1) Natur eines Nahrungsmittels (mit dem Temperaturverhalten als Kernmerkmal), 2) Geschmacksrichtung, 3) Wirktenz und 4) Bezug zu den Funktionskreisen oder zu den Leitbahnen. Speziell in Taiwan ist das „Gift“ ein weiteres populäres Unterscheidungskriterium, das den Großteil der Meeresfrüchte, Enten- und Gänsefleisch, Mango, Aubergine etc. kennzeichnet und vor allem bei Haut- und Sexualerkrankungen besonders zu vermeiden ist (Zhang 1994).

Beispielsweise wird beim Temperaturverhalten zwischen eiskalt, kalt, kühl, neutral, warm und heiß unterschieden. Die Zuordnung der Nahrungsmittel in die entsprechenden Temperaturkategorien hat nichts mit den objektiven Temperaturangaben oder sonstigen Zusammensetzungen der Nährstoffe zu tun, vielmehr ist das Kalt-Warm-Verhältnis ein relatives, vergleichendes Konzept (Lee, 1984, S. 109). So werden exemplarisch Lammfleisch, Ingwer, Knoblauch, Orangen als heiß beschrieben, während Karotten, Gurken, Rettich und Garnelen kalt sind. Ferner werden nicht nur Nahrungsmittel in die Kalt-Warm-Kategorie aufgeteilt, auch bei der Konstitution eines Menschen und bei Uhrzeiten bzw. Jahreszeiten wird zwischen Kälte und Wärme unterschieden (Zhang 1994). Nach einem komplementären funktionellen Ansatz (vgl. Engelhardt und Hempen, 1997) werden Nahrungsmittel in Übereinstimmung mit den klinischen Erscheinungsbildern und den konstitutionellen Besonderheiten der Betroffenen zum kompensatorischen Zweck gezielt ausgewählt und eingesetzt.

Im Falle von Rheuma zielt die diätetische Therapie auf Beseitigung von belastenden äußeren Krankheitsursachen und auf den (Wieder-) Aufbau der inneren Ressourcen mit dem Hauptaugenmerk auf eine ungestörte Zirkulation von Qi und Körperflüssigkeit. Die Prinzipien zum gezielten Einsatz der Nahrungsmittel lauten: „Stärkung bei Schwächung“, „Hitze bei Kälte“, „Vermehrung bei Verminderung“ und „Kälte bei Hitze“. In der Literatur werden diese Grundzüge mit zahlreichen konkreten Beispielen belegt (vgl. Engelhardt und Hempen, 1997, Focks & Hillenbrand, 2000, Ho, 2000, Jiang, 1989, Ho, 1997, Shi & Shan 1995).

Teil II.: Methode

II. 1. Fragestellung, Zielsetzung der Untersuchung und Forschungsdesign

Die vorliegende Untersuchung ist auf einen Kulturvergleich zwischen Taiwan und Deutschland ausgerichtet und geht nach der Literatursichtung, dem Vergleich der Binnenstruktur der beiden medizinischen Systeme sowie der Gegenüberstellung der jeweils eingesetzten diagnostischen Kriterien davon aus, dass Unterschiede zwischen den beiden Populationen hinsichtlich des Krankheitsverständnisses über Rheuma bestehen.

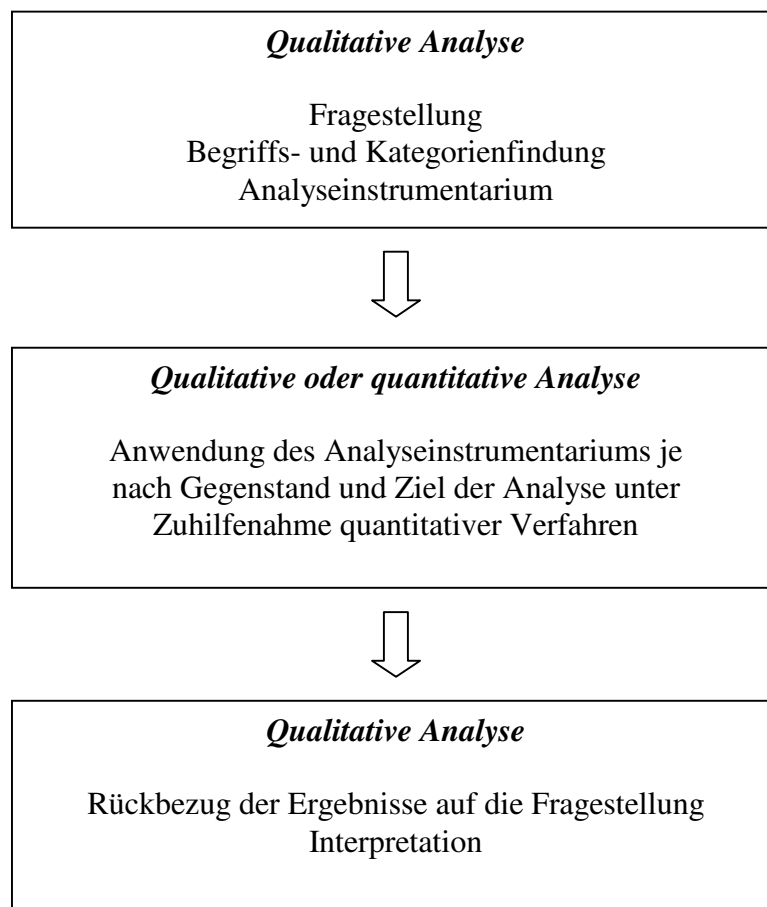
In der vorliegenden Studie werden Alltagswissen und laienhafte Vorstellungen gesunder Taiwaner und Deutscher über Wesen, Ätiologie, Verlauf, Behandlung, Prognose und daraus resultierende funktionelle Beeinträchtigungen von Rheuma erfasst, wobei das Hauptaugenmerk auf den Aspekt der Ursachenattribution für diese Erkrankung und Vorstellungen über die Ätiologie gerichtet ist. Es handelt sich dabei um eher oberflächliche, manifeste und leicht abrufbare Kognitionen und Assoziationen, die nicht notwendigerweise aus der eigenen Erfahrung der einzelnen Personen hervorgehen. Das Erwerben diesbezüglicher Wissensbestände ergibt sich vielmehr zufällig durch „Vom-Hören-Sagen“, „Erkrankung einer nahestehenden Person“, „berufsbezogene Beschäftigung mit der Krankheit“ oder aber „persönliche Erfahrung“ etc.. Das Ziel dieser Untersuchung ist in erster Linie heuristischer Natur: Auf der kognitiven Ebene der Krankheitsverarbeitung soll geklärt werden, welche sozialstereotypischen Vorstellungen und Assoziationen unterschiedlicher religiöser bzw. heilkundlicher Ursprünge zum Krankheitsbild Rheuma in diesen beiden kulturellen Kontexten aufzufinden sind. Weiterhin geht es darum herauszufinden, durch welche Besonderheiten bzw. Eigenarten sich krankheitsrelevante Einstellungen taiwanesischer Personen von deutschen unterscheiden.

Die Ergebnisse dieser Studie sollen Anhaltspunkte zur Identifizierung des kulturell mehrheitlich anerkannten Wissens über die Erkrankung Rheuma in Taiwan und Deutschland liefern. Dabei sollen hypothetisch angenommene kulturelle Unterschiede bezüglich Symptomwahrnehmung, Verlauf, Ätiologie, Behandlung und Prognose

rheumatischer Erkrankungen in der Vorstellung von deutschen und taiwanesischen Probanden empirisch geprüft werden.

Methodisch ist die vorliegende Studie multimethodal angelegt und setzt sich aus einem qualitativen und einem quantitativen Teil zusammen. Da die Studie besonders einen explorativen, gegenstandsverstehenden Erkundungscharakter hat, liegt der methodische Schwerpunkt auf qualitativen Methoden. Auch begründet sich die methodische Schwerpunktsetzung in der Komplexität der zu untersuchenden Phänomene sowie in der Natur des transkulturellen Forschungsgegenstands. Der methodische Entwurf der Arbeit lehnt sich weitgehend an das Phasenmodell nach Mayring (1997) zur Rolle von qualitativer und quantitativer Analyse im Forschungsprozess an, das in der folgenden Abbildung schematisch dargestellt wird.

Abbildung II. 1.: Phasenmodell nach Mayring (1997) zum Verhältnis qualitativer und quantitativer Analyse



Mit Hilfe eines speziell für den Forschungszweck konzipierten teilstandardisierten Interviewleitfadens wird die Datenerhebung in Form einer Befragung durchgeführt. Ein teilstandardisiertes Interview ist nach Flick (1998a) gekennzeichnet durch die Kombination einer weitgehenden Vorstrukturierung des Interviewprozesses und gleichzeitig einer offenen Reaktionsbereitschaft des Interviewers für das spontane Geschehen während der Exploration. Die methodische Wahl einer möglichst strukturierten Befragung begründet sich einerseits in der Annahme über die Charakteristika dieser Wissensform, und andererseits in der Tatsache, dass die zu interviewenden Personen nicht selbst an Rheuma erkrankt sind und der Anteil der zu berichtenden Selbsterfahrung von vorneherein als begrenzt einzuschätzen ist. Anhand eines themenzentrierten Interviewleitfadens wird der Interviewverlauf so weit wie notwendig vorstrukturiert und die Fragenabfolge festgelegt, um die Erfassung aller relevanter inhaltlicher Aspekte sicherzustellen.

In Kombination mit dem Interviewleitfaden werden weiterhin quantitative Messinstrumente eingesetzt. Die auf diese Weise erhobenen quantitativen und qualitativen Daten werden komplementär genutzt (vgl. Cropley 2002).

II. 2. Empirische Untersuchung

II. 2.1. Kontext und Ablauf der Untersuchung

Als Vorbereitung zur Untersuchung bzw. zeitlich parallel zur Datenerhebung wurden Hospitationen an verschiedenen Fachkliniken bzw. –ambulanzen für rheumatische Erkrankungen sowie bei chinesischen Medizinerinnen bzw. „Knocheinrenkern (Bone-setters)“ in den Untersuchungsorten durchgeführt. Der direkte Austausch mit dem jeweiligen medizinischen Fachpersonal bzw. den Heilern und die offenen Gespräche mit den Hilfesuchenden haben wesentlich dazu beigetragen, die Fragestellungen für die vorgelegte Studie zu erarbeiten.

Die Explorationen an insgesamt 60 Probanden wurden von der Autorin allein durchgeführt und fanden für den taiwanesischen Teil in Taipeh, Taiwan und für den deutschen Teil der Untersuchung in Heidelberg/Mannheim, Deutschland, statt. Für die Durchführung der Interviews und der Fragebogenerhebungen war jeweils ein Interviewtermin mit einer durchschnittlichen Dauer von 90 Minuten notwendig. Räumlich fand die Untersuchung in der Regel bei den Befragten privat statt.

Alle Probanden wurden um Einverständnis für die Tonbandaufzeichnung des Interviews gebeten und der Sinn und Zweck der Aufnahme wurde erläutert. Darüber hinaus wurde ihnen die Anonymisierung und ein vertraulicher Umgang mit dem Untersuchungsmaterial zugesichert. Während der tatsächlichen Interviewgestaltung wurde ein starres Abarbeiten der Fragen im Sinne einer „Leitfadenbürokratie“ nach Hopf (1978) (vgl. Flick, 1998a) vermieden. Sowohl der Interviewerin wie auch dem Interviewten wurde genügend Spielraum eingeräumt, die Reihenfolge der Fragen zu ändern, vertiefende Zusatzfragen zu stellen, Ausführungen zu Ende zu berichten oder aber Störungen in der Gesprächssituation zu klären.

II. 2.2. Stichproben

Die Stichprobe der Untersuchung setzte sich aus je 30 hinsichtlich Alter, Geschlecht, Familienstand und Bildungsniveau parallelierten taiwanesischen und deutschen Probanden zusammen. Einschlusskriterien waren ein Mindestalter von 18 Jahren, Deutsch oder Chinesisch¹ als Muttersprache sowie ein guter allgemeiner Gesundheitsstatus. Die Personen waren selbst nicht von einer Rheumaerkrankung oder einer sonstigen schwereren Erkrankung betroffen. Da das Allgemeinverständnis untersucht werden sollte, wurde auch kein medizinisches Fachpersonal untersucht. Der Fragebogen zu Personenangaben ist im Anhang 1. dokumentiert.

Die Rekrutierung der beiden Stichproben erfolgte jeweils nach dem Schneeballprinzip. Zunächst wurden Untersuchungspersonen im Bekanntenkreis der Autorin gewonnen. Diese

¹ Mandarin ist die Amtssprache in Taiwan.

wurden wiederum gebeten, eine oder mehrere Personen aus deren eigenen Umfeld für die weitere Untersuchung zu vermitteln. Um einen adäquaten Fremdheitsgrad der Untersuchungspersonen zu gewährleisten, wurde die Anzahl an direkt Bekannten der Autorin möglichst gering gehalten: Es stammten insgesamt 10 Probanden aus dem näheren Bekanntenkreis der Autorin, während die restlichen 50 Personen durch Empfehlungen rekrutiert wurden.

Die Datenerhebung fand zunächst in Taiwan statt. Die soziodemographischen Merkmale der taiwanesischen Probanden stellten die Kriterien für die Parallelisierung der deutschen Stichprobe dar, die sonst nach demselben Prinzip rekrutiert wurde.

Tabelle II. 1.: Soziodemographischen Merkmale

		<u>Taiwanesen</u> (N= 30)	<u>Deutsche</u> (N=30)
Alter		MW = 47.3 (SD = 16.07)	MW = 42.93 (SD = 14.02)
Geschlecht	Männer	13 (43%)	13 (43%)
	Frauen	17 (57%)	17 (57%)
Familienstand	Ledig	8 (27%)	13 (43%)
	Verheiratet	21 (70%)	14 (47%)
	geschieden/ getrennt	0	3 (10%)
	Verwitwet	1 (3%)	0
Schulbildung	Kein Schulabschluss	1 (3%)	0
	Grund-/ Hauptschule	0	5 (17%)
	Mittlere Reife	1 (3%)	6 (20%)
	Abitur	14 (47%)	6 (20%)
	(Fach-) Hochschule	14 (47%)	13 (43%)

Legende: „MW“: Mittelwert, „SD“: Standardabweichung.

Lediglich für den Bereich der Schulbildung zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den untersuchten Gruppen ($\chi^2=40.3333$, $DF=4$, $Pr > \chi^2 < 0.0001$). Demnach ist das Bildungsniveau der taiwanesischen Probanden höher als das der deutschen Stichprobe.

Die nach dem Schneeballprinzip rekrutierten Stichproben erfüllten nicht das Kriterium der Repräsentativität, was für das vorliegende Forschungsdesign als zweirangig bewertet werden kann.

II. 2.3. Erhebungsinstrumente

II. 2.3.1 Der teilstandardisierte Interviewleitfaden für die qualitative Datenerhebung

II. 2.3.1.1. Theoretische Orientierung

Über die bereits im Theorieteil (siehe Abschnitt I.1.2) ausführlich dargelegten Ansätze zur Bestimmung der Inhalte von Krankheitsrepräsentationen bzw. subjektiven Krankheitstheorien hinaus, liegt dem teilstandardisierten Interviewleitfaden sowohl inhaltlich wie auch strukturell das theoretische Modell des krankheitsbezogenen „Erklärungsmodells“ (Kleinman, 1980) aus der Ethnomedizin zugrunde. Dieses umfasst, ganz unabhängig von der Art der Erkrankung und der Diagnosestellung, die folgenden fünf Themenbereiche:

- 1) Vorstellungen über Ätiologie der Erkrankung,
- 2) Aussagen über Zeitpunkt und Art des Auftretens von Symptomen,
- 3) Pathophysiologische Vorstellungen,
- 4) Wahrnehmung und Interpretation des Krankheitsverlaufs,
- 5) Vorstellungen und Erwartungen bezüglich der Art der Behandlung.

Speziell im Hinblick auf die rheumatischen Krankheitsbilder wurden zwei frühere Untersuchungen aus der angelsächsischen Literatur (Badley & Wood, 1979; Price et al., 1983) modellhaft für die Ausgestaltung und Formulierung der Fragen herangezogen, welche sich mit den Laienvorstellungen über Arthritis als einer spezifischen Form der rheumatischen Erkrankungen bei Nicht-Patienten befassten. In der nachstehenden Tabelle sind die beiden relevanten Studien nach den Merkmalen Methodik, Stichprobe und Inhalt

getrennt im Überblick dargestellt. Hingegen lassen sich im deutschsprachigen Raum bisher keine Studien zu Laienvorstellungen über rheumatische Krankheitsbilder auffinden.

Tabelle II. 2.: Studien zu Laienvorstellungen über Arthritis

Autoren	Badley & Wood (1979)	Price et al. (1983)
Methodik	Interviews anhand eines standardisierten Fragebogens	Telefoninterviews anhand eines standardisierten Fragebogens mit 40 Fragen und 4 zusätzlichen soziodemographischen Fragen
Stichprobe	Zufallsstichprobe, N= 503	Zufallsstichprobe, N= 300
Inhalte der Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> - Charakteristika der Arthritis - Veränderungspotential der Arthritis - Ursachen und Prädispositionen - Krankheitsfolgen für die Betroffenen - Krankheitsfolgen für die Familie - Wissen über Arthritis und deren Effekte 	<ul style="list-style-type: none"> - Hauptinformationsquellen über Arthritis - Allgemeine Überzeugungen über Arthritis - Einstellung zu ausgewählten Ursachen von Arthritis - Einstellung zu ausgewählten Behandlungsmethoden der Arthritis - Inanspruchnahme von Behandlungsmethoden bei Arthritis-Patienten

II. 2.3.1.2. Entwicklung des teilstandardisierten Interviewleitfadens

Der teilstandardisierte Interviewleitfaden zum Erklärungsmodell über Rheuma wurde speziell für den vorliegenden Forschungszweck erstellt und setzt sich aus einem Informationsteil und einem Interviewteil zusammen. Der Informationsteil dient zur Einstiegserläuterung und bereitet die Befragten auf die anschließende Untersuchungssituation vor. Er beinhaltet eine kurze Ansprache, in der die Befragten allgemein über die Forschungsintention, den Ablauf der Befragung sowie die Art der Fragen aufgeklärt werden. Der Hauptteil des Interviewleitfadens umfasst insgesamt 39 offene und geschlossene Fragen, die unter inhaltlichen Gesichtspunkten in neun

Themenbereiche untergliedert werden. Dadurch wird eine Binnenstrukturierung des Interviewleitfadens vorgenommen.

Der Interviewleitfaden umfasst die folgenden neun Themenbereiche:

- 1) *Begriffliche Klärung / Symptomatik*: Allgemeine definitorische Vorstellungen von Rheuma, bereits vorhandenes Wissen bzw. antizipatorische Vorstellungen über die Art bzw. den Zeitpunkt der Symptomatik von Rheuma, antizipatorische Reaktionen auf wahrgenommene rheumatische Symptome, Zeitpunkt und Art der zu konsultierenden medizinischen Profession(en)
- 2) *Erfahrungshintergrund*: Intensität, Art und Inhalt der Selbst- bzw. erlebten Fremderfahrung im direkten Umfeld
- 3) *Sonstige Assoziation über Rheuma*: Physiopathologie, Lokalisation, Einschätzung über Ernsthaftigkeit und Mortalität, krankheitsrelevante Gedanken und Emotionen
- 4) *Ätiologie*: Ursachen, Prädispositionen und Möglichkeiten der Prävention von Rheuma, Einschätzung des eigenen Krankheitsrisikos
- 5) *Auswirkungen*: Qualität und Ausmaß der Beeinträchtigungen bzw. Krankheitsfolgen auf der körperlichen, individuellen und interaktionellen Ebene
- 6) *Behandlung bzw. Selbstmanagement*: Wissen über rheumarelevante Medikation und Behandlungsmethoden, Erwartung gegenüber den Behandelnden, erwünschte Umgangsweisen der Betroffenen zur Linderung bzw. Heilung der Krankheit
- 7) *Verlauf*: Wissen über Art des Krankheitsverlaufs, Veränderungspotential des Krankheitsverlaufs, Kurabilität bzw. Heilbarkeit, Grenzen und Möglichkeiten der Eigeneinflüsse der Betroffenen auf Symptomatik und Krankheitsverlauf, Krankheitsprognose
- 8) *Quellen der Informationen*: Bisherige und antizipatorische Informationsquellen über Rheuma
- 9) *Abschließende Fragen*: Verständnis des Begriffs Rheuma in der medizinischen Terminologie

Je nach Umfang und Komplexität des Themenbereichs werden die Fragen innerhalb eines Themenabschnitts nach einem dreistufigen Konkretisierungsschema aufgebaut. Am Beispiel des Themenbereichs „*Begriffliche Klärung/ Symptomatik*“ ist die Einstiegsfrage zunächst allgemein formuliert: „*Was verstehen Sie unter dem Begriff „Rheuma“?*“ Der

Fokus der zweiten Frage ist dann insofern zielgerichteter, als dass die Befragten gebeten werden, sich die Krankheit Rheuma bei jemandem vorzustellen: *„Was fällt Ihnen sonst noch spontan ein, wenn Sie sich konkret einen Menschen ausmalen, der Rheuma hat?“*. In der dritten Stufe stellen die Fragen einen direkten Bezug zu den Befragten und der Krankheit her: *„Haben Sie selbst Situationen erlebt, in welchen Ihnen der Gedanke Rheuma in den Sinn kommt?“* sowie *„Angenommen, Sie haben eines Tages bei Ihnen selbst den Verdacht auf Rheuma. Durch welche Anzeichen wären Sie selbst auf diese Idee gekommen?“* Der durch die Fragen temporär entstehende, hypothetische Selbstbezug bzw. die Selbstbetroffenheit soll in erster Linie die Distanz zwischen Rheuma als einer abstrakten medizinischen Bezeichnung und den gesunden Befragten verringern. Die Probanden werden dadurch stärker angeregt, sich möglichst konkret mit der Krankheit zu befassen.

Der Interviewleitfaden wurde in Deutsch und Chinesisch erstellt. Die Urfassung des Interviewleitfadens lag auf Deutsch vor und wurde von der Autorin ins Chinesische übersetzt. Hierbei wurde neben der sprachlichen Genauigkeit wissenschaftlicher Terminologie besonders auf das Prinzip des Alltagssprachlichen Redestils geachtet, um die Kommunikation zwischen dem Forscher und den Interviewten zu erleichtern. Zur Erhöhung einer exakten sprachlichen Adaptation wurde die chinesische Version anschließend von einer beglaubigten Übersetzerin ins Deutsche zurückübersetzt. Die beiden deutschen Versionen wurden von einem Muttersprachler auf ihre Übereinstimmung und Differenz hin überprüft. Auf der Grundlage dieser Überprüfung konnte die chinesische Fassung schließlich genau angepasst werden.

Der Erstentwurf des Interviewleitfadens in zwei Sprachversionen wurde als nächstes im Rahmen einer Vorstudie mittels einer kleinen Stichprobe von je sechs deutschen und taiwanesischen Probanden auf seine Einsatzfähigkeit und methodische Adäquatheit hin überprüft. Die Probeinterviews fanden jeweils in Deutschland und Taiwan statt. Die Probanden erfüllten ebenfalls die oben erwähnten Einschlusskriterien. Die Ergebnisse der Überprüfung warfen wichtige Hinweise auf die inhaltliche Unvollständigkeit und die sprachlichen Defizite auf und zogen mehrere Modifikationsschritte wie z.B. Umformulierung, Streichung, Neugruppierung sowie Vervollständigung der Fragen nach sich. Die sprachliche Adäquatheit der in der jeweiligen Sprache vorgenommenen Veränderungen wurde konsequent gewährleistet durch einen Überprüfungsvorgang nach

dem oben beschriebenen Prinzip der Rückübersetzung und des Hin-und-Her-Vergleichs. Es entstand ein Befragungsinventar in zwei Sprachen, das inhaltlich identisch ist (Die Endversion der deutschen Fassung siehe Anhang 2.). Die Daten aus der Vorstudie erfüllten mit der Vollendung des Erhebungsinstruments ihren Zweck und wurden im weiteren Arbeitsvorgang nicht berücksichtigt.

II. 2.3.2. Die quantitativen Messverfahren

Analog zum Interviewleitfaden wurden alle quantitativen Meßverfahren in Deutsch und Chinesisch erstellt. Die Übersetzungs- und Überprüfungsprocedere entsprachen dem Standard der bereits beschriebenen Arbeitsschritte (vg. Abschnitt II. 2.3.1.). Die folgende Darstellung beschränkt sich auf die deutsche Version der Messverfahren.

II. 2.3.2.1. Fragebögen und Ratingskalen

Im Laufe der Vorstudie zum teilstandardisierten Interviewleitfaden über Rheuma wurden zusätzlich vier kurze Fragen bzw. Ratingskalen erstellt:

1. *Erfahrungshintergrund* (Frage 2.2. „Haben Sie selber schon einmal diese Erkrankung in Ihrer näheren Umgebung erlebt?“): Ein Fragebogen mit drei Antwortmöglichkeiten („Ja, einmal“; „Ja, mehrmals“ oder „Nein“)
2. *Mortalität* (Frage 3.6. „Ist Rheuma eine tödliche Krankheit?“): Ein Fragebogen mit drei Antwortmöglichkeiten („Ja“, „Nein“ oder „Ich weiß nicht“)
3. *Einschätzung der Ernsthaftigkeit der Krankheit* (Frage 3.5. „Was meinen Sie, wie ernsthaft diese Krankheit ist?“): Eine fünfstufige Skala mit „eins“ für „überhaupt nicht ernst“ und „fünf“ für „sehr ernsthaft“
4. *Einschätzung des eigenen Krankheitsrisikos* (Frage 3.5. „Wie schätzen Sie ihr eigenes Risiko ein, dass Sie selbst in Ihrem Leben jemals Rheuma bekommen

könnten?“): Eine fünfstufige Skala mit „eins“ für „sehr klein“ und „fünf“ für „sehr groß“

In der eigentlichen Datenerhebung wurden diese in Kombination mit den entsprechenden Fragen während der Interviews eingesetzt. Ergänzende Beiträge von den Probanden zu den Fragen wurden als verbale Daten mitaufgenommen. Die Fragebögen und Ratingskalen sind im Anhang 3. dargestellt.

II. 2.3.2.2. Der Rheuma-Ursachen-Fragebogen

Der Rheuma-Ursachen-Fragebogen ist bezüglich des vierten Themenbereichs „Ätiologie“ des Interviewleitfadens anzuwenden und überprüft die Gültigkeit einer Reihe im Vorfeld gesammelter Ursachenmerkmale. Die Entwicklung der Skala orientiert sich an den üblichen Schritten für eine Skalenkonstruktion (Borg & Staufenbiel, 1993).

Zunächst wurden die Items zusammengestellt, von denen theoriegeleitet oder aber aufgrund der Literatursichtung bzw. anhand der Erhebung der Vorstudie angenommen werden durfte, dass diese das Konstrukt „Subjektive Ursachenvorstellungen zu Rheuma“ erfassen. Inhaltlich orientiert sich der Fragebogen insbesondere an dem „Fragebogen zum Krankheitsbild des Patienten“ von Bischoff & Zenz (1989) sowie an den angelsächsischen Untersuchungen zur Arthritis von Edwards et al. (1964), Badley & Wood (1979) und Price et al. (1983). Darüber hinaus, um dem kulturellen Aspekt bei der Zusammenstellung der Items besonders Rechnung zu tragen, wurden einige populäre, volkstümliche Einstellungen zur Krankheitsentstehung bei Rheuma mit aufgenommen, welche in der Vorarbeit zur Studie in Taiwan und Deutschland gesammelt werden konnten. Insgesamt bestand der erste Itempool aus 21 Items. Im Anhang 4. ist die Erstfassung des Rheuma-Ursachen-Fragebogens in Deutsch dargestellt. Weiter wurde sichergestellt, dass alle Items in derselben Richtung gepolt sind und anschließend für die Items des ersten Itempools die deskriptiven Kennwerte ermittelt. Dem Anhang 5. ist eine detaillierte Darstellung dieser Daten zu entnehmen.

Für die ersten 21 Items wurden im nächsten Schritt die beiden Itemindizes Itemschwierigkeit und Trennschärfe ermittelt. Die Itemtrennschärfen wurden auf der Basis korrigierter Korrelationen berechnet. Das einzelne Item, z.B. ITEM 2, wurde dabei nicht mit dem Gesamtscore aus dem kompletten Itempool von ITEM 1 bis ITEM 21 korreliert, sondern lediglich mit ITEM 1 bis ITEM 21 ohne ITEM 2. Auf diese Weise soll die Korrelation des Items mit sich selbst ausgeschaltet werden, um die Gesamtkorrelation nicht künstlich zu erhöhen. Dieses Vorgehen wurde systematisch für jedes einzelne Item durchgeführt. Im Anhang 6. sind die Daten nach Vergleichsgruppen sortiert dargestellt. Für den Ausgangspool aller Items wurde ein Cronbach Alpha von .71 für die taiwanesischen und von .47 für die deutsche Stichprobe errechnet. Für beide Populationen zusammen beträgt das Cronbach Alpha .65.

Angesichts der relativ schlechten Skalenwerte wurden Items mit unzureichenden Kennwerten aus dem Itempool entfernt. Hierbei wurden die von Borg & Staufenbiel (1993) aufgestellten primären und sekundären Kriterien für die Itemauswahl herangezogen. Danach waren bei der taiwanesischen Stichprobe sieben Items 2, 5, 11, 12, 13, 15, 21 herauszunehmen, während bei der deutschen Vergleichsgruppe weitere sieben Items die Auswahlkriterien nicht erfüllten. Gemäß den deutschen Itemwerten würden lediglich sieben von den ursprünglichen einundzwanzig Items im Itempool verbleiben, welche mit einer einzigen Ausnahme einheitlich psychosoziale Aspekte beinhalten. Da eine derart homogene Skala für die Fragestellung nicht inhaltlich valide sein konnte, wurde der Itemelimination ausschließlich die Itemindizes der taiwanesischen Gruppe zugrunde gelegt. Hier sei besonders anzumerken, dass die Itemselektion hauptsächlich auf die Optimierung der Itemcharakteristika des Rheuma-Ursachen-Fragebogens nach rein statistischen Überlegungen abzielte. Bei der Festlegung der Auswahlkriterien konnte das Niveau der inhaltlichen Heterogenität der Skala lediglich bedingt mitberücksichtigt werden. Um den Informationsverlust durch einen solchen primär rechnerischen Arbeitsvorgang für die gesamte Empirie zu minimieren, soll später, nach der Darstellung der qualitativen Ergebnisse, auf diese Items zurückgegriffen und die Adäquatheit der Itemelimination unter dem inhaltlichen Gesichtspunkt ausführlich diskutiert werden.

Insgesamt wurden aufgrund mangelhafter Itemcharakteristiken sieben Items eliminiert. Die Beschreibung einzelner Arbeitsschritte zur Itemauswahl ist im Anhang 7. zusammengefasst.

Vom ursprünglichen Itempool blieben im Rheuma-Ursachen-Fragebogen vierzehn Items. Es wurde schließlich ein Cronbach Alpha von .84 (stand.) für die taiwanesischen, von .50 (stand.) für die deutsche Stichprobe und ein Cronbach Alpha von .76 (stand.) für beide Stichproben errechnet. Der Wert der taiwanesischen Stichprobe kann als ausgesprochen zufriedenstellend bezeichnet werden (Borg & Staufenbiel, 1993). Die Daten zu den Itemcharakteristika des Rheuma-Ursachen-Fragebogens sind im Anhang 8. dargestellt.

Zusammenfassend besteht der eingesetzte Rheuma-Ursachen-Fragebogen aus 14 Items. Der Rheuma-Ursachen-Score indiziert mit höheren Werten eine entschiedener Verneinungstendenz gegenüber dem vorgelegten Fragebogen. Der Summescore kann von 14 (durchgängige Zustimmung zu den vorgelegten Fragen) bis hinauf zu 42 (durchgängige Verneinung der vorgelegten Fragen) variieren. Der theoretische Mittelwert liegt bei 28.0.

Zur Vereinfachung der Ergebnisdarstellung wurden die alten numerischen Itemcodes durch neue alphabetische Itemcodes ersetzt. Die Zuordnung der Itemcodes ist aus dem Anhang 9. zu entnehmen. Die Endversion des Rheuma-Ursachen-Fragebogens sieht wie folgt aus:

Tabelle II. 3.: Endversion des Rheuma-Ursachen-Fragebogens

Items	Das stimmt	Das ist möglich	Das stimmt nicht
a. Rheuma ist ein Teil des natürlichen Alterungsprozesses			
b. Rheuma kann man auch bekommen, wenn man häufig mit sich selber hadert und unzufrieden ist.			
c. Rheuma kann von einer Verletzung verursacht werden.			
d. Rheuma kann von kaltem oder feuchtem Klima verursacht werden.			
e. Rheuma kann auch dadurch verursacht werden, dass man mit seinen persönlichen Problemen nicht fertig wird.			
f. Rheuma kann von schlechter Ernährung verursacht werden.			
g. Rheuma kann von Drogen verursacht werden.			

Tabelle II. 3.: Endversion des Rheuma-Ursachen-Fragebogens (Fortsetzung)

h. Rheuma kann mitverursacht werden, wenn man von den alltäglichen Anforderungen in der Schule, im Beruf bzw. im Haushalt überfordert ist.			
i. Rheuma kann mitverursacht werden, wenn Harmonie in der Familie bzw. in der Partnerschaft fehlt.			
j. Rheuma kann von einer Infektion verursacht werden.			
k. Rheuma kann auch verursacht werden, wenn man mit seinen Mitmenschen nicht zurechtkommt.			
l. Rheuma kann man bekommen, wenn man oft nach dem Sport gleich mit kaltem Wasser duscht.			
m. Rheuma kann von Blutergüssen verursacht werden, die nicht auskuriert sind.			
n. Rheuma kann man auch bekommen, wenn man zu streng gegen sich selber ist.			

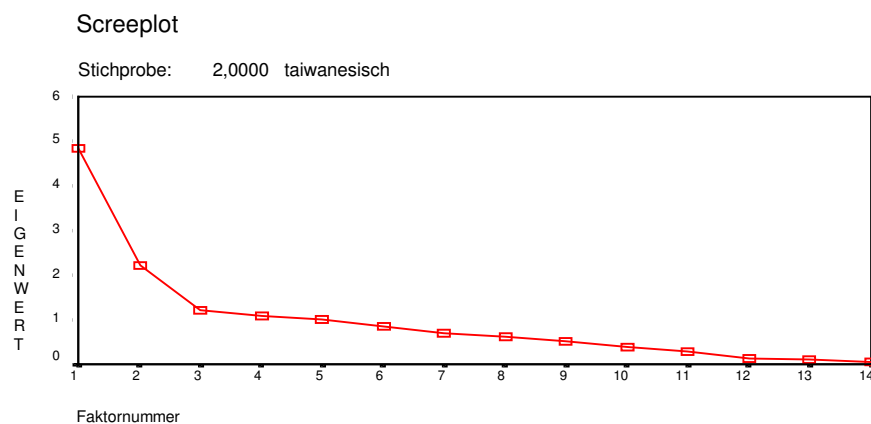
Weiterhin wurden Faktorenanalysen durchgeführt, um aus den einzelnen Items des Rheuma-Ursachen-Fragebogens übergeordnete Dimensionen zu extrahieren. Das Ziel ist insbesondere zu überprüfen, ob sich die bisher entdeckten Gruppenunterschiede hinsichtlich der inneren Konsistenz auch in der Anzahl und Art der extrahierten Faktoren und systematischen Faktorenladungen wiederfinden lassen, oder ob sich bisher unerkannte Zusammenhänge in Bezug auf die Ursachenvorstellungen von Alltagsmenschen über Rheuma aufdecken lassen. Vor diesem Hintergrund und nicht zuletzt angesichts der methodischen Einschränkungen (z.B. relativ kleine Stichproben, ordinales Messniveau der Skala) ist die heuristische, explorative Eigenschaft der Faktorenanalyse besonders zu betonen (vgl. Bortz, 1993).

Für die Bestimmung latenter Faktoren wurde die Variante der iterativen Hauptachsen-Faktorenanalyse und als Rotationsmethode eine Varimax mit Kaiser-Normalisierung eingesetzt. Die Faktorenanalyse wurde zunächst an der taiwanesischen Stichprobe durchgeführt. Angesichts der oben dargestellten, vergleichsweise deutlich schlechteren Ergebnisse der Itemanalyse bei der deutschen Stichprobe wurde eine separate Faktorenanalyse für die deutsche Vergleichspopulation anschließend durchgeführt, um Schlüsse über kulturell relevante Effekte zu ermöglichen bzw. um weitere Hypothesen zu generieren. Es wurde schließlich die Anzahl und Art der extrahierten Faktoren und eine

potentielle Systematik der Faktorenladungen geprüft. Einige Ergebnisse der Faktorenanalysen sind im Anhang 10. und 11. zusammengefasst.

Bei der taiwanesischen Stichprobe hat sich die Lösung mit zwei Faktoren als die ergiebigste erwiesen, welcher der folgende Screeplot nahelegt.

Abbildung II. 2. : Screeplot/ taiwanesisch



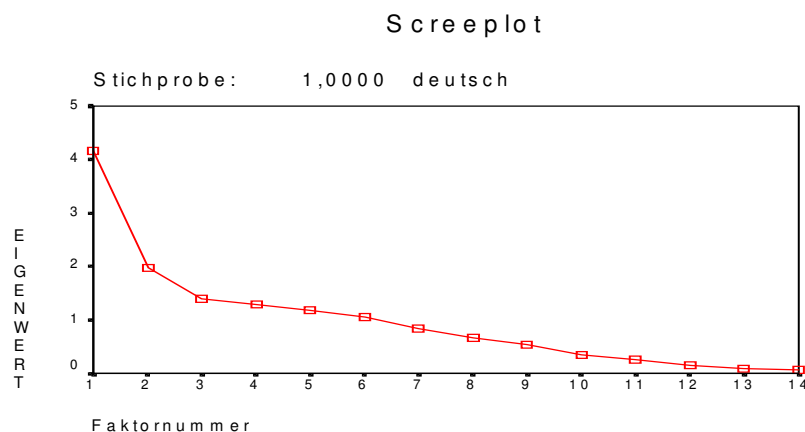
Der genauen Interpretation der Faktorenstruktur lag die rotierte Faktorenmatrix (siehe Anhang 10.c.) zugrunde. Hierbei wurden die Kriterien nach Guadagnoli & Velicer (1988) (vgl. Bortz, 1993) herangezogen. Demnach kann ein Faktor erst als interpretationswürdig angesehen werden, wenn mindestens 4 Variablen eine Ladung über .60 aufweisen oder wenn mindestens 10 Variablen Ladungen über .40 haben. Die am höchsten ladenden Variablen sind die „Markiervariablen“ für die Interpretation. In Bezug auf die taiwanesische Stichprobe kann der Faktor 1. als bedeutsam bezeichnet werden, auf den die Items b., e., i., k. und n. laden. Das Item n. ist die sog. Markiervariable. Der Faktor 1. wurde als „psychosozial“ etikettiert. Aus der Tabelle der erklärten Gesamtvarianzen (Anhang 10.a.) hervorgehend ist der Faktor 1. imstande, ca. 26.4 % der Gesamtvarianz zu interpretieren.

Hingegen erfüllt der Faktor 2. formell nicht die genannten Voraussetzungen. Es wurden indessen aus inhaltlichen Interessen die fünf höchst ladenden Items (Items c., d., f., l., m.

mit Ladungen $\geq .49$) herausgegriffen und deren thematische Akzentuierung analysiert. Bemerkenswerterweise handelte es sich hierbei, mit Ausnahme des Ernährungsaspektes, schwerpunktmäßig um äußere Einwirkungen physikalischer Art (Kälte, Nässe, Verletzungen etc.). Zusätzlich ließen sich größtenteils diese Items unter der Bezeichnung „kulturspezifisch/ taiwanesisch“ gruppieren. Unter methodischem Vorbehalt ist der Faktor 2 der taiwanesischen Gruppe daher als inhaltlich interpretierbar zu bewerten.

Bei der deutschen Stichprobe wurde angesichts des Kurvenverlaufs des Screeplots (Abbildung II. 3.) ebenfalls für eine Zwei-Faktoren-Lösung entschieden.

Abbildung II. 3.: Screeplot/ deutsch



Gemäß der Interpretationskriterien von Guadagnoli & Velicer (1988) (vgl. Bortz, 1993) laden die Items b., e., h., i., k. und n. auf den Faktor 1. Das Item i. ist die sog. Markiervariable. Der Faktor 1. wurde als ebenfalls "psychosozial" bezeichnet. Fast übereinstimmend wie der Faktor 1. der taiwanesischen Stichprobe kann der Faktor 1. der deutschen Vergleichsgruppe zur Erklärung von ca. 26.4 % der Gesamtvarianz beitragen.

Im Gegensatz dazu weisen beim Faktor 2. lediglich die Items f. und l. eine Ladung höher als .50 auf, während die restlichen Ladungen wesentlich gering bzw. negativ ausfielen. Eine inhaltliche Interpretation des Faktors 2. auf der Grundlage der vorliegenden

Matrixwerte ist fraglich und nicht aussagefähig. Diese Tatsache stellt zugleich die Angemessenheit einer Zwei-Faktoren-Lösung bei der deutschen Stichprobe in Frage.

Der faktorenanalytische Vergleich zwischen Taiwan und Deutschland wies in erster Linie auf die Existenz ähnlicher inhaltlicher Zusammenhänge zwischen den Items hin. So setzt sich der Faktor 1. für Taiwan aus denselben Items zusammen wie der Faktor 1. für Deutschland, mit Ausnahme des zusätzlichen Items h. bei Deutschland. Der Faktor 1. klärt zudem bei jeder Stichprobe jeweils eine identisch geringe Varianz von 26.4 % auf. Die Faktoren 2. der beiden Stichproben zeigen divergente Faktorenladungen und sind nicht miteinander vergleichbar.

Zusätzlich zur Überprüfung der eventuellen Gruppenunterschiede hinsichtlich des extrahierten Faktors 1. wurde aufgrund des ordinalskalierten Datenmaterials der nonparametrische U-Test nach Mann-Whitney durchgeführt. Es konnten schließlich keine signifikanten Unterschiede identifiziert werden (Prüfgröße-U: 353.00, Signifikanz: 0.136).

Im Hinblick auf die geringe Erklärungsstärke des „Psychosozialfaktors“ in den beiden Stichproben sind die faktorenanalytischen Ergebnisse insgesamt als wenig zufriedenstellend zu beurteilen. Der Faktor 2. der taiwanesischen Stichprobe ist zwar inhaltlich interpretierbar, die Gültigkeit der Interpretation ist aber aufgrund der ungenügenden Itemladungen deutlich eingeschränkt. Die bei den beiden Stichproben beinahe ein Dreiviertel der Gesamtvarianz betragende, unaufgeklärte Restvarianz widerlegt eindeutig eine hypothetische Eindimensionalität der vorliegenden Skala.

Allerdings lassen sich aus den auffallend ähnlichen Faktorenladungen der Faktoren 1. Hinweise auf die Gemeinsamkeiten zwischen den beiden Populationen ableiten. Dementsprechend kann mit Vorsicht angenommen werden, dass bezüglich des komplexen Merkmals „Ursachenvorstellungen über Rheuma“ in den untersuchten taiwanesischen und deutschen Populationen ein Indikator identifizierbar ist, welcher über eine fast übereinstimmende Faktorenstruktur verfügt und thematisch gleichermaßen psychosoziale Aspekte abdeckt. Warum jedoch ausgerechnet das Item h. trotz augenscheinlich vergleichbaren Inhalts bei der taiwanesischen Stichprobe nicht auf den Faktor 1 lädt, kann hier ohne zusätzliche Informationen nicht adäquat beantwortet werden. An einer späteren

Stelle dieser Arbeit soll ein Bezug zu den qualitativen Ergebnissen hergestellt werden, um mögliche Schlüsse darüber ziehen zu können.

Die Konstruktion des Rheuma-Ursachen-Fragebogens in dieser Arbeit wurde aus pragmatischen Gründen nach der Faktorenanalyse abgeschlossen und nicht weiter verbessert. Aufgrund der dargestellten statistischen Daten soll sich die Verwendung des Fragebogens in der vorliegenden Form vorab auf die taiwanesischen Population beschränken.

II. 3. Auswertung

II. 3.1. Aufbereitung des Datenmaterials

Die Rohdaten der Untersuchung lagen zunächst in Form von Tonbandaufzeichnungen der Interviews sowie von Fragebögen vor, wobei die Ersteren den Hauptteil der Datenanalyse bildeten. Bedingt durch die mediale Eigenschaft der auditiven Datenbasis musste sich der weitere Auswertungsvorgang auf die Ermittlung von rein verbalen Interaktionen zwischen der Interviewerin und den Interviewteilnehmern beschränken, während auf nonverbale Anteile der Daten keine Rücksicht genommen wurde. Als nächster Analyseschritt wurden die verbal erhobenen Daten zweier Sprachen in schriftliche Texte übertragen. Hierbei wurde zwecks Vollständigkeit eine wörtliche Protokollierung der Gesamtinterviewdaten in ihrer jeweiligen Sprache festgelegt. Da weniger die phonetischen Sprachfeinheiten, sondern primär die semantisch-inhaltliche Ebene des Datenmaterials im Vordergrund des Untersuchungsinteresses stand, kam bei der Transkription das Protokollprinzip „Übertragung in normales Schriftdeutsch“ zur Anwendung (vgl. Mayring 2002). Logischerweise erfolgte die Umsetzung dieser Regel bei den chinesischen Daten eher sinngemäß. Die angewandten Transkriptionsregeln (vgl. Mayring 1994, 2002) sind zusammengefasst im Anhang 12. dargestellt.

Die sprachliche Qualität der Transkription wurde dadurch kontrolliert, dass die schriftlichen Fixierungen der Tonbandaufnahmen jeweils direkt von einer taiwanesischen und deutschen Muttersprachlerin für die betreffenden Interviews vollzogen wurden. Es

wurde keine Übersetzung der Texte in die eine oder andere Richtung vorgenommen. Die Anonymisierung der Interviewteilnehmer erfolgte durch Vorgabe einer Codenummer einschließlich der Kennzeichnung der Kulturzugehörigkeit („t“ für Taiwan, „d“ für Deutschland) und des Geschlechts („w“ für weiblich, „m“ für männlich). Zur Veranschaulichung ist im Anhang 13. das Interviewprotokoll des Probanden „dm 01“ beispielhaft dargestellt.

Für die eigentliche Datenanalyse standen nach Vollendung der Transkription sowohl verbale als auch numerische Daten zur Verfügung. Im nächsten Abschnitt werden die einzelnen qualitativen und statistischen Auswertungsmethoden ausführlich erläutert.

II. 3.2. Auswertungsmethoden

Die aufbereiteten verbalen Daten unterlagen im weiteren Verlauf zwei Auswertungsprozeduren: Zwecks Strukturierung und Ordnung aussagerelevanter Aspekte aus der Datenbasis erfolgte die Datenanalyse zunächst nach dem Ansatz der Grounded Theory (Glaser und Strauss, 1998, Strauss und Corbin, 1996). Als Auswertungsergebnis entstand hierbei ein umfangreiches Kategoriensystem. Anschließend wurden in Anlehnung an die Methode der typisierenden Strukturierung nach Mayring (1997) Typen entlang der ausgewählten Relevanzmerkmale gebildet. In diesem Abschnitt werden beide Ansätze in allgemeiner Form dargestellt. Die konkrete Beschreibung einzelner qualitativer Auswertungsschritte findet sich im Abschnitt II. 3.3..

Die statistischen Verfahren zur Analyse numerischer Daten werden in Anschluss an die qualitativen Methoden kurz skizziert.

II. 3.2.1. Qualitative Auswertungsmethoden

II. 3.2.1.1. Der Ansatz der Grounded Theory nach Glaser und Strauss

Der Ansatz der Grounded Theory als eine qualitative Methodologie zeichnet sich durch eine Vielzahl ausführlich formulierter Verfahren aus, welche die systematische Ableitung

einer gegenstandsverankerten Theorie auf der Grundlage des erhobenen Datenmaterials unterstützen. Das Hauptmerkmal liegt in der zielgerichteten interaktionellen Auseinandersetzung mit verfügbaren Daten, an deren Ende sich eine auf Daten gestützte Theorie ergibt (vgl. Strauss & Corbin 1998, S. 162.)

Die Kernstrategie zur Generierung der Grounded Theory ist die komparative Analyse (vgl. Glaser & Strauss, 1998, S.111). Damit ist ein analytischer Vorgang gemeint, in welchem die in Daten auftretenden Phänomene und Vorkommnisse ständig aufeinander bezogen und miteinander auf ihre Gemeinsamkeiten und Differenzen hin verglichen werden. Mittels „theoretischer Samplings“ sind neue Datenquellen als Ergänzungs- oder Kontrastfälle gezielt auszuwählen, um die sich entwickelnde Theorie zu klären bzw. zu differenzieren. Eine Theorie gilt dann als gesättigt und vollendet, wenn keine zusätzlichen Informationen für eine weitere Veränderung der Theorie gewonnen werden können. Insofern stellen Datenerhebung und Datenanalyse im Ansatz der Grounded Theory keine klar voneinander trennbaren bzw. zeitlich separat erfolgenden Arbeitsschritte dar, vielmehr überschneiden sie sich im gesamten Forschungsprozess (Glase & Strauss, 1998, Strauss & Corbin, 1996, Mayring, 2002, Cropley, 2002, Wiedemann, 1991).

Unter dem Begriff „theoretisches Kodieren“ sind Vorgehensweisen subsumiert, durch die Daten „aufgebrochen, konzeptualisiert und auf neue Art zusammengesetzt werden.“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 39). Mittels drei miteinander kombinierbarer Kodierverfahren ist die Zunahme des Abstraktionsgrads zu gewährleisten: Offenes, axiales und selektives Kodieren. Um die Kategorien und die zugehörigen Unterkategorien zu identifizieren sowie diese im nächsten Schritt miteinander in Beziehung zu setzen, ist das sogenannte Kodierparadigma einzusetzen. Mit Hilfe dessen lassen sich die folgenden Merkmale mit dem Phänomen (Kategorie) verknüpfen: Ursächliche Bedingungen, Kontext, intervenierende Bedingungen, Handlungs- und Interaktionsstrategien und Konsequenzen.

Während im offenen Kodieren der Umgang mit den Daten noch primär induktiv ist, nimmt ein deduktives Denken im Verlauf der Theorieentwicklung deutlich zu. Spätestens beim axialen Kodieren sind die identifizierten Kategorien und die aufgestellten Beziehungen ständig an den neuen Fällen bzw. wieder zurück in den bereits bearbeiteten Daten zu verifizieren. Dies setzt sich im selektiven Kodieren auf einem noch höheren Abstraktionsniveau fort und mündet schließlich in eine provisorische theoretische

Formulierung oder aber in eine gut integrierte Theorie. Zusammenfassend ermöglicht die Kombination eines induktiven und deduktiven Herangehens im Rahmen der Grounded Theory, „ein tieferes Verständnis von Inhalt und Gehalt des Texts jenseits seiner Paraphrase und Zusammenfassung zu entwickeln.“ (Flick, 1998a, S.204).

In zweierlei Hinsicht unterscheidet sich das vorliegende Forschungsdesign von der „klassischen“ Form der Grounded Theory: Erstens, im Gegensatz zum prozessualen Charakter des theoretischen Samplings wurde die Rekrutierung der taiwanesischen und deutschen Stichproben innerhalb eines begrenzten Zeitraums in beiden Ländern abgeschlossen. Methodisch hat dies zur Folge, dass die Datenerhebung und die Datenanalyse in ihrem zeitlichen Ablauf nicht parallel, sondern separat erfolgten. Der zweite Aspekt betrifft die Zielstellung der Untersuchung. Als Forschungsziel wurde eine Vorarbeit zu einer gegenstandsangemessenen Theorie mittlerer Reichweite definiert. Statt eine stringent konzeptualisierte Theorie als Forschungsziel anzustreben, trägt der Ansatz der Grounded Theory in der vorliegenden Arbeit dazu bei, eine „konzeptuelle Ordnung“ (Strauss u. Corbin, 1996 S.17) bzw. systematische Strukturierung der erhobenen Datenfülle herzustellen.

II. 3.2.1.2. Typisierende Strukturierung nach Mayring

Die typisierende Strukturierung nach Mayring (1997) wird unter der Methode der strukturierenden Inhaltsanalyse subsumiert und hat zum Ziel, auf einer Typisierungsdimension besonders markante oder typische Ausprägungen im Datenmaterial herauszuarbeiten und diese anschließend an Beispielen repräsentativer Prototypen zu explizieren (zur Bedeutung von Prototypen auch vgl. Wiedemann, 1986, S. 141). Typisierungen sind nach Straub (1990) „synthetisierende Interpretationsleistungen“, durch die Ähnlichkeiten und Unterscheidungen zwischen individuellen Phänomenen mittels Vergleichsbildung einzelner Fälle artikuliert werden. Unter ökonomischen Gesichtspunkten wird auf einen als besonders auffällig bewerteten Ergebnisteil im Auswertungsprozess fokussiert, während Auseinandersetzungen mit den restlichen Daten weitgehend ausbleiben.

Zur Bestimmung der typischen oder markanten Merkmale schlägt Mayring drei Kriterien vor: Erstens, „besonders extreme Ausprägungen“, zweitens, „Ausprägungen von hohem theoretischem Interesse“, oder drittens, „besonders häufig vorkommende Ausprägungen“.

In dieser Arbeit wurde bei der Kategorisierung nicht von den Ablaufschemata der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (1997) Gebrauch gemacht, vielmehr wurde das Kategoriensystem hauptsächlich nach dem Ansatz der Grounded Theory konstruiert. Das Verfahren der Typenbildung schloss unmittelbar an die Fertigstellung des Kategoriensystems an, um die Gesamtergebnisse einer weiteren Kondensation zu unterziehen.

II. 3.2.2. Statistische Auswertungsmethoden

Die statistische Datenanalyse erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows, Version 11.0.

Über die deskriptivstatistischen Verfahren zwecks Bestimmung der Grundcharakteristika der erhobenen Daten hinaus (siehe Tab. II. 5) wurden inferenzstatistische Analysen durchgeführt. Zur Überprüfung des Gruppenvergleichs zwischen Taiwan und Deutschland hinsichtlich ihrer zentralen Tendenzen wurde aufgrund der ausschließlich ordinalen und im Wesentlichen nicht normalverteilten Daten ein verteilungsfreies Verfahren, hier der nichtparametrische U-Test von Mann-Whitney, angewandt. Da bei den beiden Fragebögen zu *Erfahrungshintergrund* und *Mortalität* mit je drei Antwortmöglichkeiten ein Mittelwertvergleich wenig sinnvoll ist, wurde hier ein Chi²-Test durchgeführt.

Trotz der mehrfach beschriebenen eingeschränkten statistischen Voraussetzungen der vorliegenden Daten, wurde bei allen vorgestellten Items der Erhebungsinstrumente, ausschließlich der Fragebögen zu Erfahrungshintergrund und Mortalität, versuchsweise ein Powertest zur Ermittlung der Effektstärke und Power berechnet. Als Signifikanzniveau wurde $\alpha = 0.05$ gewählt. Das Ergebnis der Poweranalyse sollte nicht als absolute Größe

gewichtet werden, vielmehr lieferte es zusätzliche Referenzwerte gegenüber dem Ergebnis des Unterschiedstests.

II. 3.3. Auswertung der Interviewdaten

Im Folgenden werden die Entscheidungs- und Auswertungsschritte der qualitativen Datenanalyse dargestellt.

II. 3.3.1. Theoriegeleitetheit der Datenauswertung

Die theoretische Orientierung der Untersuchung (siehe Abschnitt II. 2.3.1.) wirkte sich nicht nur bei der Zielrichtung der Datenerhebung aus, sondern dieser wurde konsequenterweise auch im Fokus der Datenauswertung Rechnung getragen. Insgesamt kann die Datenauswertung als „theoriegeleitet“ (Cropley, 2002, S. 124) bezeichnet werden, wobei eine ausgewogene Kombination von deduktiven und induktiven Herangehensweisen realisiert wurde.

II. 3.3.2. Definition der Analyseeinheiten

Die Zerlegung der einzelnen Textteile zur Bestimmung der Analyseeinheiten wird innerhalb der qualitativen Inhaltsanalyse als notwendig erachtet. Mayring (1995) definiert eine *Kodiereinheit* als den kleinst auszuwertenden Textbestandteil, der unter einer Kategorie gefasst werden kann und schlägt vor, diese vor der eigentlichen Datenanalyse festzulegen. Bezüglich der Festlegung der Einheiten spricht sich Rustemeyer (1992) für einen flexiblen Umgang zwischen rein formaler und rein inhaltlicher Extremausprägung aus und empfiehlt bei komplexen Interviewtexten, sich an relevanten Leitfragen zu orientieren. (vgl. Rustemeyer, 1992, S. 75).

Im Gegensatz zum inhaltsanalytischen Verfahren erfolgt die Definition der Analyseeinheiten im Rahmen der Grounded Theory nicht als ein isolierter Schritt, sondern sie ist unmittelbar in dem Konzeptualisieren der Daten eingeschlossen. Mit Konzeptualisieren ist „das Herausgreifen einer Beobachtung, eines Satzes, eines Abschnitts und das Vergeben von Namen für jeden einzelnen darin enthaltenen Vorfall, jede Idee oder jedes Ereignis“ gemeint (Strauss und Corbin, 1996, S.45). Demzufolge sind Konzepte die grundlegenden Analyseeinheiten in der Grounded Theory, welche sich ohne eine explizite Einheitsdefinition vorab direkt im Kodierprozess herausfinden lassen.

In dieser Arbeit wurde in Anlehnung an die Grounded Theory auf eine formale Festlegung von Analyseeinheiten im Vorfeld verzichtet. Je nach inhaltlicher Relevanz können sich Konzepte sowohl aus Wörtern, Sätzen, Absätzen wie auch aus einem kompletten Antwortabschnitt zu einer These entwickeln.

II. 3.3.3. Kodierung und Kategorisierung

Die insgesamt sechzig Interviewprotokolle bildeten die Grundlage der Kodierung und Kategorisierung, welche in die Konstruktion eines gemeinsamen Kategoriensystems für die taiwanesischen und deutschen Stichproben mündete. Das komplette Textmaterial wurde ohne vorhergehende Textreduktion herangezogen. Der praktische Vorgang der Kategorisierung entsprach im Wesentlichen dem Ansatz der oben skizzierten Grounded Theory nach Glaser und Strauss (1998).

Das „Aufbrechen“ von Textmaterial im Sinne eines offenen Kodierens (vgl. Strauss und Corbin, 1996, S. 39) wurde zu Beginn der Datenanalyse an je drei taiwanesischen und deutschen Interviewprotokollen vorgenommen. Die Auswahl der Interviewprotokolle erfolgte zufällig. Der Gliederung des teilstandardisierten Interviewleitfadens wurden neun Themenbereiche entnommen, die dem Anfangsgerüst des zu entwickelnden Kategoriensystems dienen: *Begriffliche Klärung, Erfahrungshintergrund, Assoziationen über Krankheit, Ätiologie, Krankheitsauswirkungen, Behandlung bzw. Selbstmanagement, Krankheitsverlauf, Quellen der Information und Fragen zum Krankheitsbegriff*. Den einzelnen Benennungen dieser Teilbereiche wurde der Status der vorläufigen Kategorie

verliehen. Anhand dessen wurde jedes Interviewprotokoll zunächst in neun inhaltliche Abschnitten grob unterteilt. Jeder Abschnitt beinhaltete in der Regel Antworten auf die dazugehörigen Interviewfragen. Auf diese Art und Weise wurden aus einem umfangreichen Interviewprotokoll kleinere Bedeutungseinheiten gebildet, die in das anschließende Kodierverfahren einbezogen wurden. Hier sei besonders anzumerken, dass derartige Strukturierungsbemühungen primär dem Forschungsinteresse dienlich sind und nicht zwangsläufig der Denkweise der Alltagsmenschen entsprechen. Dies zeigte sich insbesondere, als die Befragten trotz der Fokussierungshilfe der Interviewfragen vielmehr „nach ihrer eigenen Logik und Relevanzeinschätzung“ antworteten und dabei nicht selten die eigentliche Fragestellung vernachlässigten. Da in dieser Arbeit die inhaltlichen Aspekte der Äußerungen im Vordergrund stehen, wurde weder die Reihenfolge noch die Art der Äußerungen bei der Datenauswertung mitberücksichtigt.

Anschließend wurden die sechs Interviewprotokolle sukzessiv Abschnitt für Abschnitt durchgearbeitet. Hierzu kam das offene Kodieren zur Anwendung, durch welches die zentralen Botschaften der jeweiligen Phänomene aus den vollständigen Textstellen herausgegriffen und zu sogenannten Konzepten abstrahiert wurden. Gleichzeitig erfuhren die schriftlichen Daten eine starke Textreduktion und wurden zu einer Vielzahl von Konzepten verdichtet.

Zur Veranschaulichung der beschriebenen Vorgehensweise wird im Folgenden das Beispiel des Themenbereichs „Begriffliche Klärung“ bei der Probandin DF-7 angeführt: Auf die Eingangsfrage des Interviews, „Was verstehen Sie unter dem Begriff Rheuma?“ antwortete sie zuerst:

„Rheuma ist eine Erkrankung, die hauptsächlich die Gelenke betrifft // und wobei, glaube ich, eine Deformierung an den Gelenken vorstatten geht, // sehr schmerzhaft //und soweit ich weiß, glaube ich, die Ursache auch unbekannt ist von Rheuma. Man vermutet, glaube ich, irgendwelche Antikörperreaktion und eventuell, dass es vererbbar ist, aber die richtige Ursache ist, soweit ich weiß, unbekannt.“

Dieser kurze Absatz wurde in vier Analyseeinheiten unterteilt (markiert durch Doppelschrägstriche), denen der Reihe nach zunächst die Konzepte *Lokalisation*,

Physiopathologie, Symptomatik und ursächliche Bedingungen zur Krankheitsentstehung zugeordnet wurden. Weiter fügte die Probandin hinzu:

„Betrifft meines Wissens eher Leute mittleren Alters, so um die vierzig herum beginnend.“

Dieser Phrase wurde dann das Konzept *Patientenmerkmale* vergeben.

Mit jedem Interviewabschnitt bzw. jedem Interviewprotokoll wurde eine zunehmend größere Anzahl von Konzepten herausgearbeitet, die im Fortgang der Datenanalyse ständig aufeinander bezogen und miteinander verglichen wurden. Inhaltlich ähnliche bzw. identische Analyseeinheiten wurden unter denselben Konzepten zu fassen versucht. Daraus ergaben sich in der praktischen Durchführung mehrere Anpassungsvarianten für die bestehenden Konzepte an neuen Textteilen:

- 1) Umbenennung der konzeptuellen Bezeichnungen zur besseren inhaltlichen Übereinstimmung zwischen den Konzepten und den Textinhalten (Phänomenen).
Beispiel: „organische Veränderungen“ wurde durch „Physiopathologie“ ersetzt.
- 2) Differenzierung der Konzepte in Richtung niedrigeres Abstraktionsniveau (z.B. dimensionale Ausprägungen oder Eigenschaften als Subkonzepte).
Beispiel: „Alter“, „Geschlecht“ und „Berufsgruppen“ wurden unter dem Konzept „Patientenmerkmal“ subsumiert.
- 3) Gruppierung und Benennung der als thematisch zu demselben Phänomen gehörig bewerteten Konzepte auf höherer Abstraktionsebene zu einer neuen Kategorie.
Beispiel: „Art“, „Symptomatik“, „Intensität“, „Lokalisation“, „Behandelbarkeit“, „Bedrohlichkeit“, „Patientenmerkmale“ etc. wurden unter der Kategorie „Begriffliche Klärung von Rheuma“ zusammengefasst.

Die so gebildeten Kategorien zeichnen sich durch ein deutlich höheres Abstraktionsniveau aus und „besitzen konzeptuelle Stärke, weil sie in der Lage sind, andere Gruppen von Konzepten oder Subkategorien in ihrem Umkreis zusammenzufassen.“ (S. 47). Weitere Abstraktionsebenen wurden später erreicht, indem Kategorien wiederum zu

Oberkategorien bzw. Oberkategorien zu Hauptkategorien gebündelt wurden. In der Fortentwicklung des Kategoriensystems kristallisierte sich somit eine hierarchische Ordnung mit mehreren Kategorienebenen heraus.

Das Ergebnis der Kodierung und Kategorisierung an den anfänglichen sechs Interviewprotokollen stellte das vorläufige Kategoriensystem dar, das anhand der restlichen Interviewdaten erweitert und verifiziert wurde. Aus organisatorischen Gründen wurden danach zunächst die deutschen und später die chinesischen Daten bearbeitet. Sinnbildlich betrachtet vollzog sich der Vorgang der Kategorisierung nach dem Muster eines „zirkulären Prozesses“ (Lietz, 2001, S. 31): Während aus den Textdaten heraus einzelne Subkategorien und Kategorien erarbeitet und unter ständigem Vergleich zueinander in Relation gesetzt sowie zu einem vorläufigen Kategoriensystem geordnet wurden, wurde dieses sogleich an den weiter zu kodierenden Texten überprüft und eventuelle Modifizierungen durchgeführt. Anhand der Neuversion des Kategoriensystems wurde wiederum die zuvor bearbeiteten Textabschnitte nochmals überarbeitet und dessen Adäquatheit kontrolliert. So durchliefen die früher bearbeiteten Interviewabschnitte und Interviewprotokolle wiederholte Überprüfungsprozeduren, bis zur Vollendung des entgültigen Kategoriensystems.

Parallel zum offenen Kodieren fand auch das axiale Kodieren statt, welches die Ergebnisse des offenen Kodierens neu miteinander in Beziehung setzt und dabei vor allem die Verknüpfungen zwischen den Kategorienebenen ermittelt. In Anlehnung an das paradigmatische Modell nach Strauss und Corbin (1996, S. 78) wurden in der Datenanalyse Kategorien und Subkategorien (Konzepte und Subkonzepte) in ihrer Eigenschaft als *Intervenierende Bedingungen*, *Dimensionen*, *Spezifitäten*, *Konsequenzen* oder *Beispiele* identifiziert und in einer komplexen Form wieder zusammengefügt. Die Auswahl dieser Paradigmen lag in der notwendigen Präzisierung des Kategoriensystems begründet und ergab sich mitten im Prozess der Kategorisierung. Im Folgenden werden sie anhand von konkreten Kodierbeispielen expliziert:

- 1) *Intervenierende Bedingungen (IB)*: Breite und allgemeine Faktoren, die fördernd oder hemmend auf ein bestimmtes Phänomen selbst oder auf Handlungen oder Interaktionen einwirken, die sich auf dieses Phänomen beziehen.

Beispiel: „Individueller Unterschied“, „Krankheitsverlauf/ -dauer“, „Glaube“, „Verträglichkeit der Medikamente“, „Beweglichkeit der Betroffenen“ und „Qualität der Behandlung“ wurden als intervenierende Bedingungen zu „Effektivität der Behandlung“ identifiziert.

2) Dimensionen (D): Ausdehnungen eines Phänomens nach Zeit, Raum, Intensität oder Ausmaß.

Beispiel: „niedrig- selektiv- hoch“ als eine Dimension zu „Compliance gegenüber ärztlicher Behandlung“

3) Spezifitäten (S): Beschreibungen zu charakteristischen Besonderheiten eines Phänomens.

Beispiel: „Dauerhafte Behandlungseffekte“ und „Höhere Beliebtheit/ Popularität in Taiwan“ als Spezifitäten für „Traditionelle chinesische Medizin“

4) Konsequenzen (K): Ergebnisse oder Resultate von Handlungen und Interaktionen.

Beispiel: „Förderung der Durchblutung“ als Konsequenz für „Mäßiger Alkoholkonsum“

5) Beispiele (Bsp): Exemplarische Nennungen von Namen, Begriffen, Gegenständen oder Handlungsweisen etc..

Beispiel: „Gicht“, „Arthrose“, „Arthritis/ Polyarthrits“, „Schleimbeutelentzündung“ etc. als Beispiele für „Mangelnde inhaltliche Abgrenzung zu anderen Krankheitsbegriffen“

Die Durchführung des selektiven Kodierens zwecks Identifizierung der sogenannten Kernkategorie (Strauss und Corbin, 1996, S. 94) erübrigte sich nach dem Abschluss der bisherigen Kodiervorgänge, da „Alltagswissen über Rheuma“ als zentraler Untersuchungsgegenstand von Beginn an feststand.

Wie bereits erwähnt, durchlief das Kategoriensystem vor dessen Vollendung eine Vielzahl von Umstrukturierungs- bzw. Revidierungsprozeduren. Insgesamt beanspruchte der Kategorisierungsablauf mehrere Monate intensive Teamarbeit mit einer chinesischen und einer deutschen Kodiergruppe. Es wurde schließlich ein für die beiden Populationen geltendes Kategoriensystem erarbeitet, wobei die gruppenspezifischen Ergebnisse gesondert gekennzeichnet sind. Die entgültige Version des Kategoriensystem liegt

ausschließlich in deutscher Sprache vor. Dieses umfasst eine siebenstufige Hauptstruktur und eine Nebenstruktur und wird im nachfolgenden Ergebnisteil eingehend dargestellt.

II. 3.3.4. Typenbildungen

Bereits während des Kodiervorgangs stachen innerhalb der einzelnen Vergleichspopulationen immer wieder musterhafte Aussagen unter den Interviewprotokollen hervor, die auf typenspezifische Antworttendenzen hindeuteten. Direkt in Anschluss an die Entwicklung des Kategoriensystems wurde auf diese Beobachtung mit Hilfe der typisierenden Methodik nach Mayring (1997) näher eingegangen. Dabei wurden die Kodiererergebnisse der einzelnen Interviews solange nach ihrer Ähnlichkeit oder Zusammengehörigkeit beurteilt und miteinander verglichen, bis schließlich Typisierungsdimensionen aufgrund markanter Ausprägungsunterschiede im Datenmaterial wie auch deren Ausprägungen identifiziert werden konnten. Es handelte sich um insgesamt fünf Einschätzungsmerkmale mit je zwei bis drei Ausprägungen, die als Unterscheidungskriterien für die Typenbildung herausgegriffen wurden:

Tab. II. 4.: Unterscheidungskriterien und deren Ausprägungen für die Typenbildung

Unterscheidungskriterien		Ausprägungen		
Bedrohlichkeit der Krankheit		keine	mittel	hoch
Beeinflussbarkeit der Krankheitsentstehung		gering	mittel	hoch
Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs	durch Behandlung	gering	mittel	hoch
	durch Selbstmanagement	gering	mittel	hoch
Traditionelle ursächliche Vorstellungen		Ohne		mit

Die Anzahl der Ausprägungen leitete sich vornehmlich aus der Ausstattung der erarbeiteten dimensional Paradigmen im Kategoriensystem ab. Die Auswahl der

Kriterien „Bedrohlichkeit der Krankheit“ und „traditionelle ursächliche Vorstellungen“ erfolgte in erster Linie aus der Feststellung, dass sich die Reaktionen der Befragten auf die betreffenden Fragen - insbesondere bei der taiwanesischen Gruppe – hinsichtlich der Antwortrichtungen auffällig polarisierten. Was die Bedrohlichkeitseinschätzung betrifft, ist hier, in Abgrenzung zur eher rationalen, kognitiven Bewertung der Ernsthaftigkeit der Krankheit, besonders auf die primär emotionale Konnotation hinzuweisen. Zahlenmäßig konnte in diesem Zusammenhang bei 20 Taiwanesen „nicht bedrohlich“ und bei 10 von ihnen „mittel bis hoch bedrohlich“ kodiert werden. Dagegen schätzten die deutschen Probanden Rheuma einheitlich als „mittel bis hoch bedrohlich“ ein.

Das Kriterium „traditionelle ursächliche Vorstellungen“ ist als solches nicht im Kategoriensystem vorhanden, sondern es wurde speziell für die Typenbildung aus den Konzepten wie Nässe, Kälte, Wetterumschwung, Auswirkungen alter Körperverletzungen und sonstigen volkstümlichen ätiologischen Ideen zusammengesetzt. Im Kategorisierungsprozess stellte es sich sehr deutlich heraus, dass mit lediglich zwei Ausnahmen fast alle taiwanesischen Probanden (N=28) diesbezügliche Angaben machten. Bei der deutschen Stichprobe verhielten sich die Antworttendenzen gleichmäßiger: 13 Deutsche brachten vergleichbare Vorstellungen mit der Krankheitsentstehung von Rheuma in Zusammenhang, während 17 von ihnen dies nicht taten.

Indessen wurden die Kriterien der Beeinflussbarkeit auf den Ebenen der Krankheitsentstehung und des Krankheitsverlaufs durch Behandlung bzw. durch Selbstmanagement hauptsächlich aufgrund ihrer theoretischen Relevanz ausgewählt. Vor allem in Bezug auf die Einschätzung der Bedrohlichkeit warf sich hier die Frage auf, ob und auf welche Art und Weise die subjektiv empfundenen Einfluss- bzw. Kontrollmöglichkeiten gegenüber einer Krankheit von einer derartigen Bewertung abhängen.

Entlang den oben genannten Kriterien als Konstruktionsprinzipien für die Typen wurden danach die Interviewfälle entsprechend ihrer Antwortweise geordnet. Zugunsten des transkulturellen Vergleichs wurden hierbei die taiwanesischen und deutschen Fälle getrennt bearbeitet. Am Ende der Typenbildung wurde jeder Typ anhand eines Typnamens repräsentiert und charakteristisch bestimmt. Um die Prägnanz der Typen zu optimieren bzw. um die nicht eindeutig zuordenbaren Grenzfälle zu organisieren, wurden bei Bedarf

innerhalb der Typen Untertypen gebildet, die jeweils mit einer inhaltlichen Definition belegt wurden. Im Ergebnisteil werden die einzelnen Typen bzw. Untertypen dargestellt und ein Gruppenvergleich zwischen den beiden Stichproben aufgestellt. Anschließend werden prototypische Fallbeschreibungen zu den jeweiligen Haupttypen dargestellt.

II. 3.3.5. Qualitätskontrolle der Datenauswertung

Die Qualitätskontrolle der Datenanalyse fand auf zwei Ebenen statt:

Erstens wurden zur praktischen Kodierung der umfangreichen schriftlichen Daten in chinesischer und deutscher Sprache zwei Kodierteams gebildet, die jeweils aus zwei Muttersprachlern und der Autorin bestanden. Die Mitglieder der Teams waren entweder bereits gut in qualitativen Forschungsmethoden ausgebildet, oder sie wurden intensiv für das Kodierverfahren eingeschult. Die Teams trafen sich in regelmäßigen Zeitabständen, um inhaltliche Diskussionen um die individuellen Textpassagen zu führen, Konzepte bzw. Kategorien zu entwickeln und nicht zuletzt das Kategoriensystem anhand von neuen Interviewfällen zu vervollständigen. Die Einrichtung der Kodierteams war insofern unerlässlich, als dass Interpretation eine wesentliche Komponente der qualitativen Datenanalyse darstellt (vgl. Strauss und Corbin, 1996, S. 40) und naturgemäß der Subjektivität der Untersucher unterliegt. Die Konsequenz daraus ist, dass Kategorisierung nicht absolut und nicht immer eindeutig ist (vgl. Wiedemann, 1986, S. 141). Der Sinn und Zweck der Kodierteams war daher besonders in ihrer Qualität als ein Interpretationsforum zu sehen, deren zentrale Aufgabe darin bestand, auf der Basis des Gruppenkonsenses intersubjektiv plausible und inhaltlich prägnante Kategorien zu erarbeiten. Somit wurde versucht, die Willkürlichkeit und Beliebigkeit des Kodiervorgangs durch die kommunikative Validierung von Interpretationen mit den Kodierteams weitgehend gering zu halten sowie die Logik und Glaubwürdigkeit der Kodiererergebnisse zu gewährleisten (vgl. Cropley, 2002, S. 36, Flick, 1998a, S. 252).

Die Verfahrensrationalität und die Interrater-Reliabilität wurden nochmals erhöht, indem zweitens die Zwischenergebnisse aus den Kodierteamsitzungen regelmäßig auf dem interdisziplinären Kolloquium zum Thema „Qualitative Forschungsmethoden“ unter der

Leitung von Frau Dr. Wilke in der Abteilung für Innere Medizin II an der Universität Heidelberg vorgetragen wurden. Dieses Kolloquium diente vor allem zur methodischen Qualitätssicherung, insbesondere wurde auf die Einhaltung von strengen Gütekriterien innerhalb der qualitativen Forschungsrichtung Wert gelegt. Im Sinne von „peer debriefing“ nach Lincoln und Guba (1985) (vgl. Flick, 1998a, S. 252) fanden in diesem Setting Besprechungen mit einer wechselnden Gruppe nicht direkt an der Untersuchung beteiligter Kollegen statt, die der Autorin halfen, „die eigenen blinden Flecken aufzudecken“ (vgl. Flick, 1998a, S. 252). Orientiert an einem methodischen „Überprüfungspfad“ (vgl. Flick, 1998a, S.252) wurden in diesem Setting sämtliche Arbeitsvorgänge unter die Lupe genommen, welche die folgenden Bereiche umfassen:

- Datenerhebung und Datenaufzeichnung
- Prozedere und Ergebnisse der Datenreduktion (z.B. in Form von Zusammenfassungen, Notizen, Kurzdarstellungen von Fällen etc.)
- Datenrekonstruktion anhand der Struktur von entwickelten Kategorien sowie laufende Ergebnisdarstellung
- Prozessnotizen
- Informationen über die Entwicklung der Untersuchungsinstrumente sowie konkrete Untersuchungspläne.

Das Hauptziel diese Überprüfung war eindeutig in der Herstellung der Vertrauens- und Glaubwürdigkeit der Untersuchungsergebnisse zu sehen, welche als Beurteilungskriterien der qualitativen Forschung herangezogen werden. Während des Überprüfungsprozesses wurden gleichzeitig folgende wesentliche Fragen zu beantworten versucht (vgl. Flick, 1998a, S. 252):

- Sind die Erkenntnisse in den Daten begründet?
- Sind die Schlüsse logisch?
- Ist die Kategorienstruktur adäquat?
- Sind die methodischen Entscheidungen gerechtfertigt?
- Wie hoch ist das Ausmaß der Erkenntnisverzerrung durch die Forscherin?
- Sind Strategien zur Erhöhung der Glaubwürdigkeit eingesetzt? Wenn ja, welche?

Insgesamt wurden im Rahmen des Kolloquiums ausreichend Gelegenheiten geboten, wiederholt auf die ursprünglichen Fragestellungen zurückzugehen, über die Entwicklungsfortschritte des Kategoriensystems zu reflektieren, Querverbindungen zwischen den Ergebnissetappen herzustellen sowie das weitere Vorgehen genau zu planen. Nicht zuletzt veranlasste das Kolloquium die Autorin immer wieder aufs Neue, eine Vogelperspektive über den gesamten Forschungsstand einzunehmen und sich auf das Wesentliche zu konzentrieren.

Teil III.: Ergebnisse

III. 1. Ergebnisse der Interviewauswertung

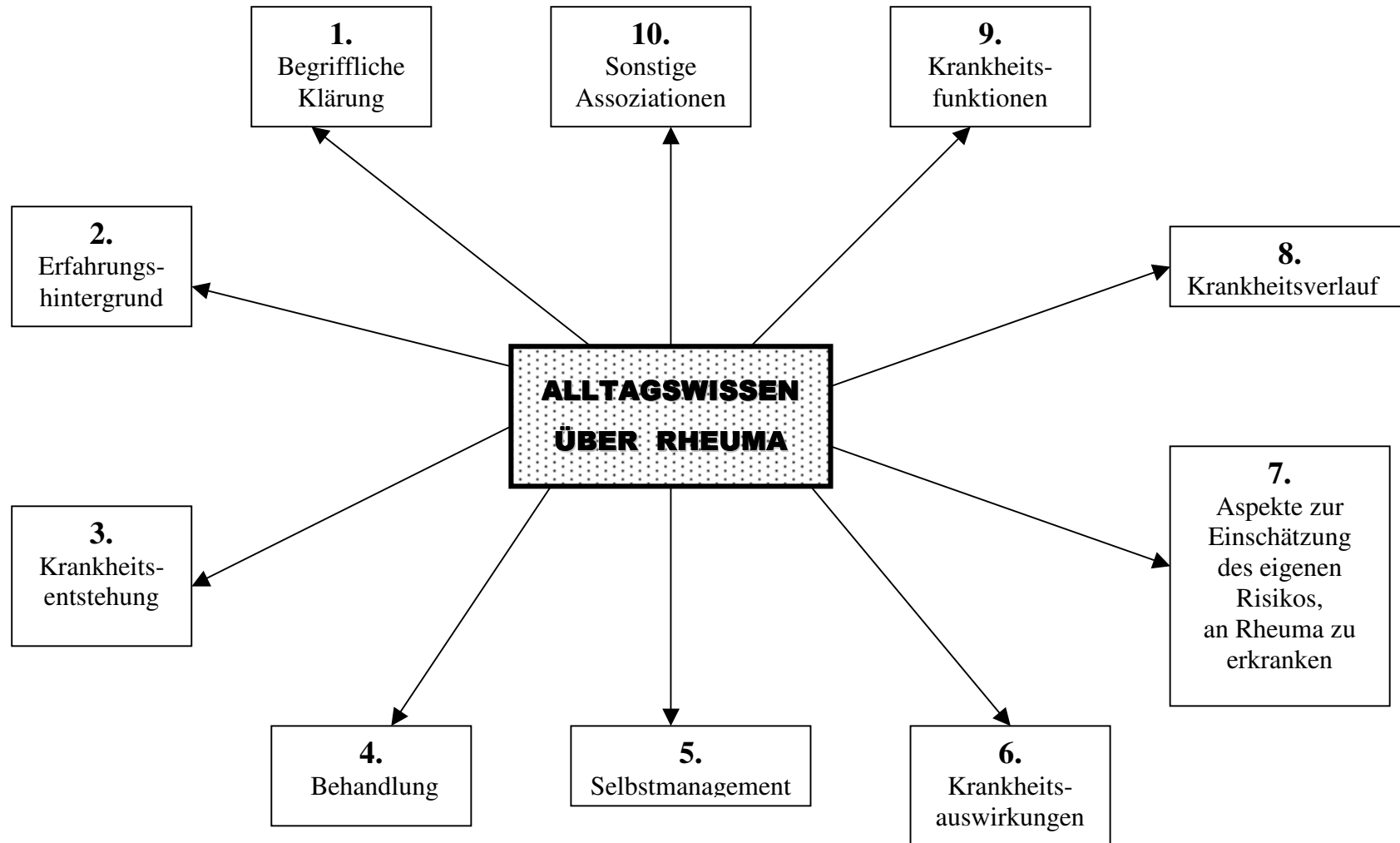
Die qualitative Datenanalyse nach dem Ansatz der Grounded Theory endete in der Konstruktion eines umfangreichen Kategoriensystems, das im Abschnitt III. 1.1. präsentiert wird. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Typisierungsprozesse in Form von Typen und Untertypen im Abschnitt III. 1.2. ausführlich erläutert.

III.1.1. Das Kategoriensystem zum Alltagswissen über Rheuma

Das vollständige Kategoriensystem enthält eine hierarchische Ordnung innerhalb der identifizierten Kategorien und Konzepte und ist thematisch in insgesamt zehn Relevanzbereiche untergliedert. Die Kernkategorie bzw. Kategorie obersten Ranges wurde dem „Alltagswissen über Rheuma“ zugeschrieben. Die zweite Rangordnung wurde den folgenden zehn Kategorien zugeteilt, welche gleichzeitig das Hauptgerüst des Kategoriensystems bilden. Es handelt sich um die folgenden Themen: 1) Begriffliche Klärung, 2) Erfahrungshintergrund, 3) Krankheitsentstehung, 4) Behandlung, 5) Selbstmanagement, 6) Krankheitsauswirkungen, 7) Aspekte zur Einschätzung des eigenen Risikos, an Rheuma zu erkranken, 8) Krankheitsverlauf, 9) Krankheitsfunktionen und 10) Sonstige Assoziationen, auf deren Inhaltsgehalt später näher eingegangen wird.

Anhand der Abbildung III. 1. soll das hierarchische Verhältnis der obersten zwei Ebenen im Kategoriensystem bildhaft veranschaulicht werden.

Abbildung III.1.: Die obersten zwei Ebenen des Kategoriensystems



Die Kategorien zweiter Rangordnung (im Folgenden *Kategorien II.* genannt) erfuhren je nach dem Auswertungsergebnis der Interviewprotokolle eine inhaltliche Differenzierung, welche in unterschiedlicher Anzahl in den Kategorien dritter Ebene (im Folgenden *Kategorien III.* genannt) mündete. Zum besseren Überblick dieser Ergebnisse werden in der nachstehenden Tabelle alle *Kategorien III.* in Verbindung mit der bereits dargestellten Kernkategorie sowie den *Kategorien II.* aufgelistet.

Tab. III. 1.: Die obersten drei Ebenen im Kategoriensystem zum Alltagswissen über Rheuma

Kategorie I.	Kategorien II.		Kategorien III.	
Alltags- wissen über Rheuma	1.	Begriffliche Klärung	1.	Vorstellungen zum Begriff Rheuma
			2.	Subjektive Sicherheit im Gebrauch von medizinischen Begriffen
	2.	Erfahrungshintergrund	1.	Kontext der bisherigen Konfrontation mit Rheuma
			2.	Erklärungen zur Art der bisherigen Konfrontation
			3.	Künftige Auseinandersetzung mit Rheuma
	3.	Krankheitsentstehung	1.	Allgemeine ursächliche Bedingungen zur Krankheitsentstehung
			2.	Als notwendig identifizierte Bedingungen zur Krankheitsentstehung
			3.	Als Auslöser identifizierte Bedingungen zur Krankheitsentstehung
			4.	Physiopathologie
			5.	Beeinflussbarkeit der Krankheitsentstehung
			6.	Ausschlusskonzept
	4.	Behandlung	1.	Methoden der Behandlung
			2.	Zeitlicher Faktor der Behandlung
			3.	Effektivität der Behandlung
			4.	Verfügbarkeit der Behandlung
			5.	Erwartung gegenüber ärztlicher Behandlung
			6.	Sicherheit bei der Wahl der Behandlung
			7.	Compliance gegenüber ärztlicher Behandlung
			8.	Notwendigkeiten der Behandlung
	5.	Selbstmanagement	1.	Strategien zum Selbstmanagement
		2.	Notwendigkeiten für positive Krankheitsbewältigung	
		3.	Regelmäßigkeit des Selbstmanagements	
		4.	Effektivität des Selbstmanagements	
		5.	Bedeutung im Vergleich zu Behandlung	

Legende: Gruppenübergreifende Merkmale haben keine besondere Markierung, deutschspezifische Merkmale haben hellgrauen Texthintergrund, taiwan-spezifische Merkmale haben dunkelgrauen Texthintergrund.

Tab. III. 1.: Die obersten drei Ebenen im Kategoriensystem zum Alltagswissen über Rheuma (Fortsetzung)

Kategorie I.	Kategorien II.		Kategorien III.	
	6.	Krankheitsauswirkungen	1.	Individuell
			2.	Interaktionell/ zwischenmenschlich
Alltagswissen über Rheuma	7.	Aspekte zur Einschätzung des eigenen Risikos, an Rheuma zu erkranken	1.	Allgemeine Risiken
			2.	Persönliche Faktoren
			3.	Vorstellungen über Krankheitsverursachung
	8.	Krankheitsverlauf	1.	Art des Krankheitsverlaufs
			2.	Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs
	9.	Krankheitsfunktion	1.	Einfordern von Aufmerksamkeit
			2.	Vermeidung von Mitleidreaktionen
			3.	Vorwand bzw. Erklärung
			4.	Vermeidung aversiver Tätigkeiten
			5.	Konfliktvermeidung/ Ausdruck seelischer Konflikte
		6.	Kompensation mangelnder Kompetenz	
		7.	Rückzugsmöglichkeit	
		8.	Wettersvorhersage	
10	Sonstige Assoziationen	1.	Emotion	
		2.	Kognition	

Legende: Gruppenübergreifende Merkmale haben keine besondere Markierung, deutschspezifische Merkmale haben hellgrauen Texthintergrund, taiwan-spezifische Merkmale haben dunkelgrauen Texthintergrund.

Bereits auf der dritten Ebene des Kategoriensystems traten gruppenspezifische Ergebnisse auf, d.h. einige Konzepte bzw. Merkmale wurden ausschließlich von einer der beiden Untersuchungsgruppen artikuliert, während andere von beiden gleichermaßen benannt wurden. So gehen aus der obigen Tabelle folgende Gruppenunterschiede zwischen Taiwan und Deutschland hervor: Hinsichtlich der Kategorie II. 9. „Krankheitsfunktionen“ wurde der Aspekt „Wettersvorhersage“ ausschließlich von der taiwanesischen Gruppe zum Ausdruck gebracht, während alle sieben restlichen Aspekte (Einfordern von Aufmerksamkeit, Vermeidung von Mitleidreaktionen, Vorwand bzw. Erklärung, Vermeidung aversiver Tätigkeiten, Konfliktvermeidung/ Ausdruck seelischer Konflikte, Kompensation mangelnder Kompetenz sowie Rückzugsmöglichkeit) ganz der deutschen Vergleichsgruppe zuzuordnen

waren. Die deutsche Population äußerte überdies einen anderen gruppenspezifischen Aspekt: „Ausschlusskonzept“ zur Krankheitsentstehung.

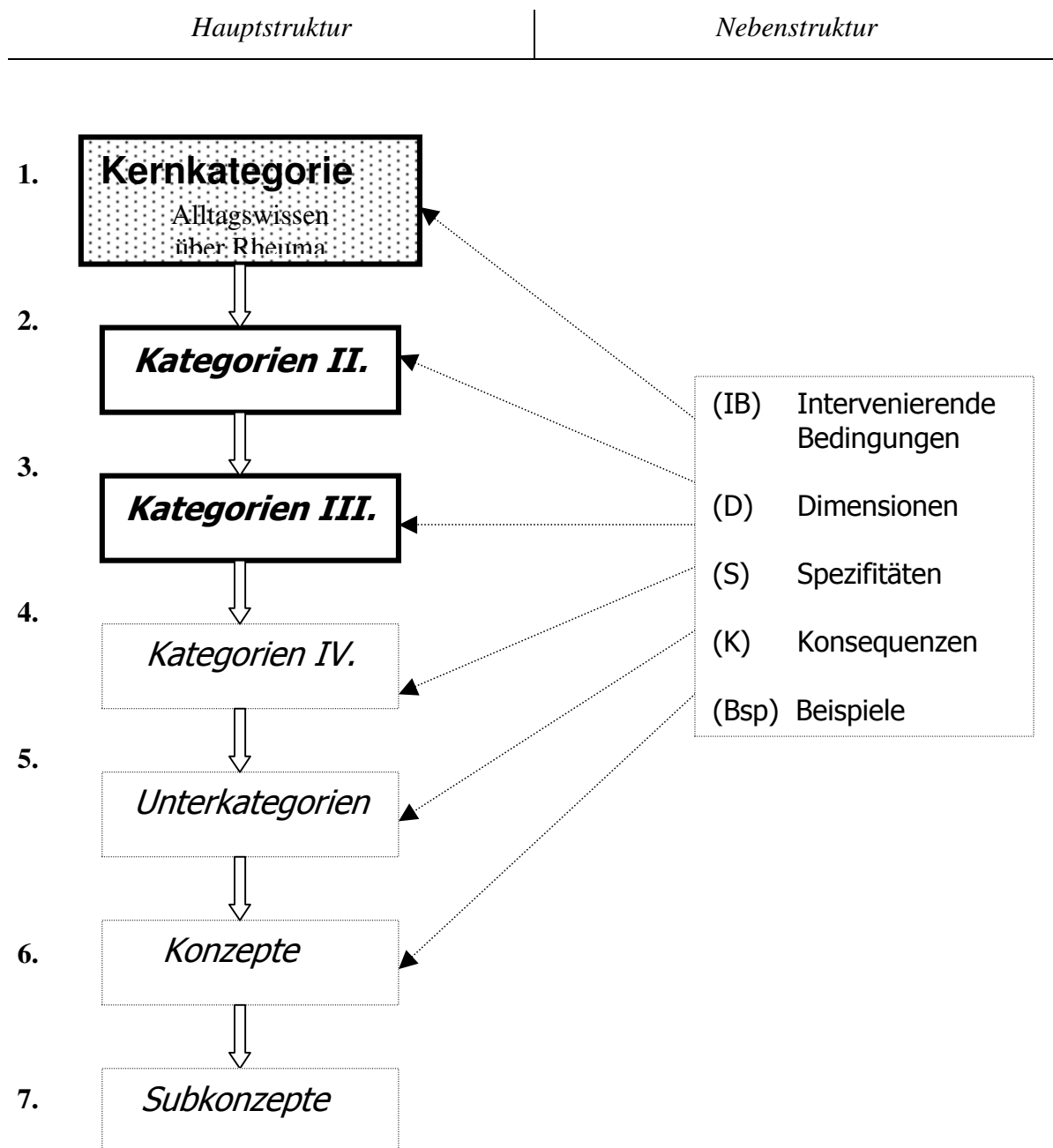
Als wichtig sei an der Stelle angemerkt, dass die Erfassung der Kategorien bzw. Strukturierung des Kategoriensystems unter rein inhaltlichen Erwägungen, also unabhängig von der Nennungshäufigkeit jeweiliger Kategorien erfolgte. In anderen Worten impliziert die Reihenfolge der Kategorien im Kategoriensystem keinen Häufigkeitsunterschied bei der Kodierung.

Die bis hierhin geringfügig erscheinenden Differenzen zwischen den Vergleichsgruppen nahmen später mit den absteigenden hierarchischen Ebenen des Kategoriensystems erheblich zu und machten eine präzise Systematik in der Ergebnisdarstellung unabdingbar. Wie schon aus der obigen Tabelle zu entnehmen, werden die gruppenspezifischen Zuordnungen der Kategorien durch Hintergrundmarkierungen konsequent gekennzeichnet: „normal“ für die gruppenübergreifenden, „hellgrauer Hintergrund“ für die deutschspezifischen und „dunkelgrauer Hintergrund“ für die taiwan-spezifischen Kategorien. Darüber hinaus wird die Darstellungsreihenfolge wie folgt festgelegt und möglichst eingehalten: „normal“, dann „hellgrauer Hintergrund“, dann „dunkelgrauer Hintergrund“.

Bevor näher auf die Inhalte des Kategoriensystems eingegangen wird, ist die Gesamtstruktur des Kategoriensystems mittels einer stark vereinfachten Graphikdarstellung in der Abbildung III. 2. zu veranschaulichen. Die Hauptstruktur des Kategoriensystems umfasst, von der obersten Kernkategorie bis hin zu den untersten Subkonzepten, insgesamt sieben Kategorienebenen. Die Benennung der Kategorienebenen dient vornehmlich zur Präzisierung der Darstellung. Während der Abstraktionsgrad der Kategorien bei niedrigeren Kategorienebenen logischerweise abnimmt, steigt tendenziell die Anzahl der erfassten Kategorien. Bildhaft gesprochen ähnelt das Kategoriensystem einem riesigen Stammbaum mit einer Vielzahl von Abzweigungen und Verknüpfungen. Als Nebenstruktur des Kategoriensystems stehen auf der anderen Seite die fünf ausgewählten Paradigmen: „Intervenierende Bedingungen (IB)“, „Dimensionen (D)“, „Spezifitäten (S)“, „Konsequenzen (K)“ sowie „Beispiele (Bsp)“ (siehe Abschnitt II. 3.3.3. des methodischen Teils). Diese wurde während des Konstruktionsprozesses des Kategoriensystems je nach Auswertungsergebnis mit der dazugehörigen Kategorienebene zusammengefügt, wobei alle Kategorienebenen theoretisch in Betracht kommen. Da sowohl die Verbindungen zwischen den Paradigmen und

den Kategorienebenen wie auch die Existenz der vier untersten Kategorienebenen lediglich optional sind, wird der Charakter der Eventualität unten durch die punktierten Linien und Rahmenlinien an den betreffenden Stellen symbolisiert.

Abbildung III. 2.: Die Gesamtstruktur des Kategoriensystems



Im Folgenden wird das Kategoriensystem gemäß der *Kategorien II.* in zehn Abschnitte zerlegt und kapitelweise detailliert erörtert. Die Ergebnisse des Kategoriensystems werden mittels Tabellen dargestellt. Bei der ersten Kategorie werden die Tabellen beispielhaft näher erklärt, sonst sind Tabellen nur bei Bedarf durch Texterläuterungen zu ergänzen.

Innerhalb eines Absatzes wird immer eine einzige *Kategorie II.* behandelt. Die einer *Kategorie II.* untergeordneten *Kategorien III.* sind entsprechend der Darstellung der Tabelle III. 1. jeweils als Text in grau markierten Feldern wiedererkennbar. Die linke Spalte ist für die Kategorien vierter Rangordnung, also *Kategorien IV.*, reserviert und deren Unterkategorien entsprechend in der rechten Spalte aufgelistet. Einige Unterkategorien der *Kategorien IV.* (im Folgenden *Unterkategorien* genannt) wurden weiteren thematischen Aufspaltungen unterzogen, deren Resultate hier als *Konzepte bzw. Subkonzepte* bezeichnet werden. Diese befinden sich jeweils direkt unterhalb der dazugehörigen Unterkategorie in kleinen Zellen und werden mit arabischen Nummern versehen. Gegebenenfalls werden *Konzepte* und *Subkonzepte* aus Platzgründen gesondert in der anschließenden Ergänzungstabelle dargestellt. In diesen Fällen sind die Numerierungen der *Konzepte* jeweils mit einem Sternzeichen gekennzeichnet. Schließlich werden die einzelnen *Kategorien IV.* mit deren kompletten *Unterkategorien, Konzepten* und *Subkonzepten* unterschiedlichen Umfangs in den Tabellen jedesmal von einem durchgezogenen Doppelstrich umrahmt und voneinander abgetrennt. Auf diese Art und Weise soll eine übersichtliche Wiedergabe der Auswertungsergebnisse gewährleistet werden. Die oben beschriebenen Darstellungsschemata des Kategoriensystems werden mit Hilfe der nachstehenden Tabelle III. 2. nochmals verdeutlicht:

Tabelle III. 2.: Darstellungsschemata des Kategoriensystems

Kategorie II.				
Kategorie III.				
Kategorie IV.	Unterkategorie			
	Unterkategorie			
	Unterkategorie			
Kategorie IV.	Unterkategorie			
	Unterkategorie*			
	1*. <i>Konzepte</i>	2*. <i>Konzepte</i>	3*. <i>Konzepte</i>	4*. <i>Konzept</i>
	Unterkategorie			

ggf. Ergänzungstabelle für Konzepte und Subkonzepte:

<i>Unterkategorie*</i>	
1*. : <i>Konzept</i> Subkonzept Subkonzept	3*. : <i>Konzept</i> Subkonzept Subkonzept
2.* : <i>Konzept</i> Subkonzept Subkonzept	4*. : <i>Konzept</i> Subkonzept Subkonzept

III. 1.1.1. Die erste Kategorie II.: Begriffliche Klärung

1. Vorstellungen zum Begriff Rheuma						
Art	Schmerzerkrankung					
	IB					
	* bedingt durch Wetterlage/ Klimaveränderungen					
	Autoimmunerkrankung					
	Organische Erkrankung					
Psychosomatische Erkrankung						
Symptome	Schmerz:					
	IB	D				
		* ständig – periodisch				
		* unberechenbar/ plötzlich- berechenbar				
	* Ausschluss 1. körperliche Belastungen	IB				
		* bei Bewegung				
	2. (Sport-)Verletzungen	1. <i>fließend</i>	2. <i>ziehend</i>	3. <i>undefinierbar</i>	4. <i>reißend</i>	5. <i>tiefsitzend</i>
	* Alter	Verspannung				
	* Dauer/ Intensität der Symptome	Kälteempfindlichkeit/ Wetterfühligkeit				
	* Tageszeit/ Jahreszeit	Schwellung				
	* Ausschluss 1. äußerer Einwirkungen von Kälte und Nässe 2. Erkältung	Deformation				
		Bewegungseinschränkungen				
		Funktionseinschränkungen				
		Unwohlsein/ Erschöpfung/Schwäche				
		Übelkeit/ Erbrechen				
Schwindel						

1. Vorstellungen zum Begriff Rheuma (Fortsetzung 1.)							
Symptome IB) * Zuordenbarkeit der Symptome aufgrund bisheriger Krankheitserfahrungen * Ausschluss von Fehlhaltung	Fieberschübe						
	IB						
	* parallel zu Gelenkschmerzen						
	Knoten						
	Rötung/ Lokale Überwärmung						
	Wasseransammlung						
	Neigung zu Knochenbrüchen						
Intensität D * schwer – wenig schwer—leicht	Hohe Variabilität der Intensität						
	IB						
	* Art/ Intensität der Bewegung						
	* Auftreten von Schüben						
	* Tageszeit						
Lokalisation D * hohe – niedrige individuelle Variabilität * hohe – niedrige Variabilität innerhalb eines Organismus	Konstante Intensität						
	Gelenke						
	1. Obere/untere Extremitäten	2. Hüfte	3. Rücken/ Kreuz/ Wirbelsäule	4. Schulter	5. Hals	6. Alle	
	Muskeln/ Sehnen						
	1. Obere/untere Extremitäten	2. Rücken/ Kreuz			3. Alle		
	Knochen						
	1. Extremitäten						
	Sonstige Bereiche						
	1. Ganzer Körper	2. Kopf	3. Achsel	4. Ischias-Nerven	5. Weichteile/ Bindegewebe	6. Herz	7.. alte verletzte Körperteile
	Ausschlusskonzept						
	1. Kopf	2. Innere Organe		3. Muskeln		4. Schulter	
	Behandelbarkeit D * nicht behandelbar – schwer behandelbar – Ich weiß nicht/ unklar – behandelbar IB * nur durch Traditionelle Chinesische Medizin * individueller Unterschied						
Bedrohlichkeit D * nicht bedrohlich – bedingt bedrohlich/ Ich weiß nicht – bedrohlich IB * Krankheitsformen * psychische Einstellung der Betroffenen							

1. Vorstellungen zum Begriff Rheuma (Fortsetzung 2.)						
Personenmerkmale der Betroffenen	Alter					
	1. Ältere Menschen	2. Mittleres Alter	3. Jugendliche	4. Alle	5. Kinder	
	Geschlecht					
	1. Beides		2. Männer	3. Frauen		
	Berufsgruppen					
	1. Körperliche Arbeit	2. Arbeit im Freien	3. Arbeit mit Wasser	4. monotone Wiederholung begrenzter Bewegungen	5. Arbeit in der Kälte	6. Arbeit in der Nacht
Mortalität						
D						
* nicht tödlich – Ich weiß nicht/ unklar – tödlich						
* indirekt – direkt						
Heilbarkeit						
D						
* nicht heilbar – Ich weiß nicht/ unklar – heilbar						
Beteiligung der Psyche						
D						
* keine Beteiligung der Psyche – bedingte Beteiligung der Psyche – Ich weiß nicht/ unklar – Beteiligung der Psyche						
Sichtbarkeit						
D						
* nicht sichtbar – Ich weiß nicht – sichtbar						
IB						
* Krankheitsintensität						
* Individueller Unterschied						
Diagnostizierbarkeit	nach Schulmedizin					
D	D * nicht eindeutig – eindeutig					
* nicht eindeutig – eindeutig	nach TCM ¹					
	D * nicht eindeutig – eindeutig					
	von Laien					
	D * nicht möglich- möglich					
Häufigkeit des Krankheitsauftritts	jeder zweite, dritte					
	IB					
	* Ältere Menschen					
	* In Taiwan					
	* In subtropischem Klima					
	Häufig					
	fast jeder Mensch					

¹ Traditionelle Chinesische Medizin: Im Zentrum der Traditionellen Chinesischen Medizin stehen die fundamentale Yin-Yang-Theorie und das Konzept der Fünf Wandlungsphasen. Die Ausgewogenheit der Yin-Yang-Kräfte sowohl innerhalb des menschlichen Organismus wie auch zwischen den Menschen und der Umwelt wird als Schlüssel zur Gesundheit unterstrichen.

1. Vorstellungen zum Begriff Rheuma (Fortsetzung 3.)				
Publizität D * hoch – mittel –niedrig				
Ansteckbarkeit D * nicht ansteckend – Ich weiß nicht –ansteckend K (von nicht ansteckend) * Keine Angst * Keine Abscheu * Keine Distanzierung zu Betroffenen				
Ernsthaftigkeit D * nicht ernsthaft – Ich weiß nicht/ unklar – ernsthaft IB * Chronifizierungsgrad * Alter * Effektivität der Therapie * Krankheitsformen/ Lokalisation * Prädisposition * Biologische Gesetzmäßigkeit des Körpers * Glaube/ Religiösität/ Einstellung/ Psychische Stabilität * Zeitlicher Beginn/ Wahl der Therapie * Wissen über Krankheitsursachen * Möglichkeit eines Klimawechsels				
Eigenständigkeit des Krankheitsbegriffs Rheuma D * keine eigenständige Krankheit – Ich weiß nicht/ unklar – eigenständige Krankheit	Eigenständig			
	<i>1. Einheitliche Symptomatik</i>	2. Einheitliche physiologische Mechanismen IB * <i>Alter der Betroffenen beim Krankheitsausbruch</i>		
	Nicht eigenständig (ein Sammelbegriff) Verschiedenartigkeit bei			
	<i>1. Krankheitsverlauf</i>	<i>2. Lokalisation</i>	<i>3. Äußerungsformen/ Symptomatik</i>	<i>4. Krankheitsursachen</i> Bsp * <i>Gicht vs. Rheuma</i>
	Benennung von Krankheitsformen D * nicht möglich – unklar – möglich Bsp * Polyarthritits * Gicht * Arthrose * Migräne			* Weichteilrheumatismus * Rheumatisches Fieber * „Fünzig-Schultersyndrom“ ¹ * rheumatische Herzerkrankung
Ausschlusskonzepte				
<i>1. Arthrose</i>	<i>2. Gicht</i>	<i>3. Migräne</i>		

¹ „Fünzig-Schultersyndrom“: Unspezifisches Schmerzsyndrom im Schulterbereich mit starken Bewegungseinschränkungen, das häufig Menschen mittleren Alters befällt.

2. Subjektive Sicherheit im Gebrauch mit medizinischen Begriffen					
D * unsicher – sicher					
Krankheitsbegriffe	Mangelnde inhaltliche Abgrenzung zu anderen Krankheitsbegriffen Bsp * Gicht * Arthrose * Arthritis/ Polyarthritis * Schleimbeutelentzündung * Sehnenscheidenentzündung * Muskelschwäche * Muskelentzündung				
	* rheumatische Herzerkrankung * Osteoporose * Bandscheibenvorfälle * Migräne * Rückenschmerzen * „Fünzig- Schultersyndrom“ * Jiang-Ji-Rheumatismus ¹ * Ischiasschmerzen * „Suan-Tong“ ²				
	Nicht-Verfügbarkeit medizinischer Fachbegriffe				
	Nennungen nicht näher bezeichneter Krankheitsbegriffe				
	<table border="1"> <tr> <td>1. Gelenkrheuma</td> <td>2. Muskelrheuma</td> <td>3. Rheumatismus</td> <td>4. Weichteil-Rheumatismus</td> <td>5. Rheumatische Herzerkrankung</td> </tr> </table>	1. Gelenkrheuma	2. Muskelrheuma	3. Rheumatismus	4. Weichteil-Rheumatismus
1. Gelenkrheuma	2. Muskelrheuma	3. Rheumatismus	4. Weichteil-Rheumatismus	5. Rheumatische Herzerkrankung	
Unklarheit über Herkunft der Krankheitsbegriffe					
Herstellung hierarchischer Verbindungen zwischen Krankheitsbegriffen					
Zuordnung einzelner Symptome zu Krankheitsbildern, die mit Rheuma in Zusammenhang gebracht werden					
Bsp * Polyarthritis vs. Rheuma * Arthrose vs. Rheuma					

Dieser Relevanzbereich befasst sich mit den grundlegenden Fragen der begrifflichen Auffassung von Rheuma, wie z.B. „Was ist überhaupt „Rheuma“?“ bzw. „Was wird mit dem Begriff „Rheuma“ in Zusammenhang gebracht?“. Hierbei wurde während des Kategorisierungsvorgangs nicht nur Wert auf die definitorischen, inhaltlichen Dimensionen des Untersuchungsgegenstands Rheuma gelegt, sondern die alltagsweltliche Anwendung von „Rheuma“ bzw. verwandten Begriffen als semantische, medizinische Konstrukte ebenfalls genau exploriert. Es entstanden zwei Unterbereiche (*Kategorien III.*) mit den Überschriften:

¹ „Jiang-Ji-Rheumatismus“: „Spondylitis ankylosans“, subakute Arthritiden vor allem der Kniegelenke, oft als Initialsymptom, später chronische Gelenkentzündungen stammnaher Gelenke (vgl. Müller & Gamp 1983)

² „Suan-Tong“: „Sich säuerlich anfühlende Schmerzen“, welche sich als meist großflächige, ziehende, fließende Schmerzen umschreiben lassen.

1) Vorstellungen zum Begriff Rheuma und 2) Subjektive Sicherheit im Gebrauch von medizinischen Begriffen.

Vorstellungen zum Begriff Rheuma¹

Bezüglich des Ersteren wurde die Formulierung „Vorstellungen“ gezielt gewählt, da es sich hier bei den untersuchten Alltagsmenschen weniger um das manifeste Wissen, vielmehr jedoch um oft fragmentarische Gedanken, Meinungen oder Assoziationen über Rheuma handelt. Insgesamt konnten siebzehn Aspekte zur Definition von Rheuma zusammengetragen werden (*Kategorien IV.*): 1) Art, 2) Symptomatik, 3) Intensität, 4) Lokalisation, 5) Behandelbarkeit, 6) Bedrohlichkeit, 7) Personenmerkmale der Betroffenen, 8) Mortalität, 9) Heilbarkeit, 10) Beteiligung der Psyche, 11) Sichtbarkeit, 12) Diagnostizierbarkeit, 13) Häufigkeit des Krankheitsauftritts, 14) Publizität, 15) Ansteckbarkeit, 16) Ernsthaftigkeit sowie 17) Eigenständigkeit des Krankheitsbegriffs Rheuma.

Auf der Ebene der *Kategorien IV.* wurde kein Gruppenunterschied festgestellt, d.h. alle siebzehn Kategorien wurden sowohl bei der taiwanesischen als auch bei der deutschen Untersuchungsgruppe kodiert. Dagegen traten bereits bei der Nebenstruktur zu *Kategorien IV.* bzw. ab der Ebene der *Unterkategorien* zahlreiche gruppenspezifische Ergebnisse auf, von denen die Kategorien „Art“, „Symptomatik“ und „Eigenständigkeit des Krankheitsbegriffs Rheuma“ mit deren jeweiligen weiteren Differenzierungen im Folgenden beispielhaft erläutert werden.

Art²

Hier wurden die ersten spontanen Antworten der Befragten zur Definition des Gegenstandsbereiches Rheuma konzeptualisiert. Sowohl von den Taiwanesen wie auch von den Deutschen wurde Rheuma als eine Schmerzerkrankung identifiziert, wobei lediglich die Taiwanesen den Zusammenhang zur Beeinflussung durch Wetterlage und Klimaveränderung als das Kernmerkmal von Rheuma ausdrücklich unterstrichen. Während Rheuma von den taiwanesischen Befragten einheitlich als eine Schmerzerkrankung aufgefasst wurde, verstanden die Deutschen diese darüber hinaus als eine Autoimmunerkrankung, eine organische Erkrankung sowie eine psychosomatische Erkrankung.

¹ Die kursive Druckweise kennzeichnet im Folgenden die Kategorien dritter Ordnung (*Kategorien III.*).

² Die Doppelstriche kennzeichnen im Folgenden die Kategorien vierter Ordnung (*Kategorien IV.*).

Symptomatik

Hinsichtlich rheumaspezifischer Symptome ist der Ansicht aller Befragten nach von Bedeutung gewesen, einerseits die vorhergehenden körperlichen Belastungen bzw. Verletzungen auszuschließen, andererseits das Alter der Betroffenen, Dauer und Intensität der Symptome sowie die Tages- bzw. Jahreszeit des Symptomauftritts bei der Symptombeurteilung mit einzubeziehen. Die jahreszeitenbedingten Wettereinflüsse wurden zwar im Vergleich zum Ergebnis des vorhergehenden Abschnitts auch von den deutschen Probanden erwähnt, diese wurden aber von ihnen wesentlich milder gewichtet als von den taiwanesischen Vergleichspersonen. In diesem Zusammenhang wurde außerdem allein von der deutschen Population der Ausschluss von äußeren Einwirkungen wie Kälte und Nässe und von anderen Erkrankungen wie Erkältungen sowie die Zuordenbarkeit der Symptome aufgrund bisheriger Krankheitserfahrungen genannt. Bei der taiwanesischen Gruppe wurde zudem der Ausschluss körperlicher Fehlhaltung registriert.

Als rheumabezogene Symptome wurden von beiden Untersuchungsgruppen konform folgende Aspekte artikuliert: Schmerz, Verspannung, Kälteempfindlichkeit/ Wetterfähigkeit, Schwellung, Deformation, Bewegungseinschränkungen, Funktionseinschränkungen und Unwohlsein/ Erschöpfung/ Schwäche. Die weitere Symptomaufzählung warf interessante Gruppenunterschiede auf: Die deutsche Untersuchungsgruppe ordnete zusätzlich Fieberschübe, Übelkeit/ Erbrechen, Schwindel, Knoten zum Krankheitsbild Rheuma zu, und die Taiwanesen dagegen Rötung/ lokale Überwärmung, Wasseransammlung, Neigung zu Knochenbrüchen, Juckreiz und Erektionsstörung.

Eigenständigkeit des Krankheitsbegriffs Rheuma

Diesbezüglich waren die Meinungen in beiden Gruppen vergleichbar geteilt. So wurden in beiden Gruppen zum einen die Ansicht vertreten, Rheuma sei ein eigenständiger Krankheitsbegriff, zum anderen wurde die Ansicht vertreten, Rheuma sei ein Sammelbegriff von verschiedenen Krankheitsbildern. Das Erstere sei damit zu erklären, dass es sich bei Rheuma um eine klar eingrenzbar, einheitliche Symptomatik handele. Hierzu wurde zusätzlich bei der deutschen Gruppe „die einheitlichen physiologischen Mechanismen“ als Begründung kodiert. Als Gründe für „Rheuma als ein Sammelbegriff“ wurde von beiden Gruppen übereinstimmend die Verschiedenartigkeit im Krankheitsverlauf, in der Lokalisation sowie in der Symptomatik genannt, wobei diese von der taiwanesischen Gruppe durch den Aspekt „Verschiedenartigkeit in den Krankheitsursachen“ ergänzt wurde. Als denkbare

Krankheitsformen zu Rheuma wurden von beiden Gruppen Polyarthrit, Arthrose, Gicht und Migräne genannt. Zusätzlich wurde von der deutschen Gruppe Weichteilrheumatismus und rheumatisches Fieber, von der taiwanesischen Gruppe „Fünzig-Schultersyndrom“ und rheumatische Herzerkrankung genannt. Interessanterweise wurden gleichzeitig Arthrose, Gicht und Migräne ausschließlich bei der taiwanesischen Gruppe als Ausschlusskonzepte kodiert. Vorsichtig interpretiert bedeutet dies, dass innerhalb der taiwanesischen Gruppe die Meinung existent war, es bestünden weder begriffliche noch inhaltliche Verbindungen zwischen Arthrose, Gicht und Migräne einerseits und Rheuma andererseits.

Subjektive Sicherheit im Gebrauch von medizinischen Begriffen

Der zweite Teilbereich der begrifflichen Klärung beschäftigt sich mit der subjektiv berichteten Sicherheit der Befragten im Umgang mit rheumarelevanten medizinischen Begriffen. Dabei bezieht sich das untersuchte Sicherheitsgefühl auf drei Ebenen (*Kategorien IV.*) : Der Umgang der Befragten mit den Krankheitsbegriffen, die Herstellung hierarchischer Verbindungen zwischen den Krankheitsbegriffen und nicht zuletzt die Zuordnung einzelner Symptome zu Krankheitsbildern, welche in Zusammenhang mit Rheuma gebraucht werden.

Auf der Ebene der *Kategorien IV.* wurde kein Gruppenunterschied festgestellt, d.h. alle drei Kategorien wurden sowohl bei der taiwanesischen als auch bei der deutschen Untersuchungsgruppe kodiert. Lediglich bei den *Unterkategorien* der *Kategorie IV.* „Krankheitsbegriffe“ zeigten sich gruppenspezifische Ergebnisse, auf die im Folgendennäher eingegangen wird.

Krankheitsbegriffe

Im Hinblick auf den Umgang mit den rheumarelevanten Krankheitsbegriffen wurde von den beiden Untersuchungsgruppen zwischen drei Aspekten unterschieden: Mangelnde inhaltliche Abgrenzung zu anderen Krankheitsbegriffen, Nichtverfügbarkeit medizinischer Fachbegriffe und Nennungen nicht näher bezeichneter Krankheitsbegriffe. Ausschließlich von der taiwanesischen Gruppe wurde außerdem ein vierter Aspekt genannt: Unklarheit über die medizinische Herkunft der Krankheitsbegriffe. Gemeint war hier hauptsächlich die Gegenüberstellung von Schulmedizin und Traditioneller Chinesischer Medizin als zwei medizinische Hauptströmungen.

Was die Schwierigkeiten der inhaltlichen Abgrenzung von „Rheuma“ zu anderen Krankheitsbegriffen betraf, wurden Gicht, Arthrose und Arthritis/ Polyarthritis von beiden Vergleichsgruppen übereinstimmend als Beispiele angeführt. Die zusätzlichen „deutschspezifischen“ Nennungen beinhalteten Schleimbeutelentzündung, Sehnenscheidenentzündung, Muskelschwäche und Muskelentzündung, während von den Taiwanesen Krankheitsbegriffe wie rheumatische Herzerkrankung, Osteoporose, Bandscheibenvorfälle, Migräne, Rückenschmerzen, „Fünfzig-Schultersyndrom“, Jiang-Ji-Rheumatismus, Ischiasschmerzen und „Suan-Tong“ geäußert wurden.

Des Weiteren wurden von der deutschen Gruppe vier Krankheitsbegriffe ohne weitere inhaltliche Spezifizierung geäußert: Gelenkrheuma, Muskelrheuma, Rheumatismus, Weichteilrheumatismus. Bei der taiwanesischen Gruppe wurde dagegen einzig die rheumatische Herzerkrankung erwähnt.

III. 1.1.2. Die zweite Kategorie II.: Erfahrungshintergrund

1. Kontext der bisherigen Konfrontation mit Rheuma	
Merkmale der Konfrontation	Intentionalität D * nicht intentional – intentional
	Emotionalität D * neutral – emotional * negativ – positiv
	Intensität D * oberflächlich – intensiv
	Richtung D * hin zu Thema – weg von Thema
Selbstbezug bei der Konfrontation	Selbsterfahrung mit rheuma-ähnlichen Symptomen D * keine – einmal – mehrmals
	Direkte Fremderfahrung mit rheuma-ähnlichen Symptomen D * keine – einmal – mehrmals
	Indirekte Fremderfahrung mit rheuma-ähnlichen Symptomen D * keine – einmal – mehrmals

1. Kontext der bisherigen Konfrontation mit Rheuma (Fortsetzung)	
Personenbezogene Bezugsquellen	Allgemeinwissen/Hörensagen
	Familien, Verwandte, Freunde, Partner
	Bekannte, Kollegen, Nachbarn
	Ärzte/ Ärzte der TCM
	Bekannte zweiten Grades
	Ältere Menschen/ Überlieferung
Medien der Konfrontation	Gespräche, Erzählungen
	Radio, Fernsehen
	Zeitschriften, Bücher, Broschüren
	Internet
	Werbung

2. Erklärungen für die Art der bisherigen Konfrontation	
Nicht-Vorkommen von Krankheitsfall im Umfeld	Nahe
	Fern
Kenntnis über Betroffene	
Distanz bzw. Interessenlage zum Thema	Persönliches Interesse
	Persönliches Desinteresse
	Nicht-Betroffenheit der eigenen Person
	Höflichkeit
Vermittlung von Spezialwissen durch Bezugsquellen/Erziehung	
Zeitliche Faktoren	Kindheitserinnerung/ lange Vergangenheit
	Vorübergehend
Ausbildung/Beruf	
Fehlende Erfahrung mit schweren Krankheiten im allgemeinen	
Mangelnde ärztliche Informationen	
Diskrepanz zwischen Laien- und ärztlichen Diagnosen	
Überforderung durch medizinische Fachbegriffe	

3. Künftige Auseinandersetzung mit Rheuma		
Gründe	Äußere Beweggründe	
	<i>1. Vorkommen von Krankheitsfall im Umfeld</i>	<i>2. Vorbereitung eines Referats</i>
	Innere Motivation	
	<i>1. (Verdacht auf) eigene Betroffenheit</i>	<i>2. Veränderung der Interessenlage</i>
	Zufall	
	Zeit	

3. Künftige Auseinandersetzung mit Rheuma (Fortsetzung)	
Informationsquellen	Bücher & Publikationen
	Fernsehen
	Personen (Gespräche)
	Ärzte/ Heilpraktiker
	Öffentliche Vorträge
	Gruppen: Vereine, Selbsthilfegruppen
	Internet, CD-Rom

Dieser Relevanzbereich setzt sich mit dem Erfahrungshintergrund der Befragten mit Rheuma auseinander, wobei sowohl vergangene Begegnungen als auch möglicherweise künftige, also antizipatorische Erfahrungen von Interesse sind.

III. 1.1.3. Die dritte Kategorie II.: Krankheitsentstehung

1. Allgemeine ursächliche Bedingungen zur Krankheitsentstehung	
D	
* unifaktoriell – multifaktoriell	
* nicht identifizierbar – teilweise identifizierbar – identifizierbar	
* symptom-nicht-zuordenbar – teilweise symptom-zuordenbar – symptom-zuordenbar	
Alter/ Alterungsprozess	
Immunschwäche	
Vererbung	
IB	
* Äußerungsformen von Rheuma	
Prädisposition/ Veranlagung/ Vulnerabilität	Schwitzneigung
	„Xu-Han-Konstitution“ ¹
	Schlechte Knochen
Infektion	Bakterien
	Viren
	Sonstige Erreger
Verschleiß/ Abnutzung	
Kälte	Kälteeinbruch/ Wetterumschwung
	Dauerkälte
	Klimaanlage/ Ventilator
Nässe/ Feuchtigkeit	Dauerfeuchte
	Große Feuchtigkeitsschwankung
	Wohnung/ Wohngegend
	Feuchte Körperoberfläche/ Kleider

¹ „Xu-Han-Konstitution“: „Schwäche-Kälte-Konstitution des Körpers“. „Xu“ bezeichnet eine energetische Defizienz oder Schwächung der Fähigkeit des Organismus, seine physiologischen Funktionen stabil aufrechtzuerhalten. „Kälte“ bezeichnet eine Verminderung der Lebensdynamik, die vor allem mit einem krankhaften Prozess einhergeht (vgl. Engelhardt & Hempfen, 1997)

1. Allgemeine ursächliche Bedingungen zur Krankheitsentstehung (Fortsetzung 1.)						
Sonstige Umwelteinflüsse	Gift Bsp * Düngungsmittel					
	Schimmel					
Somatische Vorerkrankungen Bsp. * Borreliose * Angina * Erkältung * Nierenversagen/ Störung der Nierenfunktion * Schuppenflechte * Osteoporose						
Ernährung	Übermaß an					
	<table border="1"> <tr> <td>1. <i>Fleisch Eiweiß /Fett</i></td> <td>2. <i>Salz</i></td> <td>3. <i>Kalte Getränke/ rohe Speisen</i></td> <td>4. <i>„Kalte Nahrungsmittel“¹</i> Bsp * Chinakohl * Bambussprossen * Mingbohne * Kokosnüsse</td> <td>5. <i>„Giftige Nahrungsmittel“²</i> Bsp * Bananen * Meeresfrüchte * Pilze</td> </tr> </table>	1. <i>Fleisch Eiweiß /Fett</i>	2. <i>Salz</i>	3. <i>Kalte Getränke/ rohe Speisen</i>	4. <i>„Kalte Nahrungsmittel“¹</i> Bsp * Chinakohl * Bambussprossen * Mingbohne * Kokosnüsse	5. <i>„Giftige Nahrungsmittel“²</i> Bsp * Bananen * Meeresfrüchte * Pilze
	1. <i>Fleisch Eiweiß /Fett</i>	2. <i>Salz</i>	3. <i>Kalte Getränke/ rohe Speisen</i>	4. <i>„Kalte Nahrungsmittel“¹</i> Bsp * Chinakohl * Bambussprossen * Mingbohne * Kokosnüsse	5. <i>„Giftige Nahrungsmittel“²</i> Bsp * Bananen * Meeresfrüchte * Pilze	
	Mangel an					
<table border="1"> <tr> <td>1. Mineralstoffen</td> <td>2. Allgemeine Unterernährung</td> <td>3. Vitaminen</td> </tr> </table>	1. Mineralstoffen	2. Allgemeine Unterernährung	3. Vitaminen			
1. Mineralstoffen	2. Allgemeine Unterernährung	3. Vitaminen				
	Nach Lustprinzip					
Stress	Körperliche Überforderung					
	Psychische Überforderung					
Körperbau/ Gewicht	Übergewicht					
Sonstige Fehlverhalten	Übermäßige Genussmittel					
	Falsche Kleidung					
	Sich Luftzug aussetzen					
	Fingerknacken					
	Bewegungsarmut					
	Übermäßige Sexualität					
	Lange Badezeit					
Schlechte Körperhaltung						
Organische Ursachen						
Äußere Eingriffe Bsp. * Zeckenbisse						
Psyche/ Einstellung/ seelische Konstitution						
Antikörperreaktionen Bsp. * auf Eiweiß						

¹ „Kalte Nahrungsmittel“: vgl. Abschnitt I.4.2.2.

² „Giftige Nahrungsmittel“: vgl. Abschnitt I.4.2.2.

1. Allgemeine ursächliche Bedingungen zur Krankheitsentstehung (Fortsetzung 2.)		
Wochenbettbedingte Fehlverhalten	Dusche/ Baden während des Wochenbetts	
	Überanstrengung während des Wochenbetts	
	Zu viele „kalte“ Speisen	
Fehlverhalten in der Kindheit, Jugend bzw. Vergangenheit	Kalte Getränke	
	1. unmittelbar nach Sport/ Schwitzen	2. unmittelbar nach Sonnenbad
	Kalte Dusche/ kaltes Bad	
	1. unmittelbar nach Sport/ Schwitzen	2. unmittelbar nach Sonnenbad
	Benutzen von Ventilator/ Klimaanlage bei feuchtem Körper	
	Wechselbäder mit kaltem und warmem Wasser	
	Schnelles Abwechseln von kaltem und heißem Getränk	
	Dusche unmittelbar vor Schlaf	
	Übermäßiger Kontakt mit Wasser	
	auf kaltem Boden schlafen	
Dauerhafte Anhäufung von Verletzungen/Blutergüssen im Bewegungsapparat	Unbehandelte / nicht vollständig auskurierte Verletzungen	
	Falsch behandelte Verletzungen	
Schlechter Schlaf		

2. Als notwendig identifizierte Bedingungen zur Krankheitsentstehung	
Prädisposition/ Veranlagung/Vulnerabilität	Körperliche Vulnerabilität
	1. „Xu-Han-Konstitution“
	Psychische Vulnerabilität
Vererbung	

3. Als Auslöser identifizierte Bedingungen zur Krankheitsentstehung		
Äußere Bedingungen	Verkühlung/ Kälte	
	Feuchtigkeit/ Nässe	
	Luftzug	
	Körperliche Verletzungen	
	Kalte Getränke/ kalte Nahrungsmittel	
Innere Bedingungen	Stress	
	Ablagerung	
	1. Kalk	2. Harnstoffe
	Andere Erkrankungen	
	1. Erkältung	

4. Physiopathologie			
D * nicht vorstellbar – vorstellbar			
* nicht sichtbar – sichtbar			
* dauerhaft – akut			
Degenerativer Prozess/ Knochenabbau			
Entzündung			
Störung des Stoffwechsels	Harnsäure		
Mechanischer Druck	durch Zerstörung des Knochenknorpels		
	1. Verkalkung	2. Verhärtung	3. Wasseransammlung
	durch Ablagerung von Kristallen		
	durch Körpergewicht		
Verhärtung/ Reizung der Muskeln			
Störung des Nervensystems/ Reizung der Nerven			
Generelle Schwächung/ Körperliches Versagen			
Wiederholungseffekt des pathologischen Mechanismus			
Durchblutungsstörung/ Blutarmut			
Störung des „Qi-Flusses“¹			
Stauung von Kälte/ Feuchtigkeit in Zellen/ Poren			

5. Beeinflussbarkeit der Krankheitsentstehung				
D				
* nicht beeinflussbar – teilweise beeinflussbar/ Ich weiß nicht – beeinflussbar				
* rheumaspezifisch – allgemein				
IB				
* Wissen über Krankheitsursachen und präventive Maßnahmen				
* Wille zur Umsetzung				
* Veranlagung				
K				
* Kein Krankheitsausbruch				
* Verzögerung des Krankheitsausbruchs				
Strategien zur Krankheits- prävention von Rheuma	Frühzeitiges Erkennen von und Reagieren auf Krankheitszeichen			
	1. Frühzeitige ärztliche Konsultation			
	Vorbeugung somatischer Vorerkrankung			
	Gesunde Lebensführung* (Ergänzungstabelle 1)			
	1*.	2*.	3*.	4*.

¹ „Qi-Fluss“: Das chinesische Wort „Qi“ beschreibt das grundlegendste Material und die Äußerungsform des menschlichen Lebens (vgl. Zhang 1994). Es bezeichnet „das Spannungsfeld energetischer Einflüsse, dem jeder Mensch äußerlich unterliegt, und das energetische Potential, das innen durch die sogenannten Funktionskreise bereitgestellt und mittels der Leitbahnen im Körper verteilt wird“ (Engelhardt & Hempen 1997, S. 2) .

Ergänzungstabelle 1.: Gesunde Lebensführung

Gesunde Lebensführung*	
1.*: <u>Umstellung auf ausgewogene Ernährung</u> Einschränkung von Genussmitteln Mehr „heiße Nahrungsmittel“ ¹ Bsp. * Sesamöl * IngwerMäßiger Alkohol Mehr Milch	4.*: <u>Psychohygiene</u> Ruhe/ Entspannung Stressbewältigung/ -minimierung Schlaf/ Schlafrhythmus Konfliktmanagement Heiterkeit/ Optimismus
2.*: <u>Bewegung/ körperlicher Ausgleich</u> 3.*: <u>Schutzmaßnahmen</u> vor Kälte und Temperaturschwankung vor Nässe und Feuchtigkeit vor Zugluft/ Ventilator vor schlechtem Klima/ Wetterverhältnis vor Verletzungen	5.*: <u>Sonstiger Umgang mit Körper</u> Nicht Fingerknacken Verletzungen auskurieren lassen Keine Dusche vor Schlaf Körperhygiene Gewichtskontrolle/- abnahme Ausschließlich warme Dusche

6. Ausschlusskonzept	
Seelische Faktoren	

Dieser Bereich befasst sich mit den Vorstellungen bzw. Assoziationen der Befragten über die ursächlichen Zusammenhänge unterschiedlichster Einflussgrößen auf die Krankheitsentstehung bzw. den Krankheitsausbruch von Rheuma. Ferner setzt sich dieser mit den alltagsweltlichen Annahmen bzw. Hypothesen hinsichtlich der physiopathologischen Vorgänge eines rheumabedingten Veränderungsprozesses im Körper auseinander. Nicht zuletzt geht er der Frage nach der Möglichkeitseinschätzung der Krankheitsprävention bei Rheuma bzw. der daraus abzuleitenden Strategien auf der anschaulichen Handlungsebene nach.

Unter dieser Kategorie „Allgemeine ursächliche Bedingungen zur Krankheitsentstehung“ waren sämtliche Bedingungen bzw. Sachverhalte subsumiert, welche den Auffassungen bzw. den Annahmen der Befragten zufolge in einer unspezifischen, ursächlichen Beziehung zum Krankheitsgeschehen von Rheuma stehen. Hierbei waren die gruppenspezifischen Nennungen im folgenden Maße verteilt: „Organische Ursachen“, „Äußere Eingriffe“, „Psyche/ Einstellung/ seelische Konstitution“ und „Antikörperreaktion“ bei der deutschen Gruppe; „Wochenbettbedingte Fehlverhalten“, „Fehlverhalten in der Kindheit, Jugend bzw. Vergangenheit“, „Dauerhafte Anhäufung von Verletzungen/Blutergüssen im

¹ „Heiße Nahrungsmittel“: vgl. Abschnitt I.4.2.2.

Bewegungsapparat“ und „Schlechter Schlaf“ bei der taiwanesischen Gruppe. Im Folgenden wird auf die *Kategorien IV*. „Ernährung“ sowie die taiwanesischspezifischen Kategorien „Wochenbettbedingte Fehlverhalten“, „Fehlverhalten in der Kindheit, Jugend bzw. Vergangenheit“ und „Dauerhafte Anhäufung von Verletzungen/Blutergüssen im Bewegungsapparat“ näher eingegangen.

Ernährung

Der Ernährungsaspekt wurde von beiden Stichproben artikuliert. In quantitativer Hinsicht wurden Ernährungsfehler in Übermaß und Mangel an bestimmten Nährstoffen bzw. Substanzen unterteilt. Innerhalb der *Unterkategorie* „Übermaß“ wurden ausschließlich bei der taiwanesischen Gruppe drei Konzepte „kalte Getränke/ rohe Speisen“, „kalte Nahrungsmittel“ und „giftige Nahrungsmittel“ extrahiert. Das Ertere bezieht sich auf eisgekühlte Getränke oder ungekarte Speisen, welche gemäß der chinesischen Diätetik auf Dauer das „Qi“ im menschlichen Organismus (und vor allem von Magen und Milz) schwächen (vgl. Focks & Hillenbrand, 2000, S. 336). Die anderen Eigenschaftsbezeichnungen wie „Kälte“ und „Gift“ entsprechen nicht den üblichen physikalischen bzw. chemischen Merkmalen und deren Bedeutungen sind nur unter Heranziehen kulturspezifischen Wissens der Traditionellen Chinesischen Medizin nachvollziehbar. Die ausführliche Darlegungen der Traditionellen Chinesischen Medizin sind dem Abschnitt I.4.2.2. zu entnehmen.

Wochenbettbedingte Fehlverhalten

Nach den chinesischen Bräuchen unterliegen Frauen direkt nach einer Entbindung und in einem Zeitraum von mindestens vier Wochen einer Reihe von ritualisierten Verhaltensweisen: u.a. dürfen sie ihre Haare und ihren Körper nicht waschen, sich nicht körperlich anstrengen sowie ihren Körper regelmäßig mit ausgewählten, besonders nahrhaften Speisen stärken. Beim Nicht-Einhalten dieser Regeln drohen nicht nur eine Schwächung konstitutioneller Ressourcen sondern auch massive gesundheitliche Schäden (vgl. Wong, 1994). Vor allem ist die Ernährung der entbundenen Frauen streng reglementiert. Da der Körper einer Frau nach der Entbindung sehr geschwächt und daher als „kalt“ zu bezeichnen ist, sind „warme“ Speisen im Sinne der chinesischen Diätetik (vgl. Abschnitt I.4.2.2.) zwecks Kompensation der Körperenergien vermehrt zu sich zu nehmen, während „kalte“ Nahrungsmittel grundsätzlich vermieden werden (vgl. Zhang, 1994). Die taiwanesisch spezifischen Nennungen spiegeln diese bis heute weit verbreiteten Wissensinhalte genau wider.

Fehlverhalten in der Kindheit, Jugend bzw. Vergangenheit

Bei dieser lediglich taiwanesisch zutreffenden Kategorie handelt es sich um eine Vielzahl als fehlerhaft geltender Verhaltensweisen, welche nicht unbedingt aktuell auftreten müssen, sondern vor allem auch lange zurückliegen könnten. Auf eine akkumulierende Art und Weise können gemäß dieser Lehre die Anhäufungen derartig ungünstiger Verhaltensweisen über einen ausgedehnten Zeitraum hinweg einen negativen Einfluss auf die Krankheitsentstehung von Rheuma in einem späteren, jedoch unbestimmten Lebensalter nehmen. Als ausschlaggebend gelten folgende Verhaltensweisen: 1) Kalte Getränke unmittelbar nach Sport/Schwitzen bzw. nach Sonnenbad, 2) Kalte Dusche/ kaltes Bad unmittelbar nach Sport/Schwitzen bzw. nach Sonnenbad, 3) Benutzen von Ventilator/ Klimaanlage bei feuchtem Körper, 4) Wechselbäder mit kaltem und warmem Wasser, 5) Schnelles Abwechseln von kaltem und heißem Getränk, 6) Dusche unmittelbar vor Schlaf, 7) Übermäßiger Kontakt mit Wasser und 8) auf dem kalten Boden schlafen. Auffälligerweise handelt es sich bei der Mehrzahl dieser Fehlverhalten entweder um eine abrupte Zufuhr von kalten Energien in einen gut durchgewärmten Organismus oder um das Aussetzen des Körpers in physikalisch extreme Zustände. Die hier extrahierten Verhaltensvarianten sind eindeutig auf die Lehre der Traditionellen Chinesischen Medizin zurückzuführen, nach deren Auffassung eine fehlende Balance des Yin-Yang bzw. des Kälte-Wärme-Verhältnisses im menschlichen Organismus die Quelle von Krankheiten darstellt.

Dauerhafte Anhäufung von Verletzungen/Blutergüssen im Bewegungsapparat

Analog zur vorhergehenden Kategorie hinsichtlich der Fehlverhalten waren der Vorstellungen der taiwanesischen Gruppe zufolge unspezifische körperliche Verletzungen aus der Vergangenheit ebenfalls in der Lage, sich gemäß eines vergleichbaren akkumulativen Prinzips, ohne einen direkten zeitlichen Zusammenhang, ungünstig auf die Krankheitsanfälligkeit der Individuen gegenüber Rheuma auszuwirken. Im Hinblick auf die Eigenarten der betreffenden Verletzungen wurden zwischen unbehandelten/ nicht vollständig auskurierten Verletzungen und falsch behandelten Verletzungen unterschieden. Offensichtlich basiert diese Denkart nicht auf einer schlüssigen Ursache-Wirkung-Logik, vielmehr geht es hier um eine „allgemeingültige Wahrscheinlichkeitsaussage“ bzw. eine „Volksweisheit“, die dazugehörige Kulturmitglieder vor Fahrlässigkeit im Umgang mit dem eigenem Körper warnt.

III.1.1.4. Die vierte Kategorie II.: Behandlung

1. Methoden der Behandlung					
D					
* allgemein – rheumaspezifisch					
* standardmäßig – individuell					
Schulmedizinische Methoden SP * Diagnostische Stärke * Begrenztes Behandlungsrepertoire * Kurzfristige Behandlungseffekte	Medikamentöse Behandlung				
	IB				
	*nur bei akutem Fall				
	Bsp				
	* Kortison		* Gold		
	* Schmerzmittel		* Antibiotika		
	1. entzündungshemmend	2. schmerzlindernd		3. muskelentspannend	
	Arzneimittel zur äußeren Anwendung				
	1. Salben	2. Spritzen	3. Wärmepflaster	3. Spray	4. Verband
	Operation				
Krankenhaus/ Rehabilitationsmaßnahmen					
Punktion					
Traditionelle Chinesische Medizin IB * als erste Wahl * als letzte Instanz * bei chronischem Verlauf * Parallel zu schulmedizinischer Behandlung * nach Misserfolg schulmedizinischer Behandlung SP * Dauerhafte Behandlungseffekte * Höhere Popularität in Taiwan	Akupunktur				
	Moxibustion ¹				
	Akupressur				
	Knocheneinrenken				
	Arzneimittel als				
	1. Pillen/ Kräutermixtur	2. Pflaster	3. Salben/ Öle	4. Inhalationsstoffe	
	Qi-Gong ² Übungen				
	Entfernung von „schlechtem Blut“				
	Sonstige Behandlungsmethoden	Wärmebehandlung			
1. Heißluft		2. Rotlicht/ Wärmestab/ Wärmekissen	3. Fangopackungen	4. Moorbäder	5. Sonnenbad
IB					
* Keine Schwellung					
Wasserbehandlung					
1. Heilbäder		2. Kneipp-Kur		3. Unterwassermassage	
Physiotherapie/ Massage					
Krankengymnastik/ Bewegungstherapie					
Kälte					
1. Eistherapie					
Naturheilmittel					
1. Weihrauch/ Kräuter		2. Bachtherapie			
Kuren					
Psychotherapie					
1. Gesprächstherapie		2. Entspannungsverfahren		3. Schmerzbewältigung	
Ernährungsberatung					

¹ Moxibustion: Eine Therapiemethode der Traditionellen Chinesischen Medizin, bei der Akupunkturpunkte mit glimmendem Beifuß erwärmt und stimuliert werden (vgl. Focks & Hillenbrand, 2000).

² „Qi-Gong-Übungen“: Eine altchinesische Übungsmethode zur Aufrechterhaltung der Gesundheit, bei welcher die geistige Konzentration, die Atmung und die körperlichen Bewegungen feste Bestandteile sind. Durch willentliche Steuerungen ist in erster Linie das „Qi“ zu regulieren, was langfristig die inneren Potentiale der menschlichen Organismus stimuliert bzw. freisetzt und entsprechende therapeutische Wirkungen erzielt (vgl. Zhang 1994).

1. Methoden der Behandlung (Fortsetzung)	
Sonstige Behandlungsmethoden	Rheumazubehör
	Placebo
	Schienung
	Homöopathie
	Schamanismus/ Exorzismus

2. Zeitlicher Faktor der Behandlung
D
* langfristig – akut
* frühzeitig – akut

3. Effektivität der Behandlung
D
* Kein Effekt – begrenzt – groß
IB
* Individueller Unterschied
* Krankheitsverlauf/ -dauer
* Glaube
* Verträglichkeit der Medikamente
* Beweglichkeit der Betroffenen
* Qualität der Behandlung

4. Verfügbarkeit der Behandlung
D
* nicht verfügbar – bedingt verfügbar – verfügbar
IB
* Wissen über
1. Therapieeinrichtungen
2. Fachrichtung
* Offener Zugang zu Therapien
* Wartezeit

5. Erwartungen gegenüber ärztlicher Behandlung	
Sichere Diagnose/ Einschätzung des Gesundheitszustandes der Betroffenen	Ultraschall
	Bluttest
	Röntgen
Umfassende Angebote	Konkrete Handlungsanweisungen
	1. Ernährung 2. Sport/ Übungen 3. Medikamente 4. Wohnsituation
	Informationen über
	1. Hinweise auf Gefahren 2. Krankheit
Heilung	
Akute Maßnahmen/ Schmerzlinderung	
Überweisung zu Fachärzten	
Psychische Mobilisierung	
Ursachenforschung	

6. Sicherheit bei der Wahl der Behandlung

D

- * unsicher – sicher

IB

- * Wissen über
 1. kausale Zusammenhänge von Ursachen und Symptomen
 2. Vor- und Nachteile der Behandlungen

7. Compliance gegenüber ärztlicher Behandlung

D

- * niedrig –selektiv—hoch

8. Notwendigkeit der Behandlung

D

- * nicht notwendig – Ich weiß nicht/ unklar – notwendig

IB

- * Spontane Besserung bei besserer Wetterlage

Der inhaltliche Fokus dieses Relevanzbereiches richtet sich auf den Behandlungsaspekt im Falle einer rheumatischen Erkrankung. In konzeptueller Abgrenzung zur nachfolgenden Kategorie II. „Selbstmanagement“ steht hierbei die Erwägung bzw. Inanspruchnahme eines professionellen Heilverfahrens unterschiedlichster Fachrichtungen von Seiten der Betroffenen im Mittelpunkt des Untersuchungsinteresses. Auf der Grundlage der explorierten Kenntnisse bzw. Annahmen der befragten Personen wurden unter der *Kategorie II. 4.* Merkmale und Varianten der rheumarelevanten Behandlungsmaßnahmen subsumiert.

Auf dem Niveau der *Kategorien III.* war kein Gruppeneffekt identifizierbar. Bis auf die Kategorie „Erwartungen gegenüber ärztlicher Behandlung“ konnten bei allen *Kategorien III.* durchgehend in der Nebenstruktur paradigmatische Eigenschaften konstruiert werden. Dagegen wurden bezüglich der hierarchischen Fortentwicklung des Kategoriensystems weitere untergeordnete Kategorien (*Kategorien IV.*) lediglich bei zwei der oben genannten *Kategorien III.* entdeckt: „Methoden der Behandlung“ und „Erwartungen gegenüber ärztlicher Behandlung“.

III. 1.1.5. Die fünfte Kategorie II.: Selbstmanagement

1. Strategien zum Selbstmanagement	
D	
* allgemein – rheumaspezifisch	
Entwicklung der inneren Einstellung gegenüber der Krankheit IB * Schweregrad der Beschwerden/ Krankheitsstadium * Selbstbild des Betroffenen * Vorerfahrungen mit Krankheiten	Aktiver Widerstand
	1. Akzeptanz/ Zuversicht 2. Offenheit gegenüber Behandlung und Copingstrategien
	Passiver Widerstand
	1. Gewöhnung 2. Aushalten
	Verdrängen/ Ignoranz/ Egalität
	IB
	* Schweregrad der Beschwerden
	* Grad der emotionalen Beteiligung
	Verzweiflung/ Verunsicherung
	Selbstmitleid/ Übernahme der Krankenrolle
Fokussierung auf somatische Beschwerden/ Vernachlässigung des psychischen Befindens	
Entwicklung von Copingstrategien	Suche nach Informationen
	1. Ursachen 2. Behandlung/ Coping 3. Spezialisten/ Facheinrichtungen 4. Prognose 5. Krankheitsdefinition 6. Differenzen zwischen professionellem und Laienverständnis
	Hilfesuche bei Experten* (Ergänzungstabelle 2)
	IB
	* Überschreitung der Schmerzgrenze
	* nach wirkungslosem Coping
	* nach wiederholten Krankheitsepisoden
	* bei eindeutigem Zusammenhang zwischen Wetterumschwung und Beschwerden
	* Persönliche Vorlieben /Gewohnheit
	* auf Drängen der Familie
1.* 2.* 3.* 4.* 5.* 6.* 7.* 8.*	
Sammlung nichtprofessioneller Ratschläge	
Austausch mit anderen Betroffenen	
Vergleich von Informationen	
Umsetzung von Informationen* (Ergänzungstabelle 3)	
1.* 2.* 3.* 4.* 5.*	
Kontrolle* (Ergänzungstabelle 4)	
1.* 2.* 3.*	

Ergänzungstabelle 2.: Hilfesuche von Experten

Hilfesuche von Experten*	
1.*: <u>Ärzte</u>	2.*: <u>Psychologen</u>
Fachärzte	3.*: <u>Experten im Bekanntenkreis</u>
Orthopäden	4.*: <u>Heilpraktiker/ Homöopathen</u>
Internisten	5.*: <u>Physiotherapeuten</u>
Neurologen	6.*: <u>Mediziner der TCM</u>
Hausärzte	7.*: <u>Volksheiler/ Knocheneinrenker</u>
Naturheilkundliche Ärzte	8.*: <u>Apotheker</u>
Institutionen	
Rheumaambulanzen	
Fachkliniken	

Ergänzungstabelle 3.: Umsetzung von Informationen

Umsetzung von Informationen*	
1. *:	<u>Realisierung professioneller Behandlungsangebote</u>
2. *:	<u>Realisierung nichtprofessionelle Angebote</u>
3. *:	<u>Aktivierung eigener Ressourcen/ Strategien</u> <i>Nennung konkreter Strategien (nur wenn nicht bereits unter 3.5. "GESUNDE LEBENSFÜHRUNG" erfasst)</i> <i>Erfinden/ Einsetzen von Techniken zur Kompensation krankheitsbedingter Einschränkungen</i> <i>Sich die Schmerzstellen reiben/ klopfen/kneifen</i> <i>Schonhaltung/Schonung</i> <i>Vermeidung von sozialer Isolation/ offene Kommunikation/ soziale Aktivitäten</i> <i>Selbstinduzierte Schmerzmedikation</i> <i>Sich Zeit nehmen</i> <i>bequeme Kleidung</i> <i>Ablenkung/ Interessen und Hobbys</i> <i>Spiritualität/ Religiosität</i>
4. *:	<u>Kombination von Behandlungsmöglichkeiten</u>

Ergänzungstabelle 4.: Kontrolle

Kontrolle*	
1. *:	<u>Selbstkontrolle</u> <i>Selbsteinschätzung</i> <i>Monitoring Einflussfaktoren auf Krankheitsverlauf</i> <i>Reflexion über Lebensführung</i> <i>Innere Befreiung von Schmerz</i> <i>Korrektur eigener Fehlverhalten</i> <i>Gefühlskontrolle</i> <i>Maximale Aufrechterhaltung alter Lebensinhalte/ -rhythmus</i>
2. *:	<u>Kontrolle über Behandlungserfolg</u> K. <i>* Arztwechsel</i> <i>* Unabhängigkeit gegenüber ärztlicher Autorität</i> <i>* Erlangen von Wissen und Kompetenz</i> <i>* Ausschluss falscher Diagnose</i>
3. *:	<u>Kontrolle über Therapiewahl</u> IB <i>* Ausmaß der Nebenwirkungen</i> <i>* Belegte Wirksamkeit</i> <i>* frühere Behandlungserfolge</i> <i>* Persönliche Präferenz</i> <i>* verfügbare Informationsquellen</i>

2. Notwendigkeit für positive Krankheitsbewältigung

D

* bedingt notwendig – notwendig

3. Zeitlicher Faktor des Selbstmanagements

D

* regelmäßig – bei Bedarf

4. Effektivität des Selbstmanagements

D

- * Kein Effekt – begrenzt – groß

IB

- * Persönlichkeit
- * Finanzielle Grenze
- * Grad der Umsetzung und Ausschöpfung der Behandlung und Copingstrategien
- * Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen bzw. mit aufgrund anderer Erkrankungen eingesetzten Medikamenten
- * Schmerztoleranz
- * Grad der Einschränkungen
- * Krankheitsattribution
- * Gesellschaftlicher Leistungsdruck
- * Grad der sozialen Unterstützung
- * Einhaltung eigener moralischer Ansprüche

5. Bedeutung im Vergleich zur Behandlung

D

- * weniger wichtig – gleich wichtig – wichtiger

Dieser Relevanzbereich befasst sich mit den Vorstellungen der Befragten darüber, was eine von Rheuma betroffene Person selbst unternehmen bzw. aktivieren könnte, um den Krankheitsprozess besser zu bewältigen. Im Gegensatz zur „Behandlung“ liegt das Augenmerk hierbei auf dem Kranken bzw. Betroffenen, was dementsprechend in der Überschrift „Selbstmanagement“ Ausdruck findet.

Auf dem Niveau der *Kategorien III.* war kein Gruppeneffekt erkennbar. Ausschließlich bei der ersten *Kategorie III.* hinsichtlich der Strategien zum Selbstmanagement konnten beträchtliche tiefergehende Kategorienebenen entwickelt werden. Innerhalb dieser Kategorie wurden zwei Hauptbereiche gebildet (*Kategorien IV.*): 1) Entwicklung der inneren Haltung gegenüber der Krankheit und 2) Entwicklung von Copingstrategien. Der Erste bezieht sich vornehmlich auf Einstellungen bzw. emotionale Verarbeitungen im Krankheitsprozess, während der Zweite mehr auf die praktische Handlungsebene eingeht. Es wurde bis hierhin kein Gruppenunterschied festgestellt.

1.1.6. Die sechste Kategorie II.: Krankheitsauswirkungen

1. Individuell IB <ul style="list-style-type: none"> * Alter/ Persönlichkeit/ Kondition * Beruf/ Wohnsituation/ Finanzielle Grenzen * Einstellung zur Krankheit * Schmerzlokalisierung/ -toleranz 				<ul style="list-style-type: none"> * erhaltene soziale Unterstützung * Krankheitsstadium * Gewohnheiten der Betroffenen * Therapieerfolg 				
Allgemein Intensität der Krankheitsauswirkungen D <ul style="list-style-type: none"> * schwach – mäßig – stark 	Gefühl des Alterns							
	Bewegungseinschränkungen							
	1. Verlangsamung		2. Mangelnde Koordination		3. Kraftlosigkeit		4. Mangelnde Ausdauer	
	Funktionseinschränkungen							
	Verlust der Mobilität							
	Krankheitsanfälligkeit/ Folgeerkrankungen							
	Bsp							
	* Geistesverwirrung							
	* Depression							
	* Herzerkrankung							
	* Arthrose							
	* Hautausschlag							
	Zwang zu Krankheitsanpassung							
	1. Tagesablauf			2. Gesamte Lebensführung				
	Emotionales Leiden							
	Verlust des Selbstbewusstseins/ Veränderung der Persönlichkeit							
	Verlust des Freiheitsgefühls							
	Vegetative Störungen							
	Schonhaltung							
	Abhängigkeit von Fremunterstützung							
	Verlust der Lebensqualität							
	Abwesenheit/ sozialer Rückzug/ Isolation							
	Medikamentöse Abhängigkeit							
Störung der Sprechfunktion/ des Denkens/ der Konzentration								
Finanzielle Einbuße								
Operation/ Klinikaufenthalt								
Suizidalität/ Verlust des Lebenswillens								
Verlust äußerer Attraktivität								
Verkürzung der Lebensdauer								
Privatleben Intensität der Krankheitsauswirkungen D <ul style="list-style-type: none"> * schwach – mäßig – stark 	Freizeiteinschränkungen							
	Vernachlässigung eigener Pflichten							
Berufsleben Intensität der Krankheitsauswirkungen D <ul style="list-style-type: none"> * schwach – mäßig – stark 	Fehlzeit am Arbeitsplatz							
	Arbeitsunfähigkeit/ Frühe Berentung							
	Keine Auswirkung							
	Umschulung							

1. Individuell (Fortsetzung)	
Körperlich Intensität der Krankheitsauswirkungen D * schwach—mäßig –stark IB * Krankheitsdauer/ -intensität * Zeitlicher Beginn der Behandlung * Erfolg der Krankheitsbewältigung	Versteifung/ Schäden der Gelenke
	Knochendeformation/ Abnutzung
	Verlust der Stützfunktion des Skelettsystems/ Lähmung/ Gehbehinderung
	Nebenwirkungen von Medikamenten
	Entstellung
	Verlust der Gesundheit
	Bleibende Schmerzen/ Verspannung
	Verkürzung der Sehnen und Muskeln/ Muskelschwäche/ Schäden der Weichteile
	Schädigung der Blutgefäße
	Verlust des Denkvermögens
	Organschäden (Herz, Magen, Darm)
	Störung des Atems
	Unterversorgung der Nervenfunktionen
Ausschlusskonzept	Verlust der äußeren Attraktivität

2. Interaktionell/ zwischenmenschlich										
IB * Schmerzintensität * Krankheitsstadium/ Grad der wahrnehmbaren Einschränkungen * Zeit * Image der Krankheit * Betroffene (nur Ergänzungen zu 6.1. IB) 1. Attribution der Stimmungslage auf Krankheit 2. Image der Person am Arbeitsplatz	* Mitmenschen 1. Art des Verhältnisses 2. Wissen über Krankheit und Krankheitsursachen 3. Alter 4. Attribution der Stimmungslage der Betroffenen auf die Krankheit 5. Relevanz für die eigene Person									
	Allgemein Kommunikation zwischen Betroffenen und Mitmenschen 1. <i>Stil</i> <i>boshaft</i> <i>vorsichtig/ unsicher</i> <i>neutral</i> <i>eingeschränkt/ reduziert</i>	2. <i>Inhalt</i> <i>Vermeidung des Themas Krankheit</i> <i>Auseinandersetzung mit Krankheit</i>								
	Intensität der Krankheitsauswirkungen D * schwach – mäßig – stark	Umgang der Mitmenschen mit Betroffenen* (Ergänzungstabelle 5.) <table border="1"> <tr> <td>1.*</td> <td>2.*</td> <td>3.*</td> <td>4.*</td> <td>5.*</td> <td>6.*</td> <td>7.*</td> <td>8.*</td> </tr> </table>	1.*	2.*	3.*	4.*	5.*	6.*	7.*	8.*
	1.*	2.*	3.*	4.*	5.*	6.*	7.*	8.*		
	Einstellungen der Mitmenschen gegenüber Krankheit und krankheitsbedingten Veränderungen 1. <i>Akzeptanz</i> 2. <i>Nicht-Akzeptanz/ Hinnehmen/ dulden</i> 3. <i>Verdrängen</i> 4. <i>Auseinandersetzung</i> 5. <i>Egalität</i> 6. <i>Mitgefühl</i>									
	Wünsche der Betroffenen im sozialen Umgang 1. <i>Hilfsbereitschaft/ Zuneigung</i> 2. <i>Kein Mitleid</i> 3. <i>Keine Vorsichtshaltung</i> 4. <i>Keine übertriebene Hilfsbereitschaft</i> 5. <i>Keine Abwertung der Person</i>									
	Zuschreibung der Krankenrolle 1. <i>durch Betroffene selbst</i> K <i>Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbewertung</i>	2. <i>durch Mitmenschen</i> K <i>Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbewertung</i>								
		3. <i>durch beide</i> K <i>Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbewertung</i>								

Ergänzungstabelle 5.: Umgang der Mitmenschen mit Betroffenen

Umgang der Mitmenschen mit Betroffenen*	
1. *: <u>Rücksichtnahme/ Verständnis</u>	5. *: <u>Keine Veränderung</u>
2. *: <u>Hilfestellung/ Ergreifen eigener Initiative</u>	6. *: <u>Ausgrenzung</u>
3. *: <u>Zunahme von Verpflichtungen</u>	7. *: <u>Zuwendung</u>
4. *: <u>Betroffene aktivieren/ motivieren</u>	8. *: <u>Reagieren auf Wünsche der Betroffenen</u>

2. Interaktionell/ zwischenmenschlich (Fortsetzung 1.)							
Privatleben Intensität der Krankheitsauswirkungen D * schwach – mäßig – stark	Art der betroffenen Mitmenschen						
	1. Partner		2. Familie		3. Freunde		
	Kommunikation (nur Ergänzungen zu 6.2./Allgemein/ Kommunikation)						
	1. Stil <i>offen/ konfliktbereit</i>			2. Inhalt <i>Krankheit als Reizthema</i> <i>Suche nach Krankenbetreuung</i> <i>Langfristige Lebensplanung</i> <i>Befindlichkeit der Betroffenen</i>			
	Umgang der Mitmenschen* (nur Ergänzungen zu 6.2./Allgemein/ Umgang) (Ergänzungstabelle 6.)						
	1. *	2. *	3. *	4. *	5. *	6. *	
	Veränderung der Bewertung der eigenen Person und anderer Personen						
	Rollenverschiebung in der Beziehung						
	Veränderung der Gefühle zueinander						
	Anspannungen* (Ergänzungstabelle 7.)						
	1. *	2. *	3. *	4. *	5. *	6. *	7. *
	Belastungen						
	1. <i>verminderte soziale Kontakte</i>		2. <i>Verlust des Freiheitsgefühls gegenüber Mitmenschen</i>		3. <i>Einschränkung der Sexualität</i>		3. <i>Trennung/ Scheidung</i>
	Intensivierung der Partnerschaft						
Umgang der Mitmenschen nach außen							
1. Imagepflege							

Ergänzungstabelle 6.: Umgang der Mitmenschen

Umgang der Mitmenschen*	
1. *: <u>Druck ausüben/ Forderung auf Einhalten von Pflichten/ Klagen</u>	4. *: <u>Verantwortung übernehmen</u> <i>für Suche nach weiteren Therapieangeboten</i> <i>für Umsetzung der Behandlung</i> <i>für Einhaltung der Umgangsregeln</i>
2. *: <u>sich abgrenzen</u>	5. *: <u>Zusätzliche Angebote</u> <i>Schmerzlindernde Maßnahme/ Massage</i> <i>Bessere Nahrung/ nahrungsergänzende Stärkung</i>
3. *: <u>Grenzen setzen</u>	6. *: <u>Optimismus vertreten</u>

Ergänzungstabelle 7.: Anspannungen

Anspannungen*	
1. *: <i>Verärgerung/ Reizbarkeit</i>	5. *: <i>Mitleid</i>
2. *: <i>Unverständnis</i>	6. *: <i>Skepsis</i>
3. *: <i>Überforderung</i>	7. *: <i>Hilflosigkeit</i>
4. *: <i>Schulduweisung</i>	

2. Interaktionell/ zwischenmenschlich (Fortsetzung 2.)				
Berufsleben Intensität der Krankheitsauswirkungen D * schwach – mäßig – stark	Verstärkte Rücksichtnahme von Kollegen			
	Zunahme an Belastungen/ Arbeitsaufwand für Kollegen			
	Isolation der Betroffenen vom Entscheidungsprozess			
	Notwendigkeit neuer Lösungen			
	1. <i>Versetzung</i>	2. <i>Reduzierung der Arbeitszeit</i>	3. <i>Kündigung/ Berentung</i>	4. <i>Einsatz von Hilfsmitteln</i>
	Veränderung des Arbeitsklimas			
	1. <i>Mauscheln/ Jammern/ Klagen</i>	2. <i>Mobbing</i>	3. <i>Offene Konfrontation</i>	
	Sozialer Rückzug der Betroffenen			
	Nicht-Ernstnehmen der Krankheit von Kollegen			
	Gesichtwahrendes Verhalten			
	1. <i>Beschwerden nicht bemerkbar machen</i>		2. <i>Vermeidung des Themas Krankheit</i>	

Dieser Relevanzbereich setzt sich mit allen denkbaren Folgen einer rheumatischen Erkrankung gemäß der Auffassungen bzw. Vorstellungen der Interviewten auseinander. Zunächst wurden diese in zwei Hauptbereiche untergliedert (*Kategorien III.*): 1) individuell und 2) interaktionell/ zwischenmenschlich. Sinngemäß wurden sämtliche Krankheitsauswirkungen auf der personalen Ebene im Ersteren und auf der interpersonellen Ebene im Letzteren eingeordnet. Inhaltlich wurden die Krankheitsauswirkungen auf der individuellen Ebene weiter differenziert in fünf Komponenten (*Kategorien IV.*): 1) Allgemein, 2) Privatleben, 3) Berufsleben, 4) körperlich und 5) Ausschlusskonzept. Die Krankheitsauswirkungen auf der interpersonellen Ebene wurden dagegen in drei Teilbereiche (*Kategorien IV.*) aufgespalten: 1) Allgemein, 2) Privatleben und 3) Berufsleben.

III. 1.1.7. Die siebte Kategorie II.: Aspekte zur Einschätzung des eigenen Risikos, an Rheuma zu erkranken

1. Allgemeine Risiken	
Vergleich mit statistischen Daten	
Unberechenbarkeit des Lebens	
Gerechte Verteilung von Glück und Unglück im Leben	

2. Persönliche Faktoren	
Rheuma in der Familie D * nicht vorhanden – vorhanden	
Vergleich mit anderen Krankheiten in der Familie	Krankheiten, die wahrscheinlicher als Rheuma auftreten würden
	Krankheiten, die das Rheumarisiko erhöhen Bsp * Gicht
Körperliche Konstitution	Schwache Bindegewebe
	Schwaches Immunsystem
	schwache Knochen
Art der Lebensführung	

2. Persönliche Faktoren (Fortsetzung)	
Hoffnung auf Krankheitsfreiheit	
Kein Krankheitszeichen bisher	
Eigene Vorerkrankungen	
Intuition	
Verminderte Krankheitswahrscheinlichkeit aufgrund des Alters	
Klimazone	
Komplikationen durch alte Körpervletzung	
Berufsbedingte Risiken	
Persönlichkeit/ Charakter	

3. Vorstellungen über Krankheitsverursachung

Dieser Relevanzbereich geht der Frage nach den Überprüfungskriterien nach, welche die Interviewpersonen für ihre eigene Risikoeinschätzung gegenüber Rheuma zugrundelegten. Es entstanden insgesamt drei Unterbereiche (*Kategorien III.*) mit den Überschriften: 1) Allgemeine Risiken, 2) Persönliche Faktoren, 3) Vorstellungen über Krankheitsursachen.

III. 1.1.8. Die achte Kategorie II.: Krankheitsverlauf

1. Art des Krankheitsverlaufs	
Chronischer Verlauf	
Remittierender bzw. schwankender Verlauf	Schübe IB * Wetterumschwung/ Jahreszeitenwechsel
	Intervalle
Verschlechternder Verlauf IB * bei Polyarthritits	
Schleichender Verlauf	
Kein klassischer Verlauf	

2. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs
D * nicht beeinflussbar – unklar – beeinflussbar * negativ – positiv * schwach – mäßig – stark

Dieser Relevanzbereich befasst sich mit dem Verständnis der Befragten über den Krankheitsverlauf bzw. die Krankheitsentwicklung bei Rheuma. Insgesamt konnten zwei Unterbereiche (*Kategorien III.*) herausgearbeitet werden: 1) Art des Krankheitsverlaufs und 2) Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs. Alle diese Kategorien wurden bei beiden Vergleichsgruppen registriert, wobei deren weitere Spezifizierung unterschiedliche Gruppeneffekte aufwies.

III.1.1.9. Die neunte Kategorie II.: Krankheitsfunktionen

Dieser Relevanzbereich fasst den denkbaren Nutzen zusammen, den die Befragten meinten, aus einer Krankheit wie Rheuma ziehen zu können. Die Einzelheiten der aus der Kategorie II. 9. entwickelten *Kategorien III.* wurden bereits an früherer Stelle (siehe Tabelle III. 1.) dargestellt und ausführlich beschrieben.

III. 1.1.10. Die zehnte Kategorie II.: Sonstige Assoziationen

10.1. Emotion
Abwehr
Schock
Angst
Hilflosigkeit
Nicht näher bezeichnete negative Gefühle
Keine Erregung/ Neutralität

10.2. Kognition
Krankheit als leidvoll (Betroffene als Sklave der Krankheit).
Krankheit als Schicksal/ Pech
Krankheit als Strafe für eigenes Fehlverhalten
Krankheit als schwer fassbar
Krankheit als Behinderung
Kranke dürfen nicht diskriminiert werden
Krankheit als stark isolierend
Rheuma ist harmlos/ Rheuma ist keine Krankheit.
Rheuma ist kein medizinischer Fachbegriff.
Rheuma ist eine Zivilisationskrankheit.
Der Begriff Rheuma ist eine chinesische Erfindung./ Rheuma ist eine traditionell chinesische Krankheit.
Rheuma als Alarm für eine wartungsbedürftige Maschine (Körper).

Dieser Relevanzbereich dient in erster Linie zur Sammlung bisher nicht zu den bestehenden Kategorien zuordenbarer bzw. nicht erfasster Vorstellungen und Assoziationen der Befragten zum Thema Rheuma. Gemäß der qualitativen Eigenschaft der Assoziationen wurden sie in zwei Unterbereiche (*Kategorien III.*) klassifiziert: 1) Emotion und 2) Kognition.

III. 1.2. Ergebnisse der Typenbildung

Wie bereits im Methodenteil, Abschnitt II. 3.3.4. beschrieben, wurden der Typenbildung insgesamt fünf Einschätzungsmerkmale mit je zwei bis drei Ausprägungen als Unterscheidungskriterien zugrundegelegt: 1) „Bedrohlichkeit der Krankheit“ (mit drei Ausprägungen keine/ mittel/ hoch), 2) „Beeinflussbarkeit der Krankheitsentstehung“, 3) „Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Behandlung“, 4) „Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Selbstmanagement“ (mit je drei Ausprägungen gering/ mittel/ hoch) sowie 5) „traditionelle ursächliche Vorstellungen“ (mit zwei Ausprägungen ohne/mit). Im tatsächlichen Verlauf des Typisierungsprozesses stellte sich das letzt genannte Kriterium jedoch als wenig nützlich heraus, da zum einen durch dieses eine unökonomische Vielzahl an Typen mit jeweils geringer Typengröße entstanden wäre. Zum anderen wären derartige „Mintypen“ inhaltlich schwer interpretierbar und daher kaum zweckmäßig. Aufgrund dieser Überlegungen blieb das Unterscheidungskriterium „traditionelle ursächliche Vorstellungen“ für die typenbildenden Prozedere schließlich unberücksichtigt.

Das erste Unterscheidungskriterium bezieht sich auf die emotionale Bewertung der Befragten über den Grad der Bedrohlichkeit, welche mit dem Krankheitsbild Rheuma assoziiert wird. Die restlichen drei verbliebenen Kriterien enthalten durchgehend den Begriff „Beeinflussbarkeit“, welche bezogen auf die Thematik der Arbeit als eine Erwartungseinschätzung von Alltagspersonen aufgefasst werden kann, ob rheumaspezifische Krankheitsentwicklungen grundsätzlich beeinflussbar sind oder nicht. In Anlehnung an das frühe Aufgliederungsmodell von Caplan (1964; vgl. Darstellung bei Bastine, 1992, S. 59), wonach abhängig vom Zeitpunkt des Einsetzens zwischen der primären, sekundären und tertiären Phase der Prävention (im Sinne von allgemeinen psychologischen Interventionen) unterschieden wird, kann hier der Gegenstandsbereich „Beeinflussbarkeit“ unter dem zeitlichen Gesichtspunkt in zwei Stufen untergliedert werden.

Die *primäre Beeinflussbarkeit* verweist auf das hypothetische bzw. wahrgenommene Einflusspektrum der Individuen in der Phase vor einem Krankheitsausbruch und geht der Frage nach, auf welche Art und Weise das Auftreten der Krankheit Rheuma zu verhindern ist. Hierbei sind die Identifizierung einerseits und die Eliminierung von Bedingungen andererseits besonders wichtig, welche für die Krankheitsentstehung verantwortlich sind oder diese

begünstigen. Die *primäre Beeinflussung* lässt sich durch den Begriff „Prävention“ inhaltlich treffend umschreiben und wird in der Typisierung durch das Unterscheidungskriterium „Beeinflussbarkeit der Krankheitsentstehung“ repräsentiert.

Die *sekundäre Beeinflussbarkeit* befasst sich hingegen mit den Einflussmöglichkeiten in der Zeit nach einem Krankheitsauftritt bzw. bei bereits vorhandenen Symptomen und Beschwerden. Dabei kann die *sekundäre Beeinflussung* durch zweierlei Ansatzweisen vollzogen werden: durch Behandlung mit fremden, professionellen Maßnahmen oder aber durch Selbstmanagement im Sinne von Handeln bzw. Coping der betroffenen Personen. Die erste Ansatzweise wird in der Typisierung vom Unterscheidungskriterium „Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Behandlung“, die Letztere wird von „Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Selbstmanagement“ vertreten.

Tab. III. 3.: Primäre und sekundäre Beeinflussbarkeit

Beeinflussbarkeit		Intervenierende Bedingungen zur Beeinflussung	Konkrete Handlungsvariante zur Erhöhung der Beeinflussung
Primär: Prävention		<ul style="list-style-type: none"> * Wissen über Krankheitsursachen und präventive Maßnahmen * Wille zur Umsetzung * Veranlagung 	<ul style="list-style-type: none"> * Frühzeitiges Erkennen von und Reagieren auf Krankheitszeichen * Vorbeugung somatischer Vorerkrankung * Gesunde Lebensführung
Sekundär:	Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> * Individueller Unterschied * Krankheitsverlauf/ -dauer * Glaube * Verträglichkeit der Medikamente * Beweglichkeit der Betroffenen * Qualität der Behandlung 	Siehe 4. Kategorie II./1.: Methoden der Behandlung
	Selbstmanagement	<ul style="list-style-type: none"> * Persönlichkeit * Finanzielle Grenze * Grad der Umsetzung und Ausschöpfung von Behandlung und Copingstrategien * Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen bzw. mit aufgrund anderer Erkrankungen eingesetzter Medikamente * Schmerztoleranz * Grad der Einschränkungen * Krankheitsattribution * Gesellschaftlicher Leistungsdruck * Grad der sozialen Unterstützung * Einhaltung eigener moralischer Ansprüche 	Siehe 5. Kategorie II./1.: Strategien zum Selbstmanagement

Legende: „ohne Markierung“: beide Gruppen, „hellgrau“: nur deutsch, „dunkelgrau“: nur taiwanesisch

Zur Verdeutlichung der bisher erörterten Struktur sind alle mit dem Gegenstandsbereich „Beeinflussbarkeit“ zusammenhängenden Nennungen im Kategoriensystem nochmals gesondert in der obigen Tabelle aufgelistet, welche sich abgesehen von der zeitlichen Abgrenzung hauptsächlich in zwei Inhaltsgruppen klassifizieren lassen: „intervenierende Bedingungen zur Beeinflussung“ und „konkrete Handlungsvariante zur Erhöhung der Beeinflussung“.

In der folgenden Ergebnisdarstellung werden die identifizierten Typen bzw. Untertypen für die taiwanesischen und deutsche Population getrennt aufgeführt und anschließend der gruppenübergreifende Typus beschrieben.

III. 1.2.1. Ergebnisse der Typenbildung/ taiwanesisch

Innerhalb der taiwanesischen Population konnten zwei Haupttypen mit zwei bzw. drei Untertypen konstruiert werden.

Typ I./ taiwanesisch (Typ tw. I.): „Rheuma ist nicht bedrohlich.“

Im Typ I. der taiwanesischen Stichprobe wurden insgesamt zwanzig Probanden zusammengeschlossen (N=20). Thematisch hebt sich dieser klar durch die Bewertung der Krankheit Rheuma als „nicht bedrohlich“ hervor, während die Einschätzungen bezüglich der Beeinflussbarkeit auf den Ebenen der Krankheitsentstehung und des Krankheitsverlaufs dagegen unterschiedlich ausfielen. Unter Berücksichtigung sämtlicher Unterscheidungskriterien konnten insgesamt drei Untertypen gebildet werden, welche unten zunächst tabellarisch und anschließend inhaltlich umrissen werden. Die Reihenfolge der Untertypen spiegelt die Größenordnung der Untertypen wider.

Tab. III. 4.: Drei Untertypen des ersten Typs der taiwanesischen Gruppe: „Rheuma ist nicht bedrohlich.“

Typ tw. I. (N=20)		<i>Untertypen</i>		
		1.	2.	3.
Bedrohlichkeit der Krankheit		keine		
Beeinflussbarkeit der Krankheitsentstehung		mittel- hoch	gering	mittel – hoch
Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs	durch Behandlung	mittel- hoch	mittel- hoch	gering
	durch Selbstmanagement	mittel- hoch	mittel- hoch	gering
Probanden-Code		Tm 01, Tm 03, Tm 04, Tm 05, Tm 06, Tm 07, Tm 08, Tm 10, Tm 12, Tf 03, Tf 04, Tf 05, Tf 09, Tf 10, Tf12, Tf 16	Tf 06, Tf 15, Tf 17	Tf 11
Größe der Untertypen		N= 16	N=3	N= 1

Legende: „tw“: taiwanesisch, „Tm“: taiwanesisch und männlich, „Tf“: taiwanesisch und weiblich. Die grau markierte Zeile steht für das zentrale Merkmal des Typs.

Der erste Untertyp des Typ tw. I. (Typ tw. I./1.) vereinte sechzehn Probanden der taiwanesischen Gruppe, welche eine mittlere bis hohe Ausprägung sowohl auf der primären als auch auf der sekundären Ebene der Beeinflussbarkeit vertraten. Sie assoziierten mit der Krankheit Rheuma keine ernsthafte Gefahr und gingen davon aus, dass man sowohl präventiv, therapeutisch wie auch durch eigenes Handeln positiv auf das Krankheitsgeschehen einwirken kann.

Der zweite Untertyp des Typ tw. I. (Typ tw. I./2.) repräsentiert die Ansichten von drei taiwanesischen Probanden, welche sich durch eine geringe primäre Beeinflussbarkeit einerseits, und eine mittlere bis hohe sekundäre Beeinflussbarkeit andererseits auszeichnen. Dementsprechend sieht dieser Typus in der Krankheit Rheuma ebenfalls keine Bedrohung für ihre eigene Person in der Gegenwart. Er ist jedoch der Auffassung, über kein bzw. kaum Handlungsrepertoire zu verfügen, um einen eventuellen Krankheitsauftritt im Vorfeld zu

verhindern. Gleichwohl rechnet er mit einer großen Wahrscheinlichkeit hinsichtlich der Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs im Krankheitsfall.

Der dritte Untertyp vom Typ tw. I. (Typ tw. I./3.) beinhaltet lediglich eine einzige taiwanesischen Probandin, die neben der Nicht-Bedrohlichkeit der Krankheit Rheuma die primäre Beeinflussbarkeit der Krankheit als mittel bis hoch und im Gegensatz dazu die sekundäre Beeinflussbarkeit der Krankheit als gering einstufte. Demnach lässt sich Rheuma zwar im ausreichenden Maß vorbeugen, dies sei aber nach einem Krankheitsausbruch kaum beeinflussbar.

Typ II./ taiwanesisch (Typ tw. II.):

„Rheuma ist bedrohlich aber die Krankheit kann vorgebeugt werden“

Die Anzahl der Personen, die dem zweiten taiwanesischen Haupttyp zugeordnet werden können, beträgt zehn. Dieser Typus ist gekennzeichnet durch die Kombination von zwei Kriterien: 1) Die Krankheit Rheuma ist mittel bis hochgradig bedrohlich und 2) Die Krankheitsentstehung bei Rheuma ist mittel bis hochgradig beeinflussbar. Die Tabelle III. 5. auf der nächsten Seite fasst die Ergebnisse vom Typ tw. II. mit zwei Untertypen zusammen. Die Reihenfolge der Untertypen ergab sich aus der Anzahl der jeweiligen Untertypen (N).

Dabei umfasst der erste Untertyp vom Typ tw. II. (Typ tw. II./1.) acht taiwanesischen Probanden. Er stach insofern leicht hervor, als hierbei eine durchgehende, mittlere bis hohe Ausprägung bei allen vier Unterscheidungskriterien festzustellen war. Dieser Typus erkennt zwar in Rheuma eine gefährliche und bedrohliche Erkrankung, gleichzeitig wird aber davon ausgegangen, dass die Krankheit sowohl vorbeugbar wie auch therapeutisch mittels fremden bzw. eigenen Handelns ausreichend beeinflussbar ist. Auffälligerweise grenzt sich dieser Untertyp lediglich durch das Unterscheidungskriterium „Bedrohlichkeit der Krankheit“ vom ersten Untertyp des Typ I. (N=16) ab, da die Einflussmöglichkeiten auf die Krankheit in den beiden Fällen einheitlich als mittel bis hoch angegeben wurden.

Tab. III. 5.: Zwei Untertypen des zweiten Typs der taiwanesischen Vergleichsgruppe:
 „Rheuma ist bedrohlich aber die Krankheit kann vorgebeugt werden.“

Typ tw. II. (N=10)		<i>Untertypen</i>	
		1.	2.
Bedrohlichkeit der Krankheit		mittel- hoch	
Beeinflussbarkeit der Krankheitsentstehung			
Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs	Durch Behandlung	mittel- hoch	Gering
	durch Selbstmanagement	mittel- hoch	mittel- hoch
Probanden – Code		Tm 02, Tm 13, Tf 01, Tf 02, Tf 07, Tf 08, Tf 13, Tf 14	Tm 09, Tm 11,
Größe der Untertypen		N= 8	N= 2

Legende: „tw“: taiwanesisch, „Tm“: taiwanesisch und männlich, „Tf“: taiwanesisch und weiblich. Die grau markierten Zeilen stehen für die zentralen Merkmale des Typs.

Dem zweiten Untertyp des Typ tw. II. (Typ tw. II./2.) konnten zwei taiwanesische Probanden zugeordnet werden. Dieser wies neben den bereits beschriebenen Hauptmerkmalen des Typ tw. II. die Besonderheiten auf, die sekundäre Beeinflussbarkeit der Krankheit Rheuma durch Behandlung als gering, die sekundäre Beeinflussbarkeit durch Selbstmanagement aber als mittel bis hoch einzustufen. Dieses Verständnis lässt sich wie folgt umschreiben: Auf den rheumabedingten Krankheitsverlauf kann man hauptsächlich anhand von Eigeninitiativen bzw. Eigenleistungen einen positiven Einfluss nehmen, während wenig Effekte durch das fremde Handeln bzw. durch fremde Hilfeleistungen wie beispielsweise durch Ärzte oder Therapeuten erwartet werden.

III. 1.2.2. Ergebnisse der Typenbildung/ deutsch

Typ I./ deutsch (Typ dt. I.): „Rheuma ist bedrohlich aber kontrollierbar.“

Alle deutschen Probanden ließen sich in einem einzigen Typ vereinigen, welcher über Gemeinsamkeiten dreierlei Hinsichten verfügt: 1) Einschätzung der Bedrohlichkeit der

Krankheit Rheuma als mittel bis hoch, 2) Einschätzung der Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Behandlung als mittel bis hoch und 3) Einschätzung der Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlauf durch Selbstmanagement als mittel bis hoch. Bezogen auf alle Unterscheidungskriterien konnten innerhalb des Typ dt. I. zwei Untertypen konstruiert werden. Die Reihenfolge der Untertypen erklärt sich durch die Größe der Untertypen (N). Das Ergebnis der Typenbildung bei der deutschen Population wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tab. III. 6.: Zwei Untertypen des Typs der deutschen Vergleichsgruppe: „Rheuma ist bedrohlich aber kontrollierbar.“

Typ dt. I. (N=30)		Untertypen	
		1.	2.
Bedrohlichkeit der Krankheit		mittel –hoch	
Beeinflussbarkeit der Krankheitsentstehung		mittel- hoch	gering
Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs	durch Behandlung	mittel- hoch	
	durch Selbstmanagement	mittel- hoch	
Probanden –Code		Dm 01, Dm 02, Dm 04, Dm 05, Dm 06, Dm 07, Dm 09, Dm 10, Dm 11, Dm 12, Dm 13, Df 01, Df, 02, Df 03, Df 05, Df 06, Df 07, Df 09, Df 11, Df 12, Df 14, Df 15, Df 16, Df 17	Dm 03, Dm 08, Df 04, Df 08, Df 10, Df 13
Größe der Untertypen		N= 24	N=6

Legende: „dt.“: deutsch, „Dm“: deutsch und männlich, „Df“: deutsch und weiblich. Die grau markierten Zeilen stehen für die zentralen Merkmale des Typs.

Dem ersten Untertyp des Typ dt. I. (Typ dt. I./1.) waren insgesamt vierundzwanzig deutsche Probanden zuzuordnen, die hinsichtlich aller Unterscheidungskriterien eine Bewertung von mittel bis hoch angaben. So ist Rheuma zwar aus ihrer Sicht eine bedrohliche Erkrankung,

diese könne sich jedoch effektiv verhindern und im Krankheitsfall zufriedenstellend bewältigen bzw. behandeln lassen.

Der zweite Untertyp des Typ dt. I. umfasst sechs Befragten aus der deutschen Gruppe. Dieser unterscheidet sich lediglich in einem Punkt vom oben genannten, ersten deutschen Untertyp: Im Gegensatz zum Typ dt. I./1. wurde die primäre Beeinflussbarkeit auf die Krankheit als gering eingeschätzt. Somit waren die Probanden hinsichtlich ihrer Einflussmöglichkeiten auf die Krankheitsentstehung wenig zuversichtlich, wohl aber im Falle eines Krankheitsausbruchs wurde hinreichende Kontrollierbarkeit des Krankheitsverlaufs mittels Behandlungsmaßnahmen bzw. Copingstrategien angenommen.

III. 1.2.3. Vergleich der Typenbildungsergebnisse von Taiwan und Deutschland

Werden die bisher geschilderten Typisierungsergebnisse der beiden Vergleichsgruppen gegenübergestellt, so kristallisiert sich ein einziger Typus heraus, welcher sowohl bei der taiwanesischen als auch bei der deutschen Vergleichsgruppe vertreten ist. Es handelte sich um die Untertypen Typ tw. II./1. und Typ dt. I./1., welche völlig identische Merkmalausprägungen entlang der vier berücksichtigten Trennkriterien aufweisen und wesensgleich sind. Einstimmig wurde hierbei allen Unterscheidungskriterien eine mittlere bis hohe Ausprägung zugeschrieben. Rheuma ist demnach als ernsthaft und gefährlich zu bewerten, wobei die Zuversicht daran verknüpft wird, sowohl auf die Krankheitsentstehung als auch auf den Krankheitsverlauf Einfluss nehmen zu können.

Dieser Typus wird als gruppenübergreifender Typ für die taiwanesischen und deutschen Vergleichsgruppen hervorgehoben und in der Tabelle III. 7. anhand von den beiden genannten Untertypen dargestellt.

Tab. III. 7.: Gruppenübergreifender Typ: „Rheuma ist bedrohlich, aber die Krankheit kann vorgebeugt und kontrolliert werden.“

<i>Gruppenübergreifender Typ (N=32)</i>		Typ tw. II./1.	Typ dt. I./1.
Bedrohlichkeit der Krankheit		mittel –hoch	
Beeinflussbarkeit der Krankheitsentstehung		mittel- hoch	
Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs	durch Behandlung	mittel- hoch	
	durch Selbstmanagement	mittel- hoch	
Probanden –Code		Tm 02, Tm 13, Tf 01, Tf 02, Tf 07, Tf 08, Tf 13, Tf 14	Dm 01, Dm 02, Dm 04, Dm 05, Dm 06, Dm 07, Dm 09, Dm 10, Dm 11, Dm 12, Dm 13, Df 01, Df, 02, Df 03, Df 05, Df 06, Df 7, Df 09, Df 11, Df 12, Df 14, Df 15, Df 16, Df 17
Größe der Untertypen		N= 8	N=24

Legende: „tw“: taiwanesisch, „Tm“: taiwanesisch und männlich, „Tf“: taiwanesisch und weiblich. „dt.“: deutsch, „Dm“: deutsch und männlich, „Df“: deutsch und weiblich. Die grau markierten Zeilen stehen für die zentralen Merkmale des Typs.

III. 1.2.4. Prototypische Falldarstellungen

Im Folgenden wird auf zwei Einzelfallkonstruktionen eingegangen, die exemplarisch die identifizierten Haupttypen darstellen. Zwecks höherer Repräsentativität wurden die Einzelfälle einheitlich aus dem ersten Untertyp eines jeweiligen Haupttyps ausgewählt, da dieser, wie aus der obigen Darstellung hervorgeht, zahlenmäßig am stärksten besetzt ist. Da es sich beim ersten Untertyp des zweiten taiwanesischen Haupttyps (Typ tw. II./1.) und des deutschen Haupttyps (Typ dt. I./1.) jedoch um einen inhaltlich identischen Typus handelt, werden die zwei Untertypen unten gemeinsam durch die Falldarstellung vom deutschen Proband Dm 13 repräsentiert.

Innerhalb eines Untertyps erfolgte die Auswahl der Fälle nach dem Maßstab, ob sich besonders markante, für den jeweiligen Typ charakteristische Kategorienausprägungen finden

lassen. So wurden unter verfahrenstechnischen Gesichtspunkten Fälle ausgewählt, die eine möglichst durchgehende hohe Merkmalausprägung bei allen Unterscheidungskriterien aufweisen.

Falldarstellung für den ersten taiwanesischen Haupttyp (Typ tw. I./1)

*„Rheuma ist nicht bedrohlich
und die Krankheit kann weder vorgebeugt noch kontrolliert werden.“*

Tf 12, Frau H.

Frau H. war zum Zeitpunkt der Datenerhebung 58 Jahre alt und als Bürokauffrau in einer privaten Firma tätig. Nach ihrem Verständnis handelt es sich bei Rheuma um Gelenk- und Muskelschmerzen, die in erster Linie bei Menschen höheren Alters auftreten und bedingt durch das Inselklima in Taiwan besonders durch Wetterumschwung ausgelöst werden können. Sie selbst habe bisher mehrere Rheumakranke in ihrem sozialen Umfeld direkt erlebt und auch immer wieder davon gehört. In ihren Augen verursachen die rheumatischen Beschwerden im Wesentlichen leichte Beeinträchtigungen im Bewegungsablauf und haben sonst „keine großen Auswirkungen auf den Alltag.....wenn der Schmerz da ist, geht man halt nicht raus und bleibt mehr zu Hause sitzen. Oder man tut das, was einem noch möglich ist.....ein paar Lockerungsübungen machen zum Beispiel.....also sich die Beine vertreten oder mit den Händen klopfen. Oder aber die schmerzhafteste Stelle mit einem heißen Handtuch aufwärmen und danach Tinkturen auftragen und ein bisschen reiben. Im Grunde genommen gehen die Leute mit Rheuma in Taiwan so mit ihren Schmerzen um. Es ist ja nichts besonders.“ Insgesamt sei Rheuma eine nicht ernsthafte Angelegenheit.

Die rheumatischen Beschwerden kämen ihrer Meinung nach unwahrscheinlicher zum Ausbruch, wenn man die Gelenke beim kalten Wetter stets warm hält bzw. vor Verletzungen schützt und außerdem auf den Calciumgehalt in der Ernährung sowie auf ausreichend Bewegung achtet. Als Behandlung stünden wirkungsvolle schmerzlindernde oder entzündungshemmende Medikamente aus der Schulmedizin sowie zahlreiche Salben, Tinkturen oder Kräutermixturen aus der Traditionellen Chinesischen Medizin zur Verfügung, wobei sie persönlich die Heilmethoden der Letzteren wegen der geringeren Nebenwirkungen bevorzugen würde. Zur Linderung der Beschwerden und insbesondere zur Aktivierung der

Blutzirkulation könnten Betroffenen selbst eine ganze Reihe Anwendungen praktizieren wie z.B. Gymnastik, Warmbäder, elektrische Wärmewickel. Zudem sollte man Medikamente regelmäßig einnehmen, sich stets warm halten, nahrhafte und warme Sachen zu sich nehmen und möglichst weiter am Leben teilnehmen. Nicht zuletzt sollte man stets gute Taten praktizieren, um einen inneren Frieden zu erreichen.

Falldarstellung für den deutschen Haupttyp (Typ dt. I/1)

*„Rheuma ist bedrohlich,
aber die Krankheit kann vorgebeugt und kontrolliert werden.“*

Dm 13, Herr B.

Herr B. war zum Zeitpunkt der Datenerhebung 40 Jahre alt und von Beruf freier Architekt. Er gab starke, permanente und ziehende Glieder- und Gelenkschmerzen zum begrifflichen Verständnis über Rheuma an. In seinem Bekanntenkreis habe er einen Krankheitsfall oberflächlich miterlebt, was seine Vorstellungen über Rheuma nachhaltig prägte: „Für mich war's erschreckend. Ich bin ein biss'l erschrocken. Ich wußte, daß es in solchen Schüben auftreten kann dann... so massiv... so eine massive Beeinträchtigung erzeugt, wußte ich nicht.“ Der Gedanke an Rheuma rief bei ihm Assoziationen hervor wie z.B. "Oh, da hast du 'was, was du nicht mehr loskriegst....", „Da denk' ich an unheilbar, an... an lange Leiden oder so.“ oder „sehr eingeschränkt..... und sehr zermürend sein“.

Prinzipiell lassen sich seiner Ansicht nach viele Krankheiten, darunter auch Rheuma, vorbeugen, indem man auf Ernährung, Bewegung und seelische Ausgeglichenheit achtet. Bezogen auf Rheuma seien insbesondere feuchte Wohnräume zu vermeiden, die einen Krankheitsausbruch begünstigen können. Rheumatische Beschwerden lassen sich mit Hilfe von Medikamenten, Kuren, Bädern, Wärmebehandlungen, Massagen und Akupunktur lindern, wobei je nach Dosis der Medikamente mit unterschiedlich starken Nebenwirkungen gerechnet werden müsse. Bezüglich der Krankheitsbewältigung bzw. Vermeidung von Krankheitsschüben müssen sich die betroffenen Personen ein Regelwerk erarbeiten und dieses in ihren Alltag integrieren. Vor allem sei wichtig, sich stets warm zu halten und eine Ernährungsumstellung (wenig Fleisch, viel frische Nahrung, viele Mineralstoffe) zu realisieren. Zusätzlich hielt er auch für sinnvoll, „mit Leuten zu reden, die auch Rheuma

haben, vielleicht in so Rheumagruppen gehen oder so, mit bestimmten Kranken sich da austauschen. über Ärzte, über Behandlungsmethoden, über Möglichkeiten zu lindern... ja, irgendwelcher Beistand.“ Im Hinblick auf die Häufigkeit der Krankheitsepisoden „ist er zwar auch nicht hundertprozentig sicher, aber vielleicht kann er dann einigermaßen sicher leben.“

III.1.3. Zusammenfassung der qualitativen Auswertung

Als Auswertungsergebnisse der qualitativen Daten konnten zum einen ein umfassendes, siebenstufiges Kategoriensystem zum Alltagswissen über Rheuma konstruiert werden, mit Gültigkeit sowohl für die taiwanesischen wie auch für die deutschen Stichproben. Folgende zehn Inhaltsbereiche wurden dabei extrahiert und behandelt: 1) Begriffliche Klärung, 2) Erfahrungshintergrund, 3) Krankheitsentstehung, 4) Behandlung, 5) Selbstmanagement, 6) Krankheitsauswirkungen, 7) Aspekte zur Einschätzung des eigenen Risikos, an Rheuma zu erkranken, 8) Krankheitsverlauf, 9) Krankheitsfunktionen und 10) Sonstige Assoziationen. Lediglich bei dem neunten Inhaltsbereich hinsichtlich der Krankheitsfunktionen ließen sich keine gemeinsamen, gruppenübergreifende Eigenschaften entdecken. Innerhalb der restlichen neun Themenbereiche konnten sowohl gruppenübergreifende als auch gruppenspezifische Konzepte gemäß der Kulturzugehörigkeit klar identifiziert werden. Interessanterweise wurden die kulturbedingten Differenzen der beiden Vergleichsgruppen erst ab der vierten Hierarchieebene (vgl. Abschnitt III. 1.1.1.-10.) des Kategoriensystems deutlich sichtbar. Dies lässt vermuten, dass sich das Alltagswissen der taiwanesischen und der deutschen Population primär in den inhaltlichen Detailsauslegungen, weniger jedoch in der Kenntnis- bzw. Erkenntnisstruktur voneinander unterscheidet.

Weiterhin konnten die erhobenen Interviewdaten anhand von vier ausgewählten Trennkriterien: 1) Bedrohlichkeit der Krankheit Rheuma, 2) Beeinflussbarkeit der Krankheitsentstehung, 3) Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Behandlung und 4) Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Selbstmanagement, nach ihrer Typizität klassifiziert werden. Für die taiwanesischen Gruppe wurden zwei Haupttypen gebildet, deren jeweiligen Kernmerkmale „*Rheuma ist nicht bedrohlich*“ (Typ tw. I., N= 20) und „*Rheuma ist bedrohlich, aber die Krankheit kann vorgebeugt werden.*“ (Typ tw. II., N= 10) lauten.

Innerhalb des ersten Haupttyps konnten weitere drei Untertypen konstruiert werden, die sich in den Merkmalausprägungen hinsichtlich der Beeinflussbarkeitseinschätzung auf den Ebenen der Krankheitsentstehung und des Krankheitsverlaufs unterscheiden. Hierbei erwies sich der erste Untertyp des ersten taiwanesischen Haupttyps (Typ tw. I./1.) durch seine starke Typgröße (N= 16) als besonders repräsentativ. Dieser ist dadurch gekennzeichnet, dass die Beeinflussbarkeit auf den beiden genannten Ebenen gleichermaßen als mittel bis hoch eingestuft wird. Indessen ließ sich der zweite Haupttyp in zwei Untertypen untergliedern, welche lediglich tendenzielle Unterschiede in der Beeinflussbarkeitseinschätzung des Krankheitsverlaufs durch Behandlung zeigen. Der erste Untertyp (Typ tw. II./1.) mit einer Typgröße von acht verfügt nicht nur über den ersten Rangplatz innerhalb dem zweiten taiwanesischen Haupttyp, dieser stellt gleichzeitig den zweitgrößten Untertyp der taiwanesischen Gruppe insgesamt dar. Inhaltlich ist er definiert von einer einhellig mittel bis hohen Merkmalausprägung bei allen oben beschriebenen Unterscheidungskriterien.

Für die deutsche Vergleichsgruppe wurde dagegen lediglich ein einziger Haupttyp mit zwei Untertypen identifiziert (Typ dt. I., N= 30), welcher eine Überschrift von „*Rheuma ist bedrohlich, aber die Krankheit kann kontrolliert werden.*“ trägt. Die Differenz der beiden Untertypen besteht ausschließlich in der Beeinflussbarkeitseinschätzung der Krankheitsentstehung. So zeichnet sich der erste, mehrheitlich zuzuordnende Untertyp (N= 24) dadurch aus, dass analog zum ersten Untertyp des zweiten taiwanesischen Haupttyps (Typ tw. II./1.) alle Trennkriterien als mittel bis hoch angesiedelt werden. Aus der Feststellung der beiden in ihren Antworttendenzen völlig identischen Untertypen konnte schließlich ein gruppenübergreifender Typus für die beiden Vergleichspopulationen abgeleitet werden, welcher Rheuma als bedrohlich, aber zugleich vorbeugbar und kontrollierbar ansieht.

III.2. Ergebnisse der Fragebogenauswertung

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der deskriptivstatistischen Verfahren an den vier einzelnen Fragen und anschließend die statistische Auswertungsergebnisse aller eingesetzter quantitativer Erhebungsinstrumente hinsichtlich des Gruppenunterschieds zwischen Taiwan und Deutschland präsentiert.

III. 2.1. Fragebögen und Ratingskalen: Deskriptive Statistik

Zunächst sind die deskriptiven Statistiken der Fragebögen aufgelistet (N= 60):

Tab. III. 8.: Deskriptive Statistik der Fragebögen

Item/Variable	Ja, einmal	Ja, mehrmals	Nein
Erfahrungshintergrund	N=25 (41.67%)	N=18 (30.00%)	N=17 (28.33%)

Item/Variable	Ja	Nein	Ich weiß nicht
Mortalität	N=6 (10.00%)	N=52 (86.67%)	N=2 (3.33%)

Es folgt die deskriptive Statistik der beiden Ratingskalen (N= 60):

Tab. II. 9.: Deskriptive Statistik der Ratingskalen

Item/Variable	MW	SD	Min.	Max.
Einschätzung der Ernsthaftigkeit der Krankheit	3.77	0.91	1	5
Einschätzung des eigenen Krankheitsrisikos	2.45	1.00	1	5

Legende: „MW“: Mittelwert, „SD“: Standardabweichung, „Min.“: Der minimale Wert, „Max.“: Der maximale Wert.

III. 2.2. Fragebögen und Ratingskalen: Gruppenvergleich Taiwan/ Deutschland

Die Ergebnisse der Fragebögen wiesen einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Taiwan und Deutschland zum Erfahrungshintergrund auf, wobei sich die Fragestellung ausschließlich auf den Häufigkeitsaspekt bezog. Hinsichtlich der Mortalitätseinschätzung konnte dagegen kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. In der Tabelle III. 10. werden neben den Ergebnissen des Chi²-Tests die genauen Daten zur Angabehäufigkeit der jeweiligen Antwortvariante aufgelistet.

Tab. III. 10.: Fragebögen mit je einer Einzelfrage: Gruppenvergleich Taiwan/ Deutschland (Chi²- Test nach Pearson)

Erfahrungshintergrund in der näheren Umgebung		
Antwortvariante	Taiwan (N = 30)	Deutschland (N = 30)
<i>Einmal</i>	N = 06	N = 19
<i>Mehrmals</i>	N = 13	N = 05
<i>Keine</i>	N = 11	N = 06
Chi ² - Test (Pearson)	Chi² = 11.786, DF = 2, Pr> ChiSq = 0.003*	
Einschätzung der Mortalität von Rheuma		
Antwortvariante	Taiwan (N = 30)	Deutschland (N = 30)
<i>Nicht tödlich</i>	N = 27	N = 25
<i>Tödlich</i>	N = 02	N = 04
<i>Ich weiß nicht</i>	N = 01	N = 01
Chi ² - Test (Pearson)	Chi ² = .744, DF = 2, Pr> ChiSq = 0.689	

Legende: Signifikante Resultate werden fett und mit einem Stern (*) markiert.

Bei den Ratingskalen ergab sich aus dem nichtparametrischen Mann-Whitney-U-Rangsummentest lediglich ein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich der Ernsthaftigkeitseinschätzung der Krankheit Rheuma. Dabei schätzten die taiwanesischen Probanden die Ernsthaftigkeit der Krankheit als „mittel ernsthaft“ ein, während die Deutschen die Krankheit als „eher ernsthaft“ einstufen. In der Tabelle III. 11. werden die Ergebnisse der beiden Ratingskalen getrennt aufgeführt.

Tab. III. 11. : Zwei Ratingskalen: Gruppenvergleich Taiwan/ Deutschland
(U-Test von Mann-Whitney)

Einschätzung der Ernsthaftigkeit der Krankheit		
	Taiwan (N = 30)	Deutschland (N = 30)
MW	3.37	4.17
SD	0.93	0.70
U-Test von Mann-Whitney	Prüfgröße-U = 232.5, Z = -3.383, Signifikanz = 0.001*	
Einschätzung des eigenen Risikos, an Rheuma zu erkranken		
	Taiwan (N = 30)	Deutschland (N = 30)
MW	2.63	2.27
SD	1.13	0.83
U-Test von Mann-Whitney	Prüfgröße-U = 373.5, Z = -1.187, Signifikanz = 0.235	

Legende: Signifikante Resultate werden fett und mit einem Stern (*) markiert.

III. 2.3. Der Rheuma-Ursachen-Fragebogen: Gruppenvergleich Taiwan/ Deutschland

In der nachstehenden Tabelle werden die Auswertungsergebnisse des Rheuma-Ursachen-Fragebogens zusammengefasst. In der Spalte links sind die einzelnen Items zu entnehmen. In den beiden mittleren Spalten sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der taiwanesischen und deutschen Stichproben und anschließend das jeweilige Ergebnis des Unterschiedstests aufgeführt. Die letzte Spalte gibt jeweils die zweiseitige asymptotische Signifikanz an.

Tab. III. 12.: Der Rheuma-Ursachen-Fragebogen: Gruppenvergleich von Taiwan und Deutschland (Mann-Whitney-U-Test)

Item/Variable	Taiwan		Deutschland		Prüfgröße U	S
	MW	SD	MW	SD		
a. Rheuma ist ein Teil des natürlichen Alterungsprozesses	1.80	0.71	2.60	0.56	192.00	<.001*
b. Rheuma kann man auch bekommen, wenn man häufig mit sich selber hadert und unzufrieden ist.	2.60	0.56	2.63	0.49	444.50	.923
c. Rheuma kann von einer Verletzung verursacht werden.	1.73	0.79	2.57	0.68	206.00	<.001*
d. Rheuma kann von kaltem oder feuchtem Klima verursacht werden.	1.27	0.45	1.57	0.56	326.00	.032*
e. Rheuma kann auch dadurch verursacht werden, dass man mit seinen persönlichen Problemen nicht fertig wird.	2.67	0.55	2.43	0.63	358.50	.116
f. Rheuma kann von schlechter Ernährung verursacht werden.	1.77	0.73	2.03	0.62	353.50	.115
g. Rheuma kann von Drogen verursacht werden.	2.53	0.63	2.70	0.60	380.00	.204
h. Rheuma kann mitverursacht werden, wenn man von den alltäglichen Anforderungen in der Schule, im Beruf bzw. im Haushalt überfordert ist.	2.40	0.68	2.37	0.49	418.50	.598
i. Rheuma kann mitverursacht werden, wenn Harmonie in der Familie bzw. in der Partnerschaft fehlt.	2.63	0.62	2.47	0.51	361.00	.127
j. Rheuma kann von einer Infektion verursacht werden.	2.23	0.82	2.07	0.58	328.00	.274
k. Rheuma kann auch verursacht werden, wenn man mit seinen Mitmenschen nicht zurecht kommt.	2.77	0.43	2.57	0.50	360.00	.103
l. Rheuma kann man bekommen, wenn man oft nach dem Sport gleich mit kaltem Wasser duscht.	1.90	0.76	2.90	0.31	135.00	<.001*
m. Rheuma kann von Blutergüssen verursacht werden, die nicht auskuriert sind.	1.83	0.75	2.73	0.45	166.00	<.001*
n. Rheuma kann man auch bekommen, wenn man zu streng gegen sich selber ist.	2.73	0.45	2.73	0.45	450.00	1.00

Legende: Die Ziffern repräsentieren den Grad der Ablehnung zu den vorgegebenen Items. "3" entspricht "das stimmt nicht", "1" entspricht "das stimmt". "2" drückt "das ist möglich" aus. Das N beträgt pro Gruppe in jeder Zeile jeweils N=30. Signifikante Resultate wurden mit einem Stern (*) und fett markiert. „MW“: Mittelwert, „SD“: Standardabweichung, „dt.“: Deutschland. „tw.“: Taiwan, „S“: Signifikanz.

Gemäß den Auswertungsergebnissen zeigt die Kulturzugehörigkeit der Probanden einen statistisch signifikanten Effekt auf die Ablehnungstendenz der folgenden fünf Items:

ITEM a: *„Rheuma ist ein Teil des natürlichen Alterungsprozesses.“*

Der Mittelwert der taiwanesischen Population beträgt MW= 1.80 (SD= 0.71), der der deutschen Population MW= 2.60 (SD= 0.56). Demzufolge ist der Grad der Verneinung dieser Aussage bei der deutschen Stichprobe deutlich höher als bei der taiwanesischen Gruppe (U= 192.0, S<.001).

ITEM c: *„Rheuma kann von einer Verletzung verursacht werden.“*

Der Mittelwert der taiwanesischen Population beträgt MW= 1.73 (SD= 0.79), der der deutschen Population MW= 2.57 (SD= 0.68). Demnach ist der Grad der Verneinung dieser Aussage bei der deutschen Stichprobe deutlich höher als bei der taiwanesischen Gruppe (U=206.0, S<.001).

ITEM d: *„Rheuma kann von kaltem oder feuchtem Klima verursacht werden.“*

Der Mittelwert der taiwanesischen Population beträgt MW= 1.27 (SD= 0.45), der der deutschen Population MW= 1.57 (SD= 0.56). So ist der Grad der Verneinung dieser Aussage bei der deutschen Stichprobe deutlich höher als bei der taiwanesischen Gruppe (U= 326.0, S=0.32).

ITEM l: *„Rheuma kann man bekommen, wenn man oft nach dem Sport gleich mit kaltem Wasser duscht.“*

Der Mittelwert der taiwanesischen Population beträgt MW= 1.90 (SD= 0.70), der der deutschen Population MW= 2.90 (SD= 0.31). Demnach ist der Grad der Verneinung dieser Aussage bei der deutschen Stichprobe deutlich höher als bei der taiwanesischen Gruppe (U= 135.0, S<.001)

ITEM m: *„Rheuma kann von Blutergüssen verursacht werden, die nicht auskuriert sind.“*

Der Mittelwert der taiwanesischen Population beträgt MW= 1.83 (SD= 0.75), der der deutschen Population MW= 2.73 (SD= 0.45). Dementsprechend ist der Grad der Verneinung dieser Aussage bei der deutschen Stichprobe deutlich höher als bei der taiwanesischen Gruppe (U= 166.0, S<.001).

III. 2.4. Effektstärken

Da die statistische Signifikanz nichts über die Größe des gefundenen Effektes aussagen kann, wurde anschließend die Poweranalyse zwecks Überprüfung der Teststärke (Power) und Effektgröße bei den Ratingskalen und dem Rheuma-Ursachen-Fragebogen durchgeführt. Auf die Poweranalyse der beiden Fragebögen mit je einer Frage wird verzichtet. Als Grundlage der Berechnung dienten die Stichprobengröße (N= 30 pro Gruppe) und das Alpha-Fehler Niveau ($\alpha = 0.05$). Nachstehend werden in der Tabelle III. 13. zunächst die Ergebnisse der beiden Ratingskalen und dann die Power und Effektstärke der einzelnen Items des Rheuma-Ursachen-Fragebogens in der Tabelle III. 14. ermittelt.

Tab. III. 13.: Zwei Ratingskalen: Poweranalyse

Item/Variable	Power	Effektgröße
Einschätzung der Ernsthaftigkeit der Krankheit	0.917	0.88
Einschätzung des eigenen Risikos, an Rheuma zu erkranken.	0.278	0.36

Legende: N= 30 pro Gruppe, $\alpha = 0.05$, Resultate mit Power > 0.9 und Effektstärke > 0.8 werden fett markiert.

Tab. III. 14.: Der Rheuma-Ursachen-Fragebogen: Poweranalyse

Item/Variable	Power	Effektgröße
a. Rheuma ist ein Teil des natürlichen Alterungsprozesses	0.98	1.07
b. Rheuma kann man auch bekommen, wenn man häufig mit sich selber hadert und unzufrieden ist.	0.06	0.06
c. Rheuma kann von einer Verletzung verursacht werden.	0.97	1.00
d. Rheuma kann von kaltem oder feuchtem Klima verursacht werden.	0.58	0.57
e. Rheuma kann auch dadurch verursacht werden, dass man mit seinen persönlichen Problemen nicht fertig wird.	0.33	0.41
f. Rheuma kann von schlechter Ernährung verursacht werden.	0.31	0.38
g. Rheuma kann von Drogen verursacht werden.	0.19	0.28
h. Rheuma kann mitverursacht werden, wenn man von den alltäglichen Anforderungen in der Schule, im Beruf bzw. im Haushalt überfordert ist.	0.06	0.05
i. Rheuma kann mitverursacht werden, wenn Harmonie in der Familie bzw. in der Partnerschaft fehlt.	0.20	0.29
j. Rheuma kann von einer Infektion verursacht werden.	0.14	0.23
k. Rheuma kann auch verursacht werden, wenn man mit seinen Mitmenschen nicht zurecht kommt.	0.37	0.43
l. Rheuma kann man bekommen, wenn man oft nach dem Sport gleich mit kaltem Wasser duscht.	>0.99	1.32
m. Rheuma kann von Blutergüssen verursacht werden, die nicht auskuriert sind.	>0.99	1.18
n. Rheuma kann man auch bekommen, wenn man zu streng gegen sich selber ist.	0.05	0.00

Legende: N= 30 pro Gruppe, $\alpha = 0.05$, Resultate mit Power > 0.8 und Effektstärke > 0.8 werden fett markiert.

Die Poweranalyse am Rheuma-Ursachen-Fragebogen ergab ausgezeichnete Ergebnisse für die vier Items: ITEM a, ITEM c, ITEM l, ITEM m, welche einheitlich einen Powerwert > 0.9 und eine Effektgröße größer als eine Standardabweichung hervorbrachten. In Gegenüberstellung zu den Auswertungsergebnissen der U-Tests von Mann-Whitney (vgl. Tab. III. 10.) war das ITEM d als einzige Variable unter den Items mit statistischer Signifikanz, welches dagegen lediglich zufriedenstellende Testwerte erzielte (Power= 0.58, Effektgröße= 0.57). Infolgedessen wurden die Ergebnisse der Poweranalyse herangezogen, um den anhand der Unterschiedstests festgestellten Gruppenunterschied hinsichtlich der vier Ursachenvorstellungen zu untermauern: „Rheuma als ein Teil des Alterungsprozesses“, „Verletzungen“, „kalte Dusche unmittelbar nach Sport“ und „nicht auskurierte Blutergüsse“. Was das kalte und feuchte Klima als einen Rheuma verursachenden Faktor anging, machten die Ergebnisse indessen darauf aufmerksam, dass die Richtigkeit des aus den Unterschiedstests hervorgehenden Gruppenunterschiedes mit Vorbehalt zu gewichten ist.

III. 2.5. Zusammenfassung der quantitativen Auswertungsergebnisse

Gemäß den quantitativen Auswertungsergebnissen unterscheiden sich die taiwanesischen und deutschen Probanden statistisch signifikant in ihrem persönlichen Erfahrungshintergrund mit dem Krankheitsbild Rheuma, wobei sich die Differenzen ausschließlich auf die Kontakthäufigkeit mit der Krankheit beziehen. Des Weiteren weisen die Analysen einen signifikanten Effekt für das Merkmal „Einschätzung über die Ernsthaftigkeit der Krankheit Rheuma“ auf. Hierbei wird Rheuma von der deutschen Population als signifikant ernsthafter als von ihrer taiwanesischen Vergleichsgruppe bewertet.

Ferner zeigt die Statistik deutliche Effekte für die folgenden Aspekte „Rheuma als ein Teil des Alterungsprozesses“, „Verletzungen“, „kalte Dusche unmittelbar nach Sport“ und „nicht auskurierte Blutergüsse“ als ursächliche Faktoren von Rheuma auf. Die Effektstärke des Gruppenunterschieds beträgt jeweils mehr als eine Standardabweichung. Dabei ist die Akzeptanz dieser Ursachenvorstellungen bei der taiwanesischen Gruppe durchgehend signifikant höher als bei den Deutschen.

Im Hinblick auf den Ursachenfaktor „kaltes und feuchtes Klima“ konnte zwar eine statistische Signifikanz im Gruppenvergleich festgestellt werden, das Ergebnis der Poweranalyse zur Überprüfung der Effektstärke muss jedoch als vergleichsweise schlecht bezeichnet werden. Daher ist die Aussage, dass die Ursachenvorstellung „kaltes und feuchtes Klima“ signifikant deutlicher von den taiwanesischen als von den deutschen Untersuchungspersonen akzeptiert wird, nur mit Vorsicht zu genießen.

III. 3. Gegenüberstellung der qualitativen und quantitativen Auswertungsergebnisse

Da die qualitativen und quantitativen Methoden als Kombinationsverfahren in der vorliegenden Arbeit unterschiedlich breit eingesetzt wurden, werden an dieser Stelle lediglich Sachverhalte diskutiert, für die sowohl qualitative Daten als auch signifikante statistische Ergebnisse vorliegen. Dazu zählen die drei Themenbereiche 1) Erfahrungshintergrund, 2)

Ernsthaftigkeitseinschätzung und 3) Ursachenvorstellungen, die unten ausführlich behandelt werden. Durch Zwischenüberschriften wird kenntlich gemacht, worauf sich die Diskussion in den folgenden Abschnitten jeweils bezieht. Die Erörterung der allgemeinen Gesamtergebnisse schließt sich direkt an diesen Absatz im Diskussionsteil (Abschnitt III. 4.) an.

Erfahrungshintergrund

Durch die Festlegung der Ausschlusskriterien in der Stichprobenrekrutierung (vgl. Abschnitt II. 2.2.) wurde die persönliche Betroffenheit der Befragten im Bereich rheumatischer Erkrankungen grundsätzlich ausgeschlossen. Trotzdem war von einem krankheitsspezifischen Erfahrungsrepertoire unterschiedlichster Art auszugehen, über das die Untersuchungspersonen zum Interviewzeitpunkt bereits verfügten.

Die Quantifizierung des Erfahrungshintergrunds der Befragten mit dem Krankheitsbild Rheuma in ihrer näheren Umgebung erfolgte gezielt unter Einsatz eines Fragebogens mit drei Antwortmöglichkeiten. Die deskriptiv-statistischen Ergebnisse sind der Tabelle III. 10. im Abschnitt III. 2.2. zu entnehmen. Auf diese Weise waren die Differenzen der beiden Untersuchungspopulationen in der Kontakthäufigkeitsverteilung objektiv belegbar. Die statistische Signifikanz ließ allerdings keine weiterführenden Interpretationen hinsichtlich der Erfahrungsgestaltung zu.

Mengenmäßige Angaben konnten ebenfalls aus den qualitativen Daten herausgearbeitet werden, welche unter der *Kategorie IV.*: „Selbstbezug der Konfrontation“ gruppiert sind. Die konzeptuelle Weiterdifferenzierung brachte schließlich drei *Unterkategorien* hervor, die jeweils ein dimensionales Paradigma (kein- einmal- mehrmals) enthalten: 1) Selbsterfahrung mit rheumaähnlichen Symptomen, 2) Direkte Fremderfahrung mit rheumaähnlichen Symptomen und 3) Indirekte Fremderfahrung mit rheumaähnlichen Symptomen. Im Hinblick auf die bisher recht allgemein formulierte Frage im eingesetzten Fragebogen dürfen diese explorativ gewonnenen Ergebnisse mit der inhaltlichen Aufgliederung des Erfahrungsaspektes als besonders aufschlussreich für die künftige Spezifizierung der Fragestellung bewertet werden.

Insgesamt war die umfassende inhaltliche Erhellung des Themenbereichs Erfahrungshintergrund (komplette Auswertungsergebnisse siehe Abschnitt III. 1.1.2.) ohne den Einsatz von qualitativen Methoden nicht möglich, während das quantitative Verfahren

beschränkt auf eine eng eingegrenzte Fragestellung ein ausreichendes Maß an Objektivität ermöglichte. In Bezug auf die Itemcharakteristika des angewandten Fragebogens sei hier kurz angemerkt, dass die Möglichkeit eines Mittelwertvergleichs die Aussagekraft des Ergebnisses sicherlich erhöhen würde.

Ernsthaftigkeitseinschätzung

Gemäß den quantitativen Auswertungsergebnissen wurde Rheuma von der deutschen Population als signifikant ernsthafter als von ihrer taiwanesischen Vergleichsgruppe bewertet. Hinsichtlich dieser Thematik können folgende qualitative Daten zum Vergleich herangezogen werden:

Erstens wurde dem Konzept „Ernsthaftigkeit“ im Kategoriensystem eine vierte Rangordnung (*Kategorie IV.*) eingeräumt. Diese erfüllt den Zweck einer inhaltlichen Weiterdifferenzierung zu „Vorstellungen zum Begriff Rheuma“ und enthält ein dreistufiges dimensionales Paradigma (nicht ernsthaft- mittelmäßig ernsthaft- ernsthaft). In Anbetracht dieses Konzeptes konnte kein Gruppenunterschied zwischen den beiden Vergleichspopulationen festgestellt werden. Wohl aber wurde ausschließlich von der taiwanesischen Gruppe eine intervenierende Bedingung aufgestellt, welche die als niedrig eingestufte Ernsthaftigkeitseinschätzung nur unter Ausschluss von Polyarthritiden gelten ließ.

Zweitens fallen die Typisierungsergebnisse in diesem Zusammenhang angesichts des Gewichts des Unterscheidungskriteriums „Bedrohlichkeit der Krankheit“ im Prozess der Typenkonstruktion auf. Dabei hing die Anzahl der Haupttypen im wesentlichen davon ab, ob in der jeweiligen Vergleichsgruppe die Bedrohlichkeit der Krankheit Rheuma einheitlich eingestuft wurde oder nicht. Während bei der taiwanesischen Gruppen die Beurteilungen klar in zwei Richtungen (N=20 für „nicht bedrohlich“, N=10 für „mittel bis hoch bedrohlich“) geteilt waren, wurde die Krankheit Rheuma von den deutschen Untersuchungsteilnehmern einhellig als mittel bis hoch bedrohlich bewertet (N=30). Demzufolge liegt es nahe, dass die Krankheit Rheuma von der deutschen Gruppe eher als bedrohlich angesehen wird als von der taiwanesischen Population. Zwar hebt sich das Konzept „Bedrohlichkeit“ insbesondere in seiner Konnotation des Emotionalen vom Aspekt der Ernsthaftigkeit ab, aufgrund der inhaltlichen Nähe der beiden Begriffe können diese innerhalb eines qualitativen Verfahrens gewonnenen quantitativen Daten dennoch als eine Bestätigung der statistischen Ergebnisse interpretiert werden.

Zusammenfassend kann auf der Grundlage der vorliegenden Auswertungsergebnisse davon ausgegangen werden, dass der Krankheit Rheuma von der deutschen Gruppe eine deutlich höhere Ernsthaftigkeit beigemessen wird als von der taiwanesischen Vergleichsgruppe.

Ursachenvorstellungen

Laut der gesamten quantitativen Auswertungsergebnisse zeigte die taiwanesische Gruppe eine signifikant höhere Akzeptanz bei den folgenden Ursachenfaktoren innerhalb des Rheuma-Ursachen-Fragebogens: 1) Alterungsprozesse, 2) Verletzungen, 3) kalte Dusche unmittelbar nach Sport und 4) nicht auskurierte Blutergüsse. Darüber hinaus ergab der Unterschiedstest eine signifikant deutlichere Zustimmung des Ursachenfaktors „kaltes und feuchtes Klima“ durch die taiwanesische Gruppe, wobei dies von der Poweranalyse nicht befriedigend bestätigt werden konnte.

Den statistischen Ergebnissen gegenüber standen die verbalen Daten aus den qualitativen Auswertungen, welche nicht nur einen unmittelbaren Bezug zu den oben genannten Gruppenunterschieden besitzen, sondern auch zusätzliche gruppenspezifische Informationen offenbaren.

So ließen sich im Kategoriensystem insgesamt vier Kategorien vierter Ordnung (*Kategorien IV.*) zu allgemeinen ursächlichen Bedingungen der Krankheitsentstehung identifizieren, die nur der taiwanesischen Gruppe zuzuordnen waren: 1) Fehlverhalten in der Kindheit, Jugend bzw. Vergangenheit, 2) Dauerhafte Anhäufung von Verletzungen/ Blutergüssen im Bewegungsapparat, 3) Wochenbettbedingte Fehlverhalten und 4) Schlechter Schlaf.

Unter dem Begriff „Fehlverhalten“ sind eine Reihe spezifische Verhaltensweisen subsumiert, durch die der menschliche Körper in seiner Temperaturregulation aus dem Lot zu geraten droht (komplette Auswertungsergebnisse siehe Abschnitt III. 1.1.3.). Der Hauptgedanke liegt in der Annahme, dass der Wärme-Kälte-Ausgleich des menschlichen Körpers empfindlich störfähig ist und daher besondere Vorsichtsmaßnahmen erfordert. Eine abrupte oder übermäßige Kältezufuhr bzw. Kälteaufnahme durch unterschiedlichste Mittel wie Nahrung, Wasser bzw. Luft sowie ein anhaltendes Aussetzen des Körpers den warmen und kalten Energien gegenüber stellen dieser Ansicht zufolge eine große Gefährdung der körperlichen Stabilität dar. Dabei wird der Kontrastaspekt sehr in den Vordergrund gerückt, welcher die

Konfrontation eines durch Bewegung, Sonnenbad oder Baden im erhöhten Ausmaß erwärmten Körpers mit der Kälte von außen unterstreicht. In diesem Zusammenhang findet sich derselbe Inhalt des Fragebogen-Items „kalte Dusche unmittelbar nach Sport“ im Kategoriensystem als eine Kategorie sechster Ordnung (*Konzept*) wieder. Allerdings wird dieses als fehlerhaft erachtete Verhalten in den qualitativen Auswertungsergebnissen zusätzlich in einer zeitlichen Dimension eingebettet. Nach den Ursachenvorstellungen der taiwanesischen Probanden können sich derartige Fehlverhalten in der Vergangenheit auf eine akkumulierende, aber in ihrer Heftigkeit jedoch unvorausehbare Art und Weise negativ auf die Krankheitsanfälligkeit der betreffenden Personen gegenüber Rheuma auswirken.

Parallel dazu finden zwei weitere Fragebogen-Items „Verletzungen“ und „nicht auskurierte Blutergüsse“ direkte inhaltliche Entsprechungen unter der *Kategorie IV*. „Dauerhafte Anhäufung von Verletzungen/ Blutergüssen im Bewegungsapparat“ als Kategorien fünfter Ordnung (*Unterkategorien*) im Kategoriensystem, wobei hier zwischen unbehandelten bzw. nicht vollständig auskurierten Verletzungen/ Blutergüssen einerseits und falsch behandelten Verletzungen andererseits unterschieden wird. Vergleichsweise wird zudem der Anhäufungseffekt derartiger Verletzungen auf der Zeitebene wie bei den bereits beschriebenen Fehlverhalten lediglich in den qualitativen Daten zum Ausdruck gebracht.

Aus der bisherigen Darstellung hervorgehend lassen sich die Aspekte „kalte Dusche unmittelbar nach Sport“, „Verletzungen“ und „nicht auskurierte Blutergüsse“ ebenfalls innerhalb des Kategoriensystems eindeutig als rein taiwanesisch spezifische Äußerungen erkennen. Hierzu bieten die statistischen Auswertungsergebnisse zwar eine objektive Bestätigung dieser Feststellung, sie bringen jedoch keine neuartigen Erkenntnisse.

Anders aber bei den beiden restlichen in der statistischen Auswertung signifikant ausfallenden Ursachenfaktoren: „Alterungsprozesse“ und „kaltes und feuchtes Klima“. Zwar sind deren Inhalte auch geradewegs im Kategoriensystem identifizierbar, sie befinden sich als allgemeine ursächliche Bedingungen zur Krankheitsentstehung allerdings bereits auf der vierten Kategorienebene (*Kategorien IV*). Außerdem sind sie im Kategoriensystem als gruppenübergreifende Merkmale gekennzeichnet, da sie gleichermaßen von den beiden Untersuchungsgruppen artikuliert wurden. Hier sei besonders angemerkt, dass die Kategorisierung gemäß rein inhaltlicher Prinzipien und unabhängig von der Nennungsfrequenz einzelner Konzepte bzw. Kategorien vollzogen wurde. Somit existieren keine mengenmäßigen Erfassungen und die tatsächliche Häufigkeitsverteilung der beiden

Vergleichsgruppen ist unmöglich auf der Grundlage der Kategorisierungsdaten zurückzuverfolgen. Vor diesem Hintergrund fördern die Ergebnisse der quantitativen Auswertung neue Informationen zutage, die sonst in den qualitativen Daten im Verborgenen bleiben. Insbesondere deuten sie auf die Gefahr hin, die im Kategoriensystem als gruppenübergreifend bezeichneten Aspekte als in den beiden Gruppen gleich stark vertreten misszuverstehen. Eine statistische Überprüfung des Gruppenunterschieds bei diesen Aspekten ist als nächster Untersuchungsschritt von hoher Bedeutung.

Darüber hinaus ist hinsichtlich des Ernährungsfaktors von besonderer Relevanz, auf die methodische Problematik eines quantitativen Messverfahren hinzuweisen. Der Ernährungsaspekt ist im Fragebogen durch die recht allgemeine Formulierung vertreten: „Rheuma kann von schlechter Ernährung verursacht werden.“. Die statistische Auswertung ergab hierzu keinen gruppenspezifischen Effekt. Erst unter Heranziehung der qualitativen Daten wurde deutlich, dass der Begriff „Ernährung“ einen kulturspezifischen Bedeutungsgehalt im Denken der taiwanesischen Population aufweist, welcher mit den Vorstellungen der deutschen Vergleichsgruppe keineswegs übereinstimmt. Würde aber für die vorliegende Fragestellung allein ein quantitatives Messinstrument eingesetzt, wäre diese bedeutsame Information gänzlich verloren gegangen.

Die statistischen Auswertungsergebnisse geben zwar im Rahmen des Gruppenvergleichs von Taiwan und Deutschland begründbare Hinweise über die für die deutsche Stichprobe weniger geeigneten Ursachenmerkmale, es sind jedoch keine Informationen über die von diesem Kulturkreis favorisierten Wissensinhalte zu entnehmen. Gerade hier tritt das qualitative Vorgehen mit seiner primär explorativen Erkundungsfunktion deutlich hervor. Aus dem Kategoriensystem lassen sich folgende vier Nennungen als deutsch spezifisch bezeichnen: 1) Organische Ursachen, 2) Äußere Eingriffe (z.B. Zeckenbisse), 3) Psyche/ Einstellung/ seelische Konstitution und 4) Antikörperreaktionen (z.B. auf Eiweiß). Diese Daten können in künftigen Forschungsvorhaben sicherlich zum Verständnis der kulturellen Besonderheiten der deutschen Zielgruppe bzw. zur Erweiterung der Itemkonstellation eines quantitativen Messverfahrens herangezogen werden.

Hauptsächlich bezüglich der Thematik Ursachenvorstellungen und insgesamt betrachtet zeigen sich die qualitativen und quantitativen Methoden gut in der Lage, sich gegenseitig zu ergänzen.

III. 4. Diskussion

Die Diskussion unterteilt sich in zwei Teile. Zuerst geht es in der Methodendiskussion vor allem um die kritische Betrachtung der angewandten Untersuchungsinstrumente, die Merkmalsvergleiche der qualitativen und quantitativen Daten sowie um konkrete methodische Verbesserungsmöglichkeiten. Im zweiten Diskussionsteil werden die Ergebnisse unter den inhaltlichen Gesichtspunkten interpretiert bzw. unter Bezugnahme der Theorien erörtert. Auch werden die Fragestellungen der Arbeit unter Rückgriff auf die vorliegenden empirischen Daten beantwortet.

III.4.1. Methodendiskussion

III. 4.1.1. Das qualitative Vorgehen

Insgesamt stellte der angewandte qualitative Ansatz eine zeitintensive und arbeitsaufwendige Untersuchungsmethode dar. Vor allem auf der Ebene der Datenauswertung und Datenanalyse machte sich der erhebliche Arbeitsumfang bemerkbar. Mit dem kulturvergleichenden Forschungsdesign einhergehend waren außerdem organisatorische und koordinatorische Aufgaben zu bewältigen. Um die methodischen Erfordernisse und Schwierigkeiten zu veranschaulichen, wird nachstehend exemplarisch näher auf die Auswertungsschritte Kodierung und Kategorisierung eingegangen.

Die Phase der Kodierung und Kategorisierung begann unmittelbar nach der Fertigstellung der Transkription der Tonbandaufzeichnungen. Da die Rekrutierung eines gemeinsamen Kodierteams von insgesamt vier Kodiermitgliedern, die den beiden betreffenden Sprachen mächtig sind, unmöglich zustande kommen konnte, wurden außer der Autorin schließlich eine taiwanesischsprachige und eine deutschsprachige Kodiergruppe mit jeweils zwei Muttersprachlerinnen gebildet. Die im Abschnitt II. 3.2.1. beschriebenen unterschiedlichen Kodierungsschritte (offenes vs. Axiales Kodieren) konnten lediglich im Frühstadium zeitgleich in den beiden Teams parallel durchgeführt werden. Später musste das taiwanesischsprachige Team aus organisatorischen Gründen für mehrere Monate pausieren, während die Arbeit der deutschen

Gruppe zügig vorangetrieben wurde. Konkret bedeutete dies, dass die Kodiererergebnisse der deutschen Interviews bereits in Form eines Kategoriensystems vorlagen, als die Kategorisierung der taiwanesischen Daten weiter fortgesetzt werden konnte. So wurden die taiwanesischen Daten auf der Grundlage des bereits aus den deutschen Daten entwickelten Kategoriensystems bearbeitet.

In zweierlei Hinsichten zogen derartige zeitliche Versetzungen der beiden Kodierteams methodische Konsequenzen nach sich: Erstens, angesichts der zeitlich getrennt erfolgten Auswertungsprozedere blieben ein intensives Aufeinanderbeziehen und Vergleichen auf der Ebene einzelner Aussagen sowie eine unmittelbare Aushandlung der beiden Datensätze weitgehend aus. Das gemeinsame Kategoriensystem war den beschriebenen Arbeitsvorgängen zufolge in seiner Grundstruktur hauptsächlich auf der Datenbasis der deutschen Interviews orientiert, welche später für die taiwanesischen Daten übernommen wurde und deren Einfluss auf die Kategorisierungsergebnisse des taiwanesischen Teils als groß einzuschätzen war. Zweitens betraf es in der umgekehrten Richtung die Modifikations- und Anpassungsschritte des „deutschen“ Kategoriensystems unter Heranziehen der taiwanesischen Daten. Da zu diesem Zeitpunkt die Kategorisierung an den deutschen Daten grundsätzlich abgeschlossen war, wurden die vorgenommenen Veränderungen am Kategoriensystem nur in begrenzten Fällen anhand von konkreten deutschen Interviewprotokollen gegengeprüft. Zudem konnte die Überprüfung nicht mehr unter intensiverer Konsensfindung der deutschen Kodiermitglieder gewährleistet werden, sondern die Angemessenheit der Modifikationen wurde vorrangig gemäß der taiwanesischen Daten beurteilt. Unter Einschränkungen realer Untersuchungsbedingungen kamen die taiwanesischen und deutschen Daten letztlich in unterschiedlicher Qualität in der Endversion des Kategoriensystems zur Geltung.

Angesichts der personellen Erfordernisse war die Realisierung des kulturvergleichenden qualitativen Forschungsvorhabens sehr auf die konkreten Rahmenbedingungen und die verfügbaren Ressourcen angewiesen. Zudem setzte dieses ein hohes Maß an Sprach- und Kulturkompetenzen bzw. kognitive Flexibilität für die zu untersuchenden Kulturkreise voraus. Denn trotz der einheitlich definierten Vorgehensweisen hatte sich die Autorin mit zwei eigenen Untersuchungsfeldern und Personenkreisen auseinanderzusetzen. Stets im Hinblick auf die gegenüberstehende Kulturgruppe wurden Fragen bzw. Hypothesen erarbeitet und in der Begegnung mit der Indexkultur nach Hinweisen für Antworten gesucht. Hierzu war ein Wechselprozess des Eintauchens und des Sich-Distanzierens der Forschende in bzw.

zwischen den Kulturen unabdingbar, damit die Abstraktionsarbeit gewährleistet werden konnte.

Ein weiterer Diskussionspunkt bezieht sich auf die eingesetzten Interviews, in denen die Befragten explizit in teilstrukturierter Form gebeten wurden, Stellung zu mehreren rheumarelevanten Themenbereichen zu beziehen. Wie bereits im Abschnitt II. 2.3.1. dargelegt, erklärt sich die methodische Wahl einer Strukturierung der Interviews neben den Gründen der Charakteristika des Alltagswissens sowie der Nicht-Betroffenheit der Probanden insbesondere aus dem Ziel, alle relevante Aspekte zum Thema erschöpfend zu erfassen. Viele in der konkreten Interviewdurchführung gemachte Beobachtungen warfen jedoch berechtigte Fragen nach der Adäquatheit der methodischen Auslegung auf. So waren häufig Antwortunsicherheit bzw. inhaltliche Überforderungen seitens der Befragten wahrnehmbar, welche sich in Reaktionen wie „Ich weiß nicht.“, „keine Ahnung“ oder „Da fragen Sie mich was!“ äußerten. Oder die Befragten wurden mit Fragen konfrontiert, mit denen sie sich bis zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht aktiv bzw. bewusst beschäftigt hatten („Ich habe mir noch keine Gedanken darüber gemacht.“). Hierbei schienen die Fragen bezüglich der Physiopathologie („*Was glauben Sie, was verändert sich im Körper eines Menschen, wenn er Rheuma bekommt?*“), der Ätiologie („*Was glauben Sie, wodurch kann man Rheuma bekommen?*“ bzw. „*Haben Sie irgendwelche Vermutungen darüber, warum manche Menschen Rheuma bekommen und andere nicht?*“) und der Behandlung („*Haben Sie schon einmal gehört, wie Rheuma behandelt wird?*“) in stärkerem Ausmaß, Gefühle der Unsicherheit bzw. der Begrenztheit eigenen Wissens auszulösen. Möglicherweise wurden diese Fragen mit Fakten assoziiert, welche als besonders krankheits- bzw. fachspezifisch gelten und nicht ohne weiteres durch Allgemeinwissen ersetzbar sind. Da die Befragten in solchen Situationen standardmäßig von der Interviewerin nochmals aufgefordert wurden, dennoch eine Antwort auf die Fragen zu formulieren, ergaben sich in den meisten Fällen ergänzende inhaltliche Aussagen zu den oben genannten spontanen Reaktionen. Hierbei wurde interessanterweise die Gültigkeit der Aussagen oft von Seiten der Befragten einzuschränken versucht, indem die Subjektivität („Es ist ganz meine Meinung, dass.....“) oder der allgemeine Charakter der Aussagen („man sagt, dass“ oder „es ist ja so, dass“) besonders unterstrichen wurden. Die Funktion des Letzteren war sicherlich auch darin zu sehen, dass sich die Befragten dadurch der Verantwortung für die Richtigkeit der Aussagen entziehen bzw. ihre eigene Unsicherheit begrenzen konnten.

Des Weiteren waren eine Reihe von Antwortstrategien registriert, welche sich wie folgt klassifizieren lassen: 1) Offenlegung eigener Schwierigkeiten, 2) Heranziehen anderer Erkrankungen, 3) Verallgemeinerung auf andere Erkrankungen, 4) Vorsichtshaltung, 5) ausweichende Antworten, 6) sozial erwünschtes Verhalten, 7) Gegenfragen stellen, 8) Ausschluss bestimmter Optionen, 9) Zitate und 10) Nörgeln. Es ist hypothetisch anzunehmen, dass die Inanspruchnahme derartiger Antworttendenzen nicht notwendigerweise bewusst erfolgte. Vielmehr ermöglichten diese den Befragten in konkreten Interviewsituationen auf eine subtile Art und Weise, ihre Gedanken zu bündeln bzw. zu erweitern, mit dem ungewöhnlichen oder gar schwierigen Untersuchungskontext umzugehen, oder aber die subjektiv als unangenehm empfundene Befragungsmomente frühzeitig zu beenden.

Darüber hinaus wurden die Fragen innerhalb des Themenbereichs „Behandlung“ (*„Wie kann jemandem mit Rheuma sonst noch geholfen werden? Fällt Ihnen dazu noch andere Therapien ein?“* / *„Worauf kann ein Betroffener selber achten, damit die Krankheit nicht schlimmer wird?“* / *„Was würden Sie selbst tun, wenn Sie Rheuma hätten, damit es Ihnen wieder besser geht?“*) und vor allem zur Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs (*„Meinen Sie, dass auch persönliche Faktoren oder Verhaltensweisen einen Einfluss auf den Verlauf von Rheuma haben könnten? Wenn ja, welche Faktoren/Verhaltensweisen fallen Ihnen ein? Wie würden sie sich auswirken?“*) häufig von den Befragten als Wiederholungen empfunden. Dies war insofern nachvollziehbar, als dass die Fragen zur Beeinflussbarkeit aus konzeptuellen Überlegungen, gemessen am Zeitpunkt des Krankheitsausbruchs auf drei Ebenen formuliert worden sind: Prävention, Behandlung und Selbstmanagements im Sinne von Coping. Die Anmerkungen der Befragten warfen Hinweise auf eine mangelnde Entsprechung derartiger Differenzierungen in Köpfen der Alltagsmenschen über ihr Handlungsrepertoire im Falle einer rheumatischen Erkrankung auf. Die genaue Zuordnung einzelner Handlungsweisen in die drei verschiedenen Zeitraster ist daher wahrscheinlich primär zum wissenschaftlichen Zweck. Untersuchungstechnisch wirkten sich die als Wiederholungen wahrgenommenen Interviewfragen eher negativ auf das Antwortinteresse bzw. Motivation der Befragten aus. Außer den Ermüdungseffekten wurde gelegentlich Skepsis darüber geäußert, ob das bereits Gesagte nicht registriert oder verstanden worden wäre.

In diesem Zusammenhang ist schließlich noch die Widersprüchlichkeit einzelner Sätze bzw. Absätze innerhalb eines Interviewprotokolls zu erwähnen, die je nach Ausprägung die Datenanalyse extrem erschweren konnte. Diese wurde meist im Verlauf der Konsensbildung

auf der Grundlage der entsprechend markierten Textstellen zu lösen versucht, indem lediglich die mehrheitlich als zentral bewerteten Aussagen kodiert wurden. Im Falle von extremen Unklarheiten wurden jedoch alle erwähnten inhaltlichen Aspekte gleichermaßen kodiert, da es bei der qualitativen Auswertung grundsätzlich um die explorierbaren Daten ging.

Die oben aufgeführten Aspekte wurden in erster Linie als Zusatzinformationen zum Antwortverhalten im Laufe der Datenerhebung und Datenauswertung aufgenommen und flossen aufgrund der inhaltlichen Ferne zum Thema Rheuma nicht in das Kategoriensystem mit ein. Da hierzu keine Frequenzmessung durchgeführt worden ist, lassen sich keine abschließenden Aussagen über die Angemessenheit einzelner im Interviewleitfaden enthaltener Fragen machen. Tendenziell erwecken die Zusatzinformationen jedoch den Eindruck, dass die Ausführlichkeit bzw. der Umfang des vorliegenden teilstandardisierten Interviewleitfadens zwar im Hinblick auf die Datenvollständigkeit zweckdienlich ist, dieser weicht jedoch gerade durch seine hohe Komplexität von der Denkstruktur und dem Wissensgehalt eines Alltagsmenschen hinsichtlich Rheuma ab.

Zuletzt wird auf die Problematik der Ergebnisdarstellung im qualitativen Teil kurz eingegangen. Insgesamt konnte die siebenstufige Hauptstruktur des Kategoriensystems mit äußerst umfangreichen Daten inhaltlich ausgestattet werden. Die Auswertungsergebnisse der Nebenstruktur fielen dagegen unregelmäßig bzw. unterschiedlich detailliert auf den einzelnen Kategorienebenen aus. Die Zusammenfügung der Haupt- und Nebenstruktur unter der Voraussetzung der Erkennbarkeit beider Strukturformen gestaltete sich daher in der Ergebnisdarstellung als sehr kompliziert. Unter mehreren Darstellungsentwürfen wurde schließlich zugunsten der inhaltlichen Übersichtlichkeit und der Platzökonomie die bereits präsentierte Tabellenform ausgewählt.

III. 4.1.2. Das quantitative Vorgehen

Der erste Aspekt betrifft die äußerst unterschiedliche innere Konsistenz der beiden Stichproben bei der Reliabilitätsbestimmung (ca. .83 vs. .50). Der Rheuma-Ursachen-Fragebogen kann aufgrund der itemanalytischen Überprüfung als ein geeignetes Verfahren zur Erfassung rheumarelevanter Ursachenvorstellungen bei der taiwanesischen Stichprobe

bewertet werden. Im Gegensatz dazu ist das Ergebnis für die deutsche Stichprobe keinesfalls zufriedenstellend. Ein Cronbach Alpha von .50 besagt recht deutlich, dass diese Skala für die deutsche Stichprobe weder über eine ernstzunehmende innere Konsistenz verfügt, noch in ihrer Reproduzierbarkeit mit der taiwanesischen Stichprobe sinnvoll vergleichbar ist. Im Verlauf der Fragebogenkonstruktion wurde der Rheuma-Ursachen-Fragebogen orientiert an den von Borg & Staufenbiel (1993) vorgeschlagenen Auswahlkriterien in seiner Ursprungsform um ein Drittel gekürzt, wobei hier angesichts der eklatant schlechten Itemwerte der deutschen Stichprobe ausschließlich die Trennschärfe und die Itemschwierigkeit der taiwanesischen Stichprobe herangezogen wurden. Der unbefriedigende Skalenwert der deutschen Population ist insofern wenig verwunderlich, als sich gemäß dem Selektionsmaßstab der taiwanesischen Itemwerte viele für die deutsche Stichprobe inkonsistente Items weiterhin im Itempool befinden.

Diese Endergebnisse sind in zweierlei Hinsicht von Bedeutung: Erstens deuten die statistischen Auswertungsergebnisse trotz einer kleinen Stichprobengröße auf Inadäquatheit der Itemzusammensetzung und der Itemauswahl, insbesondere für die deutsche Population, hin. Die Konstruktion eines quantitativen Messverfahrens waren angesichts mangelhafter verfügbarer empirischer Daten über ausreichend differenzierte krankheits- bzw. kulturspezifische Vorstellungstendenzen der beiden Zielgruppen verfrüht. Weiterhin erscheint der Anspruch auf ein für die beiden Kulturkreise gleichermaßen angemessenes Messinstrument unter den obigen Bedingungen als problematisch. Der methodische Kompromiss in Form einer Kombination von Rückgriff auf vergleichbare Datenquellen über andere Krankheitsbilder bzw. aus anderen Kulturkreisen und von unsystematisch ermittelten kulturrelevanten Informationen erwies sich als bedingt fruchtbar. Des Weiteren konnten im Gegensatz zu den eindeutig taiwanesisch spezifischen Ursachenvorstellungen, wie z.B. „kalte Dusche oder Blutergüsse“, keine explizit „deutschen“ Merkmale im Rahmen der Vorarbeiten zur Studie identifiziert werden, die ein Gegengewicht zu den „typisch taiwanesischen“ Items im Fragebogen darstellen. So fanden die während der Untersuchungsvorbereitung wiederholt registrierten Angaben bei den Deutschen, wie z.B. Infektion oder Ernährung, ebenfalls Zustimmung bei den Taiwanesen und waren daher in ihrer kulturellen Zuordenbarkeit nicht ausschließlich. Offensichtlich waren die taiwanesisch spezifischen Wissensarten für die Untersuchung deutscher Vorstellungsmuster redundant und nicht ergiebig. Folgerichtig wirkten sich diese negativ auf die statistischen Ergebnisse der deutschen Stichprobe aus, während umgekehrt der Einfluss der „deutschen“ Items auf die Skalenwerte der

taiwanesischen Stichprobe wesentlich geringer ausfiel. So gesehen wurde die kulturelle Ungleichheit der Itemzusammensetzung in den statistischen Ergebnissen treffend widerspiegelt.

Insgesamt ist das Ergebnis dennoch insofern als positiv zu beurteilen, als dass es die grundlegende methodische Problematik eines quantitativen Messinstruments bei einer transkulturellen Untersuchung objektiv belegt. Es macht darüber hinaus sehr deutlich, dass die Konstruktion bzw. der Einsatz eines Messverfahrens nicht losgelöst vom Blick auf eine vorab definierte Zielgruppe vollbracht werden kann. Andernfalls ist die Interpretierbarkeit der erhobenen Daten massiv beschränkt.

Zweitens stehen die Ergebnisse der Itemcharakteristika der deutschen Stichprobe wegen der inhaltlichen Geschlossenheit der konsistenten Items hervor. Abgesehen vom Item 8, das den Einfluss durch Ernährung thematisiert, kamen bei den Items einhellig psychosoziale Überlegungen als mögliche Krankheitsursachen bei Rheuma in Betracht. Werden hierzu die Ergebnisse der Faktorenanalyse der deutschen Stichprobe (vgl. Abschnitt II. 2.3.2.2.) herangezogen, so fällt es unmittelbar auf, dass auf dem einzigen Faktor „Psychosozial“ genau die konsistenten Items 3, 7, 10, 14, 17, 20 laden. Dieser Sachverhalt lässt jedoch keine Schlussfolgerung über die Ursachenattribution der deutschen Stichprobe auf primär psychosoziale Faktoren zu. Neben den bereits beschriebenen, grundsätzlichen Schwierigkeiten der Testkonstruktion für zwei unterschiedliche Anwendungsgruppen und den daraus resultierten Einschränkungen der Aussagekraft der Testergebnisse ist hier insbesondere der Heterogenitätsgrad der Items zu diskutieren. Bereits in der Urfassung des Fragebogens ließ sich eine inhaltliche Zusammengehörigkeit der betreffenden Items 3, 7, 10, 14, 17 und 20 klar erkennen, welche zahlenmäßig einen relativ großen Anteil (zweisebtel) des Itempools darstellten. Abgesehen davon waren die restlichen Items in ihren thematischen Akzenten vielfältig und nicht in einer vergleichbaren Größe inhaltlich gruppierbar. Es ist mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die auffälligen Ergebnisse hinsichtlich der psychosozialen Faktoren eher auf deren Überrepräsentativität im Fragebogen zurückzuführen sind als auf ihre tatsächliche Gewichtung bei der Ursachenattribution von Rheuma. Gleichwohl stellt sich die Frage, ob die auffallend ähnlichen Faktorenladungen und die beinahe identische Faktorenstruktur der taiwanesischen und deutschen Populationen beim ersten Faktor als ein Indiz für die gruppenübergreifende Hervorhebung der psychosozialen Ursachenfaktoren interpretiert werden können, oder ob die Ergebnisse vielmehr ebenfalls von

der offenkundigen Ungleichheit der Itemheterogenität herrühren. Die bisher noch offene Frage, warum das Item h. (*„Rheuma kann mitverursacht werden, wenn man von den alltäglichen Anforderungen in der Schule, im Beruf bzw. im Haushalt überfordert ist.“*) trotz inhaltlicher Nähe zu den anderen Items bei der taiwanesischen Stichprobe nicht auf dem Faktor 1. lädt, kann auch unter Bezugnahme des Kategoriensystems nicht hinreichend geklärt werden.

Vor diesem Hintergrund ist unbedingt zu konstatieren, dass im Rahmen der qualitativ erhobenen Daten hinsichtlich der Ursachenerklärungen von Rheuma die psychosozialen Aspekte ein mit den quantitativen Ergebnissen wenig übereinstimmendes Gewicht aufweisen. Zwar tauchte der Begriff „Stress“ unter allgemeinen ursächlichen Bedingungen zur Krankheitsentstehung als eine gruppenübergreifende Kategorie auf, dieser wurde allerdings von den taiwanesischen Befragten nur im Sinne körperlicher Überforderungen aufgefasst, während die deutsche Stichprobe darunter sowohl körperliche als auch psychische Überlastungen verstand. Zu den allgemeinen Bedingungen zählte ferner die ausschließlich von der deutschen Gruppe genannte Kategorie „Psyche/ Einstellung/ seelische Konstitution“. Darüber hinaus ergaben sich zwei weitere Kategorien, welche ebenfalls lediglich der deutschen Gruppe zuzuordnen waren: „Psychische Vulnerabilität“ als eine notwendige Bedingung zur Krankheitsentstehung sowie „Stress“ als ein möglicher Auslöser für die Krankheitsentstehung. Interessanterweise wurde auf der anderen Seite der Aspekt „Seelische Faktoren“ als ein Ausschlusskonzept bei der deutschen Gruppe ebenfalls kodiert. Demnach ist auch die Meinung innerhalb dieser Vergleichsgruppe vertreten, dass seelische Komponenten bei der rheumatischen Krankheitsentstehung überhaupt keine Rolle spielen. Diese Ergebnisse deuten insgesamt darauf hin, dass psychosoziale Merkmale selten von den taiwanesischen Befragten aktiv in Erwägung gezogen und infolge dessen geringfügig geäußert wurden. Dagegen spielen sie als eine abstrakte, inhaltlich jedoch unbestimmte Einflussgröße eine nicht zu übersehende Rolle im Denken der deutschen Stichprobe.

Zusammenfassend kontrastieren bei der taiwanesischen Stichprobe die quantitativen und qualitativen Befunde hinsichtlich der Position psychosozialer Merkmale im Zusammenhang mit der Krankheitsentstehung von Rheuma. Das Fehlen des psychosozialen Aspektes unter den extrahierten Kategorienergebnissen spricht eher für die Irrelevanz dieses Themenbereichs nach Einschätzungen der taiwanesischen Stichprobe. Die dennoch positiven Ergebnisse der psychosozialen Items in der statistischen Auswertung lassen sich möglicherweise auf die

Manipulierbarkeit des Antwortverhaltens anhand von extern vorgelegten Stimuli zurückführen.

Zu erörtern ist weiterhin die hauptsächlich aus rein statistischen Erwägungen erfolgte Itemelimination im Prozess der Fragebogenkonstruktion. Es geht um die folgenden Items: 1) Man kann Rheuma erben. 2) Rheuma ist ansteckend. 3) Ob man Rheuma bekommt, darüber bestimmt das Schicksal. 4) Rheuma kann von Hitze verursacht werden. 5) Rheuma ist durch Hormone beeinflussbar und 6) Die Ursachen von Rheuma sind unklar. Hierbei finden die Konzepte der Hitze und der Hormone überhaupt keine Erwähnung innerhalb des Kategoriensystems. Alle restlichen Aspekte der obigen Items können dagegen im Kategoriensystem durchgehend als gruppenübergreifende Einträge identifiziert werden. Die Vererbung und das Schicksal werden als allgemeine ursächliche Bedingungen zur Krankheitsentstehung bei Rheuma artikuliert. Der Aspekt der Ansteckbarkeit wird nicht im Kontext der Ursachenattribution diskutiert, sondern unter der begrifflichen Klärung zu Rheuma subsumiert. Hinsichtlich des Wissensstands der Ursachenforschung bei rheumatischen Erkrankungen existieren geteilte Meinungen auf der Dimension „identifizierbar – ich weiß nicht – nicht identifizierbar“. Die sich in der letzten Sammelkategorie befindende Kodierung „Krankheit als schwer fassbar“ bezieht sich mit großer Wahrscheinlichkeit auch auf den Bereich der Krankheitsentstehung. Insgesamt sind also vier von den sechs eliminierten Items auf der Grundlage der qualitativen Daten nicht als gänzlich bedeutungslos zu beurteilen, während die Merkmale der Hitze und der Hormone ohne weiteres aus dem Itempool herausgenommen werden können. Vor allem sollen die Aspekte der Vererbung, des Schicksals und der Unwissenheit bzw. Unklarheit nicht voreilig ausgeschlossen, sondern deren Bedeutung in weiterführenden Forschungsvorhaben ergründet werden.

III. 4.1.3. Merkmalvergleich der qualitativen und quantitativen Daten

Die Stärke der qualitativen Verfahren liegt offenkundig in der Reichweite des Erkundungsvermögens und in der Komplexität der Erkenntnisse. Diese primär induktiven Vorgehensweisen eignen sich hervorragend für eine großflächige Bestandaufnahme des

Untersuchungsgegenstandes wie auch für ein systematisches Ordnen verfügbarer Informationen. Andererseits lassen sich die Untersuchungsergebnisse aufgrund der enormen Datenmenge nur eingeschränkt anhand von kurzen Kernaussagen detailgetreu wiedergeben. Zwar ist die Methode der Typenbildung in der Lage, die Datenfülle auf ein übersichtliches Maß zu komprimieren, bedingt durch die Festlegung der Unterscheidungskriterien können die konstruierten Typen jedoch immer nur ein Teil der Gesamtergebnisse abbilden.

Hingegen zeichnen sich die quantitativen Verfahren zweifelsohne durch ihre signifikante Aussagekraft und Präzisierung der Ergebnisse hinsichtlich fokussierter Sachverhalte aus. Allerdings ist angesichts des bereits dargestellten Methodenvergleichs die Notwendigkeit einer fundierten qualitativen Forschung im Vorfeld quantitativer Vorgehensweisen besonders zu unterstreichen, da sonst die Gefahr der Unangemessenheit bzw. der Unvollständigkeit der Fragestellungen nicht ausreichend ausgeräumt werden kann.

III. 4.1.4. Konkrete Vorschläge für ein weiteres methodisches Vorgehen

Aus den bisher dargestellten Methodendiskussionen lassen sich die folgenden Verbesserungsvorschläge für weiterführende Forschungsvorhaben ableiten:

Im Hinblick auf die gesunden Probanden als Zielgruppe der Untersuchung ist ein inhaltliches Straffen des eingesetzten Interviewleitfadens indiziert. Dies betrifft hauptsächlich die Fragestellungen, die auf das Wissen über die Behandlungsvarianten und auf die Antizipation subjektiver Einflussmöglichkeiten im Falle einer Eigenerkrankung abzielen.

Zugunsten der Datenvergleichbarkeit innerhalb einer kulturvergleichenden Studie ist die Konstruktion eines für alle betreffenden Vergleichsgruppen zugeschnittenen Messinstruments zu befürworten. In Anlehnung an die verfügbaren qualitativen Befunde zur Ursachenattribution von Rheuma können weitere Verbesserungen bzw. Modifikationen des Rheuma-Ursachen-Fragebogens für die taiwanesischen und deutschen Stichprobe folgendermaßen aussehen: 1) Um den Merkmalen Mehrdimensionalität und inhaltliche Heterogenität der Items besonders Rechnung zu tragen, ist die Bildung von Itemsgruppen innerhalb der Itemsammlung sinnvoll. Die Gruppierung der Items ist vornehmlich nach

thematischer Erwägung durchzuführen. Dabei ist ein angemessenes Maß bezüglich der Anzahl der Subgruppen anzustreben und markante Größendifferenzen der Itemsgruppen sind möglichst zu vermeiden. Gegebenenfalls sind Items zusammenzufassen bzw. inhaltlich aufzusplitten, um eine homogene Verteilung der Itemsgruppen zu gewährleisten. 2) Kulturspezifische Items sollten für die beiden Vergleichsgruppen annähernd stark im Itempool vertreten sein. Diese bilden dann jeweils eine Itemsgruppe und werden in den Itempool integriert.

III. 4.2. Inhaltliche Diskussion

Der zentrale Aspekt dieser Untersuchung „Ursachenvorstellungen über Rheuma“ wurde bereits im Abschnitt III. 3.1. eingehend behandelt. Auf der Grundlage der vorliegenden empirischen Daten werden nachstehend weitere Gruppenunterschiede hinsichtlich des Umgangs mit rheumarelevanten Krankheitsbegriffen, Symptomwahrnehmung, Krankheitsverlauf, Behandlung und Prognose rheumatischer Erkrankungen diskutiert. Weiterhin werden die Ergebnisse der Typenbildung inhaltlich kommentiert. Zum Schluss wird auf die Fragen nach Besonderheiten und Funktionen des krankheitsbezogenen Alltagswissens bei gesunden Menschen kurz eingegangen.

Umgang mit Krankheitsbegriffen

Der Umgang mit rheumabezogenen Krankheitsbegriffen ist beim größten Teil aller Befragten von Unsicherheit oder gar Verwirrung gekennzeichnet. Auch wenn es von den Befragten nicht immer bewusst wahrgenommen wurde, wurde die Frage, ob Rheuma eine eigenständige Krankheit ist oder ob unter diesem Begriff viele verschiedene Erkrankungen zu verstehen sind, bis auf einige Ausnahmen weitschweifig bzw. verschwommen beantwortet. Exemplarisch lautete die Antwort des Probanden dm 01 wie folgt:

Proband (P.): „Es ist,....so viel ich weiß, gibt es eine Familie von rheumatischen Erkrankungen, aber ich denk' schon, dass es ein abgegrenzter Bereich ist. Also, dass es schon ein eigenes Krankheitsbild ist.“

Interviewerin (I.):dass Rheuma also eine Krankheit ist...?

P.: ...eine Krankheit mit vielen Facetten.

I.: Kannst Du ein paar Facetten nennen?

P.: Nö.

I.: Nicht?
P.: Ne, ne, eigentlich nicht. Also ich kann mit Fachbegriffen nicht so gut.
I.: Meinst Du mit Facetten Symptome, oder etwas anderes?
P.: Ja.
I.: Dass es dann an und für sich eine Krankheit ist.
P.: Ja.

Die Antwort vom Proband tm 10 sah folgendermaßen aus:

Proband (P.): Ich glaube, es ist eine Krankheit.
Interviewerin (I.):dass Rheuma also eine Krankheit ist?
P.: Ich meine ja,..... aber es gibt eine Art Rheuma, das kann man in zwei, drei Typen unterscheiden. Es gibt aber auch etwas, was nicht richtig Rheuma ist. Manchmal sieht es nach Rheuma aus, ist aber kein richtiges Rheuma.
I.: Sondern?
P.: Ich weiß es auch nicht. Ich habe aber schon mal gehört, dass man wegen Rheuma zum Arzt geht, aber dann gesagt bekommt, dass es gar kein Rheuma ist.
I.: Was ist es denn dann?
P.: Ich weiß nicht.....mir fällt gerade der Name nicht ein.....
I.: Sie haben an einer früheren Stelle von Gicht gesprochen.
P.: Nein. Gicht ist etwas anderes als Rheuma.....Auch meine ich nicht das Ischiassyndrom.....
I.: Sie können ruhig noch überlegen.....
P.:Jetzt habe ich es. Chronische Polyarthritis! Ich habe gehört, dass es das Gleiche ist wie Rheuma.
I.: Gleich oder anders? Eben haben Sie gesagt, dass es kein richtiges Rheuma ist.
P.: Gleich oder anders? Gleich und doch irgendwie anders. Ich weiß es auch nicht genau. So ist das
I.:
P.: Sie haben irgendwie miteinander zu tun.

Auch im Falle einer eindeutigen Bejahung bzw. Verneinung der oben genannten Fragen war, bezogen auf den Gesamtinterviewtext, eine begriffliche Konsistenz bzw. Stringenz selten feststellbar.

Inhaltlich bezieht sich die Verunsicherung auf den Gebrauch von verwandten Krankheitsbegriffen, die Herstellung hierarchischer Verbindungen zwischen den Krankheitsbegriffen sowie die Zuordnung einzelner Symptome zu rheumaähnlichen Krankheitsbildern. Die Probanden hatten allgemein Schwierigkeiten, die mit Rheuma in Zusammenhang stehenden Krankheitsbegriffe klar voneinander abzugrenzen. Diesbezüglich bestehen die Gruppenunterschiede hauptsächlich in der Art der genannten

Krankheitsbezeichnungen. Zusammenfassend wurden von den beiden Populationen Gicht, Arthrose und Arthritis/ Polyarthritits mit Rheuma in Zusammenhang gebracht, teilweise als Unterformen von Rheuma, teilweise jedoch ohne präzise Differenzierungsangaben. Hierzu sind die deutschspezifischen Nennungen: Gelenkrheuma, Muskelrheuma, Rheumatismus, Weichteilrheumatismus, rheumatisches Fieber, Schleimbeutelentzündung, Sehnenscheidenentzündung, Muskelentzündung und Muskelschwäche. Die taiwan-spezifischen Nennungen sind dagegen: Rheumatische Herzerkrankung, Osteoporose, Bandscheibenvorfälle, Migräne, Rückenschmerzen, „Fünzig-Schulter-Syndrom“, „Jiang-Ji-Rheumatismus“, Ischiasschmerzen und „Suan-Tong“. Der Krankheitsbegriff „Migräne“ wurde sehr unterschiedlich aufgefasst. Entweder als eine Unterform von Rheuma, oder so, dass er überhaupt nichts mit Rheuma zu tun hat bzw. das Verhältnis zu Rheuma offen ist. Die Nennungen offenbaren insgesamt die unterschiedliche begriffliche Färbung und Akzentuierung in den beiden Kulturen. Bis auf die rheumatische Herzerkrankung und die Migräne beziehen sich jedoch alle oben genannten Krankheitsbegriffe auf Störungen des Stütz- und Bewegungsapparats.

Insgesamt spiegelt die begriffliche Unklarheit in den Äußerungen der befragten Alltagsmenschen die fehlende terminologische Einheitlichkeit rheumatischer Erkrankungen in den medizinischen Fachkreisen wider (vgl. Abschnitt I.4.1.2.). Bezogen auf den undifferenzierten Gebrauch des Rheumabegriffs von verschiedenen medizinischen Professionen in Taiwan (vgl. Einleitung und Abschnitt I. 3.1.) sei hier als wichtig anzumerken, dass mit einer einzigen Ausnahme alle von den taiwanesischen Probanden artikulierten Krankheitsbegriffe der schulmedizinischen Terminologie entstammen. Dies könnte insbesondere als Hinweis auf einen fortwährenden Verständniswandel bezüglich rheumatischer Krankheitsbilder bzw. auf einen wachsenden Einfluss schulmedizinischen Expertenwissens durch mediale Verbreitungen auf das Denken der taiwanesischen Population interpretiert werden.

Symptomwahrnehmung

Als rheumabedingte Symptome wurden von beiden Gruppen genannt: Schmerz, Verspannung, Kälteempfindlichkeit/ Wetterfühligkeit, Schwellung, Deformation, Bewegungs- und Funktionseinschränkungen und Unwohlsein. Hierbei sind Leitsymptome rheumatischer Erkrankungen vertreten, welche sowohl aus der Sicht der Schulmedizin wie auch der

Traditionellen Chinesischen Medizin als solche definiert werden (vgl. Abschnitt I.4.2.1 und I.4.2.2.). Die deutschen Probanden sahen zudem in den Beschwerden Fieberschübe, Übelkeit/ Erbrechen, Schwindel und Knoten einen direkten Zusammenhang zu Rheuma. Für die taiwanesischen Probanden zählten außerdem Rötung/ lokale Überwärmung, Wasseransammlung, Neigung zu Knochenbrüchen, Juckreiz und Erektionsstörung zu rheumarelevanten körperlichen Anzeichen. Diese in ihrer Qualität äußerst unterschiedlichen Symptome sind nicht eindeutig auf die Krankheitsdefinition der beiden medizinischen Ausrichtungen zurückzuführen. Logischerweise entspringen sie weiteren kulturellen Schemata, die allerdings anhand der verfügbaren Daten noch nicht klar entschlüsselt werden können.

Ein weiteres wichtiges Merkmal hinsichtlich der kulturdivergenten Symptomwahrnehmung besteht darin, dass Schmerz, fast einhellig von den taiwanesischen Probanden, erst im Zusammenhang mit Wetter- und Klimaveränderung als rheumarelevant interpretiert wird. Bei den deutschen Probanden dagegen spielt dieser Zusammenhang entweder gar keine Rolle, oder dieser wird bewusst ausgeschlossen.

Krankheitsverlauf

Hinsichtlich der Vorstellungen über die Art des Krankheitsverlaufs bei rheumatischen Erkrankungen ergaben sich keine wesentlichen inhaltlichen Gruppenunterschiede. Gruppenübereinstimmend wurden die folgenden Attribute genannt: Chronisch, remittierend/ schwankend, verschlechternd und schleichend. Als eine einmalige Nennung wurde bei der deutschen Stichprobe außerdem „kein klassischer Verlauf“ registriert. Infolgedessen kann aufgrund der Untersuchungsdaten davon ausgegangen werden, dass diesbezüglich keine nennenswerten Differenzen bei den beiden Vergleichsgruppen bestehen.

Behandlung

Die genannten Behandlungsmaßnahmen ließen sich in drei Bereiche untergliedern: Schulmedizinische Methoden, Methoden der Traditionellen Chinesischen Medizin und sonstige Methoden. Entsprechend der Erwartung wurde die Schulmedizin von den beiden Vergleichsgruppen gleichermaßen angegeben, während die Traditionelle Chinesische Medizin hauptsächlich von den taiwanesischen Probanden artikuliert wurde. Unter der Traditionellen

Chinesischen Medizin wurden im Kategoriensystem auch die Grenzbereiche zwischen dem professionellen und volksmedizinischen Sektor in Taiwan, wie z.B. Knocheneinrenken und Kräutermixturen, subsumiert. Als Gegengewicht zur Traditionellen Chinesischen Medizin als einer alternativen medizinischen Disziplin wurden ausschließlich von den deutschen Probanden eine ganze Reihe sonstiger Heilverfahren herangezogen, wie z.B. Naturheilverfahren, Kältetherapie, Ernährungstherapie, Homöopathie, Psychotherapie, Kuren etc.. Diesbezüglich wurden von der taiwanesischen Vergleichsgruppe lediglich die übernatürlichen bzw. religiösen Methoden wie Schamanismus bzw. Exorzismus genannt. Die Tatsache, dass den beiden kulturellen Kontexten in ihrer Qualität recht unterschiedliche Heilmethoden zugänglich sind, zeigte sich noch einmal in der Frage, welche Experten im Falle einer rheumatischen Erkrankung konsultiert werden. Neben den gruppeübereinstimmenden Nennungen wie Ärzte, Psychologen, wurden ausschließlich jeweils von den deutschen Probanden „Heilpraktiker/ Homöopathen“ und „Physiotherapeuten“, von den taiwanesischen Interviewten „Mediziner der Traditionellen Chinesischen Medizin“, „Volksheiler/ Knocheneinrenker“ und „Apotheker“ genannt. Diese Ergebnisse verdeutlichen insgesamt, wie sehr die alltagsweltliche Vorstellung über verfügbare therapeutische Möglichkeiten durch die kulturellen Gegebenheiten determiniert ist.

Weiterhin fällt auf, dass die taiwanesischen Probanden, möglicherweise aufgrund ihres bimodalen medizinischen Systems mit der Schulmedizin einerseits und der Traditionellen Chinesischen Medizin andererseits, gewohnt sind, sich mit den Vorzügen bzw. Nachteilen der beiden medizinischen Ausrichtungen auseinanderzusetzen und diese auch spontan zu thematisieren. So formulierten sie die jeweiligen Charakteristika der beiden Schulen und stellten Kriterien auf, wann und unter welchen Umständen eine oder die andere Therapieform aufgesucht wird. Im Gegensatz dazu wurden diesbezügliche Überlegungen von der deutschen Vergleichsgruppe gar nicht geäußert.

Prognose

Die Prognose bei rheumatischen Erkrankungen wurde neben dem oben genannten Aspekt „Krankheitsverlauf“ zusätzlich anhand von Einschätzungen über Mortalität und Heilbarkeit ermittelt. Wie bereits im Ergebnisteil dargestellt, wurde für die beiden Merkmale jeweils ein dreistufiges dimensionales Paradigma herausgearbeitet: „tödlich – ich weiß nicht – nicht tödlich“ und „heilbar – ich weiß nicht – nicht heilbar“. Eine zusätzliche Frequenzanalyse

hierzu ergab, dass sowohl die taiwanesischen wie auch die deutschen Probanden bei Rheuma mehrheitlich von einer nicht heilbaren und zugleich nicht tödlichen Krankheit ausgehen¹. Hinsichtlich der Vorhersage über die Krankheitsentwicklung sind demzufolge keine gruppenspezifischen Effekte feststellbar.

Im Zusammenhang mit der Krankheitsentwicklung ist ein weiterer inhaltlicher Aspekt aus dem Kategoriensystem zu erwähnen, der sich auf die Vorstellung über körperliche Folgen der Erkrankung bezieht. Unter dieser Kategorie wurden eine Reihe negativer Krankheitsauswirkungen auf den menschlichen Organismus zusammengefasst (vgl. Abschnitt II. 1.1.6.), welche schwerpunktmäßig Schmerzen, Nebenwirkungen von Medikamenten bzw. Schäden des Bewegungs- und Stützapparats beinhalten. Weitere Nennungen entstammen vorwiegend der deutschen Gruppe, welche weiterreichendere krankheitsbedingte Konsequenzen in Betracht ziehen, wie z.B. Organschäden, Verlust des Denkvermögens, Schädigung der Blutgefäße oder Atemstörungen. Wird der Aspekt Krankheitsanfälligkeit/Folgeerkrankungen als eine allgemeine Krankheitsauswirkung ebenfalls herangezogen, so fällt unmittelbar auf, dass auch hier die gesammelten Beispiele hauptsächlich von den deutschen Probanden geäußert wurden, wie z.B. Geistesverwirrung, Depression, Herzerkrankung und Arthrose. In Bezug auf das bereits dargestellte Untersuchungsergebnis zur Frage der Ernsthaftigkeit (vgl. Abschnitt III. 3.1.), wonach das Krankheitsbild Rheuma von der deutschen Gruppe deutlich ernsthafter als von der taiwanesischen Vergleichsgruppe bewertet wird, können die vergleichsweise konkreteren Vorstellungen der deutschen Population über denkbare schwerwiegende Krankheitsfolgen als eine inhaltliche Bestätigung interpretiert werden.

Ergebnisse der Typenbildung

Mit Hilfe des typisierenden Verfahrens ist es gelungen, die polarisierenden bzw. zentralen Tendenzen innerhalb einer Vergleichsgruppe bzw. zwischen den Vergleichsgruppen auf bestimmte Entscheidungsmerkmale hin zu konkretisieren. Hierbei hat sich der Aspekt „Bedrohlichkeitseinschätzung“ als besonders ausschlaggebend erwiesen. Interessanterweise

¹ Im Detail gaben 21 von 30 taiwanesischen Probanden an, Rheuma sei nicht heilbar, 4 von ihnen wussten es nicht und die restlichen 5 waren der Meinung, dass Rheuma heilbar sei. Bei den deutschen Probanden gaben 22 von 30 „nicht heilbar“, 2 von ihnen „ich weiß nicht“ und die restlichen 6 „heilbar“ an. Hinsichtlich der Mortalitätseinschätzung verteilen sich die Aussagen wie folgt: 26 von 30 taiwanesischen Probanden gaben „nicht tödlich“, 3 von ihnen „ich weiß nicht“ und ein Proband „tödlich“ an. Bei der deutschen Gruppe gaben 25 von 30 „nicht tödlich“, ein Proband „ich weiß nicht“ und 4 von ihnen „tödlich“ an.

war dieser Aspekt im Interviewleitfaden nicht explizit vorgesehen. Dagegen war die Frage nach dem Grad der Ernsthaftigkeit ein fester Bestandteil des Fragenkatalogs. Erst während des Interviewprozesses stellte sich die betonte Emotionalität der subjektiv erlebten Nicht-/Bedrohlichkeit als ein Kernkriterium heraus, welches die Befragten stark voneinander unterscheidet.

Eine weitere offene Frage bezieht sich auf die wechselseitigen Auswirkungen der Bedrohlichkeitseinschätzung einerseits und die primäre und sekundäre Beeinflussbarkeit auf die Krankheit Rheuma andererseits, welche nebeneinander als Unterscheidungskriterien bei der Typenbildung herangezogen wurden. Die zahlenmäßig meist vertretenen Haupttypen der beiden Vergleichsgruppen (Typ tw. I./1.(N= 16), Typ dt. I./1. (N=24)) unterscheiden sich auffälligerweise überhaupt nicht in den Merkmalsausprägungen der Beeinflussbarkeit auf der Ebene der Krankheitsentstehung und des Krankheitsverlaufs, sondern einzig und allein im Grad der Bedrohlichkeitsbewertung¹ (vgl. Abschnitt III. 1.2.1.). In Anbetracht der vorliegenden Daten läßt sich eine tendenzielle Abhängigkeit zwischen diesen beiden Kriterien stark annehmen. Auch liegt die Vermutung nahe, dass der gegenseitige Wirkungsmechanismus der beiden Kriterien bei der taiwanesischen und deutschen Population unterschiedlich aussieht. Wie, in welchem Ausmaß bzw. in welcher Richtung diese sich letztlich gegenseitig bedingen, kann an dieser Stelle jedoch nicht zufriedenstellend beantwortet werden.

Besonderheiten und Funktionen des krankheitsbezogenen Alltagswissens bei gesunden Menschen

Angesichts der fehlenden persönlichen Betroffenheit der Probanden entstand bei den Interviews nicht selten den Eindruck, dass durch die intensiven und detaillierten Fragen ein unausgesprochenes Unbehagen erzeugt wurde, nach dem Motto: „Ich setze mich erst mit der Krankheit auseinander, wenn es so weit ist. Sonst mache ich mir darüber keine Gedanken.“ Eine solche Weigerung bzw. Abwehr der Alltagsmenschen, sich eingehend mit allen erdenklichen Erkrankungen zu befassen, ist unter dem ökonomischen Gesichtspunkt zugunsten einer effektiven Informationsverarbeitung leicht nachvollziehbar. Diese dient offensichtlich zum Schutz vor informativen bzw. gefühlsmäßigen Überflutungen sowie zur Aufrechterhaltung des Gefühls der eigenen Unversehrbarkeit. Die aktive Auseinandersetzung

¹ Typ tw. I./1.: „nicht bedrohlich, mittlere bis hohe Beeinflussbarkeit auf Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf“. Typ dt. I./1.: „mittel bis hoch bedrohlich, mittlere bis hohe Beeinflussbarkeit auf Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf“.

mit einer bestimmten Krankheit ist daher für Alltagsmenschen nicht zwingend, sondern diese bedarf meist konkreter Anlässe wie beispielsweise die eigene Erkrankung oder Betroffenheit der Bezugspersonen. Eine Interviewsituation, die eine bestimmte Krankheit zum Thema macht, welche die Interviewten aber nicht betrifft, wurde dementsprechend nicht selten als künstlich und prekär erlebt. Als Kompromiss dazu oder aber aufgrund tatsächlichen Unwissens wurde eine betonte Unverbindlichkeit bzw. die Nicht-Verallgemeinbarkeit der eigenen Aussagen immer wieder beobachtet.

In der Tat aktivierten die Befragten bereits zu Beginn der Interviews von sich aus die verfügbaren krankheitsrelevanten Erfahrungen aus der Vergangenheit, seien es lediglich fragmentarische Gedankenketten bzw. bruchstückhafte Erinnerungsinhalte. Diese fungierten möglicherweise als ein interpretativer Bezugsrahmen, mit Hilfe dessen das Abstraktionsniveau der Krankheit Rheuma erheblich reduziert und aus welchem die krankheitsbezogenen Kognitionen und Emotionen im Wesentlichen abgeleitet werden konnten. In diesem Sinne erfüllt das krankheitsbezogene Alltagswissen oft den Zweck, die indirekt erlebten und wahrgenommenen krankheitsrelevanten Erfahrungen der gesunden Menschen in einem überschaubaren Bedeutungszusammenhang zusammenzufügen und zu erklären. Im Falle der Nicht-Existenz jeglicher personennaher Krankheitserfahrungen blieb die Krankheit eher ein abstraktes Konstrukt, das in der Hauptsache aus nüchternen Informationen bestand. Je nach Interessenlage, Bereitschaft oder empathischer Fähigkeit der Einzelnen, sich in die Lage eines Betroffenen zu versetzen, entstand erst dann eine emotionale Verknüpfung zur Krankheit. Aber unabhängig davon, ob persönliche Erfahrungen zur Verfügung standen oder nicht, spielten in allen Fällen das allgemeine Krankheits- und Gesundheitsverständnis eine wichtige Rolle, auf welches immer dann zurückgegriffen wurde, wenn das krankheitsspezifische Wissen ausgeschöpft war oder wenn Begründungen für das Gesagte gesucht wurden.

Weiterhin ist zu erkennen, dass das krankheitsbezogene Alltagswissen auch für die Bekräftigung der Risikoeinschätzung bzw. für die Geringhaltung des Gefühls der Vulnerabilität gegenüber einer Krankheit zweckdienlich ist. Logischerweise wird die eigene Gefährdung durch eine Krankheit als gering eingestuft, wenn man von krankheitsauslösenden bzw. -verursachenden Faktoren ausgeht, welche bei einem selbst kaum bzw. gar nicht zutreffen. Oder man gehört zwar zur Risikogruppe, kompensiert dieses aber bewusst durch Vorkehrungen und Sicherheitsmaßnahmen. Ähnlich wurden oft in den Interviews präventive

Maßnahmen den eigenen gesundheitserhaltenen Strategien gegenübergestellt und deren Übereinstimmung hervorgehoben. Auf diese Art und Weise scheinen sich die Menschen in ihrer eingeschätzten „inneren Distanz“ zur Krankheit zu bestätigen und sie beruhigen sich mit Hilfe ihrer eigenen Argumente. Insofern erfüllt das krankheitsbezogene Alltagswissen möglicherweise eine wichtige, emotionsstabilisierende Funktion bei Alltagsmenschen.

III. 4.3. Grenzen des methodischen Vorgehens und der Interpretation der Ergebnisse

Der vornehmlich explorative Charakter der vorliegenden Arbeit erlaubt eine breite Erfassung der rheumarelevanten Krankheitsverständnisse bei den taiwanesischen und deutschen Vergleichsgruppen, dieser bringt jedoch zugleich einige methodische Nachteile mit sich:

Erstens basieren die identifizierten Gruppenunterschiede zwar auf den erhobenen Daten, verlässliche Schlussfolgerungen darüber, ob die Vergleichsergebnisse tatsächlich auf die jeweilige kulturelle Zugehörigkeit zurückzuführen sind, oder ob andere Faktoren im Sinne von vermittelnden Variablen mit einer Rolle spielen, können daraus nicht abgeleitet werden. Denkbar wären hierbei die persönlichen Hintergrundmerkmale der Autorin als Interviewerin wie z.B. ein langjähriger Aufenthalt und eine akademische Ausbildung im Ausland aus der Sicht der taiwanesischen Gruppe sowie der Status eines Ausländers bzw. eines Experten als Psychologin aus der Perspektive der deutschen Gruppe, welche bestimmte soziale erwünschte Antwortverhalten der Probanden suggerieren könnten. Auch kann nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass der unterschiedliche Erfahrungsgrad mit rheumatischen Erkrankungen, die persönliche Präferenz für ein bestimmtes Heilverfahren und nicht zuletzt das allgemeine Interesse an medizinischen Themen der Probanden einen Einfluss auf ihre Antworttendenzen und schließlich auf den Gruppenvergleich nehmen. In diesem Zusammenhang muss darüber hinaus hinterfragt werden, ob sich die gefundenen Gruppenunterschiede lediglich auf Taiwan und Deutschland als zwei klar eingrenzbar Kultureinheiten beziehen oder ob es sich hier nicht vielmehr um Unterschiede zwischen dem abendländischen und chinesischen Kulturkreis handelt. Es ist also offen, ob eine identische Untersuchung bei Vergleichspopulationen aus beispielsweise Hong Kong und Kanada wesentlich unterschiedliche Untersuchungsergebnisse hervorbringt.

Der zweite Diskussionspunkt betrifft ebenfalls die Aussagefähigkeit der Untersuchungsergebnisse. Der Fragestellung der Arbeit liegen theoretische Modelle zugrunde, welche in ihrem Entwicklungsstand die Prüfkriterien einer Theorie laut Opp (1970) (vgl. Bortz, 1993, S. 4) wie Präzision, Informationsgehalt, logische Konsistenz und Vereinbarkeit sowie empirische Überprüfbarkeit nur in begrenztem Umfang erfüllen. Die daraus abgeleitete Hypothese ist dementsprechend sehr offen und wenig spezifiziert. Darin werden kulturrelevante Unterschiede hinsichtlich des begrifflichen Verständnisses, der Ätiologie, des Krankheitsverlaufs, der Behandlung, der Krankheitsauswirkungen und der Prognose bei den Zielgruppen pauschal angenommen und diese anhand einer Untersuchung empirisch überprüft. Die Untersuchungsergebnisse geben zwar deutliche Hinweise auf markante gruppenspezifische Differenzen, sie enthalten jedoch andererseits eine Reihe von Aussagen, welche von beiden Untersuchungsgruppen gleichermaßen geteilt sind. Der letztere Teil der Auswertungsergebnisse finden in der bisherigen Diskussion nur wenig Berücksichtigung, sind aber in ihrer Bedeutung bzw. Funktion als Falsifikatoren der Theorie nicht zu vernachlässigen. So darf die Ausgangshypothese trotz der gefundenen Gruppenunterschiede im derzeitigen Forschungsstadium nicht uneingeschränkt als bestätigt angesehen werden, da gleichzeitig Indizien aufgedeckt wurden, welche die eingangs allgemein formulierte Hypothese widerlegen. Die vorliegende Arbeit hatte nicht den Zweck, eine formalisierte Theorie zu überprüfen. Vielmehr kann sie der Weiterentwicklung einer Theorie zum kulturvergleichenden Alltagswissen über Krankheit dienlich sein, indem beispielsweise Schlussfolgerungen daraus abgeleitet werden, die zum Gegenstand weiterer empirischer Überprüfungen gemacht werden. Neben der Differenzierung und Integration der kulturübergreifenden und kulturspezifischen Merkmale je nach Art der Krankheit und der betreffenden kulturellen Kontexte, sollen einzelne Themenbereiche, in welchen Gruppenunterschiede im besonderen Ausmaß gehäuft bzw. selten auftreten, ermittelt und deren Zusammenhang mit der untersuchten Krankheit und Kultur identifiziert werden.

Ein weiteres Problem bezieht sich auf die Kosten-Nutzen-Abwägung des Forschungsdesigns und die Interpretier- bzw. Verwertbarkeit der erhobenen Daten. Der große Untersuchungsaufwand der qualitativen Vorgehensweise ist schwer wiederholbar und steht kritisch betrachtet nur im relativen Verhältnis zum tatsächlichen Erkenntnisgewinn. Vor allem wenn man bedenkt, dass ein erheblicher Teil der Analysedaten (z.B. die Themenbereiche wie Krankheitsauswirkungen, Behandlung oder Selbstmanagement) durch das Fehlen von markanten Gruppenunterschieden vorzeitig ausselektiert werden und in der

Ergebnisdarstellung nicht mehr erwähnt werden. Es werden also aufgrund des breit angelegten Erhebungsverfahrens eine Fülle von krankheitsrelevanten Daten zusammengetragen und systematisch geordnet, jedoch wird nur ein Teil der Auswertungsergebnisse gedeutet und erklärt. Mit der Formulierung von Kernaussagen der Untersuchungsergebnisse geht somit ein Informationsverlust einher, der die Frage nach der Effektivität des qualitativen Vorgehens legitimiert. Die Art der theoretischen Einbettung der Fragestellung, wie bereits erwähnt, stellt einen weiteren Faktor dar, der die Interpretierbarkeit der gefundenen Gruppenunterschiede deutlich einschränkt. Zugunsten der Durchführbarkeit und der Arbeitseffektivität wäre daher in der weiteren qualitativen Forschungsbemühung ein klarerer Untersuchungsfokus durch logischer und stringenter formulierte Ausgangshypothesen sicherlich ratsam. Dies bedeutet zugleich, dass enger umschriebene inhaltliche Interessensaspekte bereits in der Planungsphase festgelegt werden.

III. 5. Zusammenfassung

Obwohl Rheuma in vielen Kulturkreisen als eine der weit verbreitetsten Volkskrankheiten gilt, liegen bislang keinerlei empirische Daten zum Alltagswissen gesunder Menschen über dieses Krankheitsbild in Taiwan und Deutschland vor. Ausgehend von der Grundprämisse, dass Krankheit stets eingebettet im jeweiligen kulturellen Kontext interpretiert werden muss, fokussiert die vorliegende Arbeit im Rahmen eines transkulturellen Vergleichs auf Taiwan und Deutschland. Die primär theoriegeleitete Hypothese, dass Unterschiede hinsichtlich des begrifflichen Verständnisses, der Ätiologie, des Krankheitsverlaufs, der Behandlung, der Prognose etc. bei diesen beiden Untersuchungspopulationen bestehen, wird anhand einer empirischen Studie überprüft. Ein Schwerpunkt liegt dabei in der Untersuchung der Ursachenvorstellungen zu Rheuma.

Methodisch setzt sich die Studie aus einem qualitativen und einem quantitativen Teil zusammen, wobei der Schwerpunkt auf der qualitativen Vorgehensweise liegt. Der qualitative Teil besteht aus einem speziell für das Forschungsanliegen konzipierten teilstandardisierten Interviewleitfaden, welcher hinsichtlich ausgewählter Fragestellungen (Erfahrungshintergrund, Mortalität, Einschätzung der Ernsthaftigkeit der Krankheit, Einschätzung über das eigene Krankheitsrisiko, Ursachenvorstellungen) durch weitere

quantitative Messverfahren ergänzt wird. Die Datenerhebung in Form von Befragung wurde an insgesamt 60 Probanden in Taiwan und Deutschland durchgeführt. Die Interviewdaten wurden zunächst gemäß dem Ansatz der Grounded Theory nach Glaser und Strauss (1998) je nach inhaltlicher Relevanz systematisiert und geordnet. Das hierbei entstandene siebenstufige Kategoriensystem mit insgesamt elf Themenbereichen ist als Gesamtergebnis des qualitativen Vorgehens zu bewerten. Dieses beinhaltet nicht nur detaillierte Daten zum Untersuchungsgegenstand des Alltagswissens über Rheuma, sondern auch gruppenspezifische Merkmale über die Zielgruppen Taiwan und Deutschland. Im zweiten Schritt wurden in Anlehnung an die typisierende Strukturierung nach Mayring (1997) markante Antworttypen innerhalb der beiden Untersuchungsgruppen gebildet und miteinander verglichen. Für die quantitativen Daten wurden neben den inferenzstatistischen Unterschiedsberechnungen die Effektstärken für die beiden Untersuchungsgruppen ermittelt.

Die Gegenüberstellung der qualitativen und quantitativen Ergebnisse belegt hinsichtlich der Themenbereiche „Erfahrungshintergrund“, „Ernsthaftigkeits- bzw. Bedrohlichkeitseinschätzung“ und „Ursachenvorstellungen“ deutliche gruppenspezifische Differenzen. Die taiwanesischen Probanden geben höhere Kontakthäufigkeit mit der Krankheit Rheuma an und schätzen die Krankheit Rheuma als signifikant weniger ernsthaft als ihre deutsche Vergleichsgruppe ein. Bezüglich der Krankheitsattribution zeigt die taiwanesischen Gruppe eine signifikant höhere Akzeptanz für die folgenden Ursachenfaktoren des Rheuma-Ursachen-Fragebogens: „Kalte Dusche nach dem Sport“, „Verletzung“, „Nicht auskurierte Blutergüsse“ und „Alterungsprozess“. Beim Faktor „Kaltes und feuchtes Klima“ wird zwar ein signifikanter Unterschied festgestellt, die Überprüfung der Effektstärke ergibt jedoch kein zufriedenstellendes Ergebnis. Die Aussagekraft dieser Befunde wird insgesamt dadurch eingeschränkt, dass die Reliabilität und damit auch die Validität des Fragebogens in den beiden untersuchten Gruppen deutliche Differenzen aufweisen. Dagegen können diesbezüglich aus den qualitativen Auswertungsergebnissen vier taiwanesisch-spezifische Kategorien klar identifiziert werden: „Fehlverhalten in der Kindheit, Jugend und Vergangenheit“, „Dauerhafte Anhäufung von Verletzungen im Bewegungsapparat“, „Wochenbettbedingte Fehlverhalten“ sowie „Schlechter Schlaf“. Als deutsch-spezifisch werden parallel vier Kategorien entschlüsselt: „Organische Ursachen“, „Äußere Eingriffe“, „Psyche/ Einstellung“ und „Antikörperreaktionen“. Insbesondere die qualitativen Daten können in künftigen Forschungsvorhaben zum Verständnis der gruppenimmanenten Besonderheiten bzw. zur Erweiterung der Itemkonstellation eines für diese beiden

Zielgruppen zugeschnittenen quantitativen Messverfahrens dienen. Des Weiteren ergeben sich bezüglich der psychosozialen Faktoren als Krankheitsursachen divergente Ergebnisse aus den beiden Vorgehensweisen. Trotz der hohen Faktorenladung spricht das Fehlen der psychosozialen Faktoren im Kategoriensystem eher für die inhaltliche Irrelevanz dieser Faktoren im Denken der taiwanesischen Vergleichsgruppe. Abgesehen von der Ausnahme der psychosozialen Faktoren werden die Ergebnisse der quantitativen Auswertung durch die qualitativen Resultate gut gestützt bzw. inhaltlich ergänzt.

Ausschließlich innerhalb der qualitativen Ergebnisse weisen hinsichtlich der Gruppenunterschiede folgende thematische Aspekte eine besonders hohe Kontext- bzw. Kultursensibilität in ihren Detailauslegungen auf: „Ursachenattributionen“, „Funktionalität der Krankheit“, „Relevanz der Mitwirkungen von Wetter- und Klimaänderungen bei der Schmerzwahrnehmung“, „Körperliche Auswirkungen der Krankheit“ sowie „Verfügbare Behandlungsmöglichkeiten“. Insgesamt liefern die Gesamtergebnisse der Datenanalyse konkrete Hinweise auf die Verschiedenartigkeit des rheumabezogenen Alltagswissens bei den beiden Untersuchungsgruppen. Trotzdem dürfen die eingangs allgemein formulierten Forschungshypothesen, dass sich die taiwanesischen und deutschen Alltagspersonen in ihren Verständnissen und Vorstellungen über das Krankheitsbild Rheuma unterscheiden, nur bedingt als bestätigt bewertet werden, da gleichzeitig Indizien herausgearbeitet werden, welche dieser Hypothese inhaltlich widersprechen.

Unter kritischer Betrachtung sind die gefundenen Ergebnisse zum derzeitigen Stand der Theorienentwicklung inhaltlich nicht hinreichend interpretierbar. Die Aussagekraft der Befunde ist ferner dadurch eingeschränkt, als zum einen die vermittelnden Faktoren zwischen den Variablen „Kultur“ und „rheumarelevantes Alltagswissen“ nicht eindeutig identifiziert sind und zum anderen der hier verwendete Kulturbegriff relativ vage definiert ist. Bezüglich der Forschungseffektivität ist eine enger umschriebene Hypothese und damit eine inhaltliche Fokussierung auf eine kleinere Anzahl von Fragestellungen in der künftigen Forschung sicherlich von Vorteil.

III. 6. Ausblick

Die dargestellten Untersuchungsergebnisse können zum einen als empirische Grundlagen für weitere medizinpsychologische Forschungsvorhaben im Bereich rheumatischer Erkrankungen herangezogen werden, welche sich beispielsweise mit der Fortentwicklung zielgruppenadäquater Messinstrumente, mit der Überprüfung ausgewählter Themenschwerpunkte, mit dem Vergleich weiterer kultureller Kontexte oder auch mit der konzeptuellen Spezifizierung subjektiver Krankheitstheorien bei gesunden Menschen befassen. Zum anderen setzen diese auch deutliche Signale für die Andersartigkeit der alltagsweltlichen Verständnisse in Gegenüberstellung zum in erster Linie für medizinische Fachkreise reservierten Expertenwissen. Für den therapeutischen Umgang mit rheumatischen Erkrankungen impliziert dies, dass den Grundannahmen, den Wissensinhalten und den teilweise emotional gefärbten Assoziationen der Laien in der Arzt-Patient-Interaktion bzw. in der Aufklärungsarbeit verstärkt Aufmerksamkeit und Berücksichtigung eingeräumt werden muss, damit eine zielgerichtete medizinische Intervention bzw. eine effektive Informationsvermittlung gewährleistet werden kann.

Literaturverzeichnis

- Ahren, E. (1975): Sacred and secular medicine in a Taiwan village; a study of cosmological disorders. In: Kleinman, A.: *Medicine in chinese culture*. Washinton, D.C.: U.S. Government Printing Office for Forgarty International Center.
- Anderson, C. D. et al. (1985): Rheumatoid arthritis : Review of psychological factors related to etiology, effects and treatments. *Psychological Bulletin*, Vol. 98(2), Sep.1985, pp.358-387.
- Anderson, E. N. (1980): Heating und cooling foods in Hong Kong and Taiwan. *Social Science Information*, Vol.19, No.2.
- Aratow, K. (1995): Interkultureller Vergleich der Schmerzwahrnehmung und Krankheitsverarbeitung bei türkischen und deutschen Patienten mit chronischer Polyarthritits. *Europäische Hochschulschriften, Reihe 6, Psychologie, Band 544*.
- Autiero, A. (1985): The interpretation of pain: The point of view of catholic theology. In: Brihaye, J. et al. (1985): *Pain. A medical and anthropological callenge*. *Acta Neurochirurgica Supplementum 38*. New York et al: Springer.
- Badley, E. M. & Wood, P. H. N. (1979): Attitudes of the public to arthritis. In: *Annals of the Rheumatic Diseases*, 38, p. 97-100.
- Bates, M. S. et al. (1997): The effects of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness. *Social science and medicine*, Vol. 45, No. 9, pp. 1433-1447.
- Benedum, J. (1994): *Die Therapie rheumatischer Erkrankungen im Wandel der Zeit*. Sitzungsberichte der Wissenschaftlichen Gesellschaft an der Johann- Wolfgang-Goether- Universität Frankfurt am Main, Bd. 31, Nr. 3. Stuttgart: Steiner.
- Bengel, J. & Belz-Merk, M. (1990): *Subjektive Gesundheitskonzepte*. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Bermejo, I. (1996): *Kultur, Migration und das Verständnis von Krebs und Herzinfarkt*. Münster Universität. *Medizinische Psychologie Band 10*.
- Beutel, M. (1988): *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Weinheim: Edition Medizin, VCH.
- Bischoff, C. & Zenz, H. (1989): *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Bern: Hans Huber Verlag.

- Borg, I. & Staufenbiel, T. (1993): Theorien und Methoden der Skalierung. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bortz, J. (1993): Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer Verlag (3. Auflage).
- Braun, H. (1994): Gesundheitssysteme und Sozialstaat. In: Schwenkmezger, P. & Schmidt, L. R.: Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Enke.
- Brihaye, J. et al. (1985): Pain. A medical and anthropological challenge. Acta Neurochirurgica Supplementum 38. New York et al: Springer.
- Buchholz, E. H. (1988): Unser Gesundheitssystem: Einführender Überblick zum Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Springer.
- Chou, C.- T. et al. (1994a): Prevalence of rheumatic diseases in Taiwan: A population study of urban, suburban, rural differences. In: The Journal of Rheumatology, Vol. 21, No. 2, pp. 302-306.
- Chou, C.- T. et al. (1994b): The epidemiologic study of rheumatic diseases in five teaching hospitals in Taiwan. In: The Journal of Rheumatology, Vol.11, No. 3-4, p.89 (in chinesisches).
- Cropley, A. J. (2002): Qualitative Forschungsmethoden: Eine praxisnahe Einführung. Eschborn: Klotz.
- Dann, H.- D. (1983): Subjektive Theorien: Irrweg oder Forschungsprogramm? Zwischenbilanz eines kognitiven Konstrukts. In: Montade, L. et al. (Hrsg.): Kognition und Handeln. Stuttgart: Klett-Lotta.
- Ecker-Egle, M.- L. & Egle, U. T. (1993): Primäre Fibromyalgie. In: Egle, U.T. & Hoffmann, S. O.: Der Schmerzkranker. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht. Stuttgart: Schattauer.
- Eckersberger, L. (1970): Methodenprobleme der kulturvergleichenden Psychologie. Schriften des sozialwissenschaftlichen Studienkreises für internationale Probleme (SSIP). Saarbrücken: Verlag der SSIP-Schriften.
- Eich W. & Zeidler, H. (1991): Definition, Terminologie, Klassifikation und Nosologie rheumatischer Erkrankungen. In: Eich, W. (Hrsg.): Psychosomatische Rheumatologie. Berlin et al.: Springer Verlag.
- Engelhardt, U. & Hempen, C.-H. (1997): Chinesische Diätetik. München et al.: Urban und Schwarzenberg.
- Faller, H.: Subjektive Krankheitstheorien als Forschungsgegenstand von Volkskunde und medizinischer Psychologie. Curare, 6, S. 163-180.

- Faller, H. (1990): Subjektive Krankheitstheorie, Coping und Abwehr- Konzeptuelle Überlegungen und empirische Befunde. In: Muthny, F. A. (Hrsg.) Krankheitsverarbeitung: Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse. Berlin et al.: Springer.
- Faller, H. et al. (1991): Die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien für die Krankheitsverarbeitung- im Spiegelbild der methodischen Zugänge. In: Flick, U. (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Asanger.
- Filipp, S.-H. (1990): Subjektive Theorien als Forschungsgegenstand: Forschungsprogrammatische und ideengeschichtliche Aspekte. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Flick, U. (1987): Das Subjekt als Theoretiker? Zur Subjektivität subjektiver Theorien. In: Bergold, J. B. und Flick, U. (Hrsg.): Ein-Sichten. Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung. Tübingen: DGVT.
- Flick, U. (1991a): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit – Überblick und Einleitung. In: Flick, U. (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Asanger.
- Flick, U., v. Kardorff, E., Keupp, H., v. Rosenstiel, L. & Wolff, S. (1991b): Handbuch qualitative Sozialforschung. München: Psychologie-Verlag-Union.
- Flick, U. (1995): Alltagswissen in der Sozialpsychologie. In: Flick, U. (Hrsg.): Psychologie des Sozialen. Repräsentationen in Wissen und Sprache. Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag.
- Flick, U. (1998a): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Hamburg: Rowohlt (3. Auflage).
- Flick, U. et al. (1998b): Gesundheit und Krankheit gleich Saúde & Doença? Gesundheitsvorstellungen bei Frauen in Deutschland und Portugal. In: Flick, U. (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim: Juventa.
- Focks, C. & Hillenbrand, N. (Hrsg.) (2000): Leitfaden Traditionelle Chinesische Medizin. Schwerpunkt Akupunktur. München, Jena: Urban und Fischer (2. Auflage).
- Gergen, K. J. & Semin, G. R. (1990) Everyday understanding in science and daily life. In: Semin, G. R. & Gergen, K. J.: Everyday understanding. Social und scientific implications. London et al.: Sage publications.
- Gerhardt, U. (1991): Typenbildung. In: Flick, U., v. Kardorff, E., Keupp, H., v. Rosenstiel, L. & Wolff, S. (1991): Handbuch qualitative Sozialforschung. München: Psychologie-Verlag-Union. S. 435-439.

- Glaser, B.G. & Strauss, A. (1998): *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Großmann, K. (1993): Universalismus und kultureller Relativismus psychologischer Erkenntnisse. In: Thomas, A. (Hrsg.): *Kulturvergleichende Psychologie. Eine Einführung*. Göttingen et al.: Hogrefe.
- Haisch, J. et al. (1994): Erfolgseinschätzungen nach Kuraufenthalt. Retrospektive Ursachenzuschreibungen und prospektive Kontrollüberzeugungen von Rheumapatienten als Korrelate des Kurerfolgs. *Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung*, 6(4), S. 95-102.
- Helfrich, H. (1993): Methodologie kulturvergleichender psychologischer Forschung. In: Thomas, A. (Hrsg.): *Kulturvergleichende Psychologie. Eine Einführung*. Göttingen et al.: Hogrefe.
- Herzlich, C. (1991): Soziale Repräsentation von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. In: Flick, U. (Hrsg.) *Alltagswissen über Krankheit und Gesundheit: Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Asanger.
- Hewstone, M. & Augoustinos, M. (1995): Soziale Attributionen und soziale Repräsentationen. In: Flick, U. : *Psychologie des Sozialen. Repräsentationen in Wissen und Sprache*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag.
- Ho, Y. (1997): *Ein Seminar zu rheumatischen Erkrankungen*. Taipei: Hau-Yuan Verlag (in chinesisch).
- Ho, G.-L. (Hrsg.) (2000): *Rheumatismus*. Kan-Tong: Kan-Tong Reise Verlag (in chinesisch).
- Jacob, R. et al. (1999): Laienvorstellungen von Krankheit und Therapie. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7(3), S. 105-119.
- Jiang, S. (1989): *Die Feuchtigkeit-Hitze-Theorie*. Taipei: Nan-Tian Verlag (in chinesisch).
- Jodelet, D. (1991): Soziale Repräsentationen psychischer Krankheit in einem ländlichen Milieu in Frankreich: Entstehung, Struktur, Funktionen. In: Flick, U. (Hrsg.) *Alltagswissen über Krankheit und Gesundheit: Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Asanger.
- Jungnitsch, G. & Stoeveken, D. (1994): Entwicklung und empirische Überprüfung eines psychologischen Schmerz- und Krankheitsbewältigungstrainings für Patienten mit Morbus Bechterew. In: Wahl, R. & Hautzinger, M.: *Psychologische Medizin bei chronischem Schmerz. Psychologische Behandlungsverfahren zur Schmerzkontrolle*. Köln: Dt-Ärzte-Verlag.
- Kazarian, S. S. (Ed.) (2001): *handbook of cultural health psychology*. San Diego, US: Academic press.

- Kleinman, A. (1980): Patients and healers in the context of culture: An Exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley et al.: University of California Press.
- Köhle, A. (1992): Psychodiagnostik der Fibromyalgie. In: Psychomed, 4(3), S. 174-177.
- Köhle, Th. (1992): Psychologische Modelle zur Genese der rheumatoide Arthritis. In: Basler, H.- D. et al.(Hrsg.): Psychologie in der Rheumatologie. Berlin et al.: Springer Verlag.
- Kohte-Meyer, I. (1994): „Ich bin fremd, so wie ich bin.“ –Migrationserleben, Ich-Identität und Neurose. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 43 (7), S. 253-259.
- Krüskemper, G. M. (1985): Patienten mit rheumatischen Beschwerden. In: Basler, H.-D. & Florin, I.: Klinische Psychologie und körperliche Krankheit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Küchenhoff, J. & Mathes, L. (1994): Die mediale Funktion subjektiver Krankheitstheorien. Eine Studie zur Verbindung qualitativer und quantitativer Methoden. In: Faller, H. & Frommer, J.: Qualitative Psychotherapieforschung, Grundlagen und Methoden. Heidelberg: Asanger.
- Lau, R. R. & Hartman, K. A. (1983): Common sense representations of common illness. Health Psychology, 3, pp. 167-186.
- Langer, H.- E. & Bormann, H. (1992): Krankheits- Bild als Krankheits- (Be-)Deutung. Versuch einer Metaa-Theorie der Laientheorien bei rheumatischen Erkrankungen. In: Basler, H.- D. et al. (Hrsg.): Psychologie in der Rheumatologie. Berlin: Springer.
- Lee, I.-Y. (1984): Anthropologie und die moderne Gesellschaft. Taipei: Shui-Niu Verlag (in chinesisches).
- Lerman, C. E. (1987): Rheumatoid arthritis: Psychological factors in the etiology, course and treatment. Clinical Psychology Review, Vol. 7(4), pp 413-425.
- Leuschner, G. & Schneider, P. (1994): Selbsthilfemotivation von Patienten mit chronischer Polyarthritits im gesellschaftlichen Umfeld der ehemaligen DDR. In: Seelbach, H. et al. (Hrsg.): Rheuma-Schmerz-Psyche. Bern et al.: Huber.
- Lietz, E. (2001): Integrierte Gruppentherapie bei Fibromyalgiepatientinnen: Individuelle Therapieziele und subjektive Beurteilung des Therapieverlaufs- Ein Vergleich. Eine Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg.
- Lipton J. A. & Marbac, J. J. (1984): Ethnicity and the pain experience. Social science and medicine, Vol. 19, No. 12, pp. 1279-1298.

- Maciocia, G. (1994): Die Grundlagen der Chinesischen Medizin. Ein Lehrbuch für Akupunkturotherapeuten und Arzneimitteltherapeuten. Kötzing/Bayer. Wald: Verlag für ganzheitliche Medizin Wühr.
- Mahrenholtz, M. & Zeidler, H. (1994): Der rheumatische Schmerz. Vom Symptom zur Diagnose. In: Seelbach, H. et al. (Hrsg.): Rheuma-Schmerz-Psyche. Bern et al.: Huber.
- Marcenoro, M. et al. (1999): Rheumatoid arthritis, personality, stress response style and coping with illness: A preliminary survey. In: Cutolo, M. & Masi, A. T. (Ed.): Neuroendocrine immune basis of rheumatic diseases. N.Y.: New York Academy of Sciences.
- Marks, D. E. et al. (2000). Health Psychology. Theory, research und practice. London et al.: Sage publications.
- Mattes, P. (1998): Gesundheit und Krankheit im internationalen Vergleich. Einstellungen in Großbritannien und der Bundesrepublik. In: Flick, U. (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim: Juventa.
- Mayring, P. (1997): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studien Verlag (6. Auflage).
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz Verlag (5. Auflage).
- Matsumoto, D. (2000): Culture and Psychology. People around the world.(2nd. Ed.) Australia et al: Wadsworth.
- McFarlane, A.C. et al. (1990): Psychoimmunology and rheumatoid arthritis: concepts and methodologies. International Journal of Psychiatry in Medicine, Vol. 20(3), pp.307-322.
- Miehle, W. (1989): Nomenklatur und Geschichte. In: Fehr, K. et al. (Hrsg.): Rheumatologie in Praxis und Klinik. Stuttgart: Thieme.
- Morris, D. B. (1996): Geschichte des Schmerzes. Suhrkamp Verlag.
- Morris, D. B.(1999): Sociocultural and religious meanings of pain. In: Gatchel, R. J. & Turk, D. C.: Psychosocial factors in pain- critical perspectives. Guilford.
- Müller, W. & Gamp, R. (1983): Rheumadiagnostik in Praxis und Labor. Behring Diagnostika.
- Müller-Busch, H. C. (1996): Kulturgeschichtliche Bedeutung des Schmerzes. In: Basler, H.- D. et al. (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung. Berlin et al.: Springer Verlag (3. Auflage).

- Nezu, A. M. & Nezu, C. M. (Ed.) (2003): Handbook of psychology: Health psychology. New York: John Wiley & Sons.
- Oka, K. (2001): Eine transkulturelle Studie zur altruistischen Angst. Vergleich zwischen der sozialen Phobie und dem Tai-jin-kyofu. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 69 (9), S.417-422.
- Omata, W. (1985): Schizoaffektive Psychosen in Deutschland und in Japan. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 53(5), S. 168-176.
- Ostkirchen, G. & Willweber-Strumpf, A. (1989): Laientheorien bei chronischen rheumatischen Erkrankungen. In: Bischoff, C. & Zenz, H. (Hrsg.): Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern et al.: Huber.
- Ostkirchen, G. (1991): Chronischer rheumatischer Schmerz. Diagnostische und therapeutische Bedeutung schmerzbezogener Patientenäußerungen. Mannheim: BI-Wiss.-Verlag.
- Ostkirchen, G. (1994): Physiologische und psychologische Schmerztheorien- Plädoyer für Entwicklung eigenständiger medizin-psychologischer Schmerztheorien. In: Seelbach, H. et al. (Hrsg.): Rheuma-Schmerz-Psyche. Berlin et al.: Huber.
- Peseschkian, H. (2002): Die russische Seele im Spiegel der Psychotherapie. Ein Beitrag zur Entwicklung einer transkulturellen Psychotherapie. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Pfeiffer, W.-M. & Schoene, W. (1980): Psychopathologie im Kulturvergleich. Stuttgart: Enke.
- Pfleiderer, B. & Bichmann, W. (1985): Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin: Reimer.
- Price, J. H., Hillman, K. S., Toral, M. E. & Newell, S. (1983): The public's perceptions and misperceptions of arthritis. In: Arthritis and Rheumatism, Vol. 26, No.8., p.1023-1028.
- Raspe, H.- H. (1992): Deskriptive Epidemiologie rheumatischer Erkrankungen. In: Basler, H.-D., Rehfisch, H. P. & Zink, A. Psychologie in der Rheumatologie. Berlin: Springer.
- Raspe, H.- H. & Mattussek, S.: Magische Vorstellungen zwischen Arzt und Patient in der Rheumatologie. Fortbildungskurs Rheumatologie, 7, S. 41-64.
- Raspe, H.- H. & Kaluza, G. (1996): Fibromyalgie und verwandte weichteilrheumatische Syndrome. In: Basler, H.- D. et al. (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie. Berlin et al.: Springer Verlag.
- Raspe, H.-H. & Rehfisch, H. P. (1996): Entzündlich-rheumatische Erkrankungen. In: Basler, H.- D. et al. (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie: Grundlagen,

- Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung. Berlin et al.: Springer Verlag (3. Auflage).
- Rössler, D. (1985): About Anthropology of Pain: View of protestant theology. In: Brihaye, J. et al. (1985): Pain. A medical and anthropological challenge. Acta Neurochirurgica Supplementum 38. New York et al: Springer.
- Rudnicki, S. R. (2001): A model of psychological factors and pain in fibromyalgia: A integrative approach. Dissertaion abstracts internationala: Section B: The Science and Engineering. Vol.62 (2-B), pp.1098.
- Rüger, U. & Schüßler, G. (1994): Psychosomatische Aspekte und Ergebnisse zur rheumatischen Arthritis und Fibromyalgie. Zeitschrift psychosomatischer Medizin, 40, S. 288-304.
- Rustemeyer, R. (1992): Praktisch-methodische Schritte der Inhaltsanalyse. Eine Einführung am Beispiel der Analyse von Interviewtexten. Münster: Aschendorff.
- Schier, E. (1992): Ethnomedizinische und transkulturell-psychiatrische Aspekte der Migration. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 41(10), S. 345-350.
- Schilling, F. (1983): Klinik des extraartikulären Rheumatismus („Weichteilrheumatismus“). In: Fricke, R. et al.: Erkrankungen extraartikulären Bindegewebe. Welo qui a rheuma tologica. München: Banaschewski.
- Scholz, U. et al. (2002): Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. European journal of psychological assessment, 18 (3), pp. 242-251.
- Schulz, U. & Gutiérrez-Dona, B. (2002): Kulturunterschiede. In: Schwarz, R. et al.: Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarz, R. & Born, A. (1997): optimistic self-beliefs: Assessment of general perceived self-efficacy in thirteen cultures. World-Psychology, 3(1-2), pp.177-190.
- Shi, U.-G. & Shan, S.-J. (Hrsg) (1995): Die Krankheitsbilder “Bi”. Taipei: Zhi-Yuan Verlag (in chinesisches).
- Sich, D. (1993): Medizin und Kultur: Frankfurt a. M.: Lang.
- Sonntag, S. (1993): Krankheit als Metapher. Fischer Taschenbuch Verlag.
- Specker, C. (1997): Rheumatoide Arthritis. In: Seelbach, H. et al. (Hrsg.): Von der Krankheit zur Gesundheit. Bern et al.: Huber.
- Straub, J. (1990): Interpretative Forschung und komparative Analyse: Theoretische und methodologische Aspekte psychologischer Erkenntnisbildung. In: Jüttemann, G. (Hrsg.): Komparative Kasuistik. Heidelberg: Asanger. S. 168-183.

- Strauss, A. & Corbin, J. (1996): *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie-Verlag-Union.
- Thomas, A. (1993): Einleitung. In: Thomas, A. (Hrsg.): *Kulturvergleichende Psychologie. Eine Einführung*. Göttingen et al.: Hogrefe.
- Thurke, M. (1991): Chronische Polyarthrit: Vorstellungen jünger Rheumatikerinnen zu Verursachung und Verlauf. In: Flick, U. (Hrsg.): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Asanger.
- Tu, W.-M. (1985): A chinese perspektive on pain. In: Brihaye, J. et al. (1985): *Pain. A medical and anthropological callenge*. Acta Neurochirurgica Supplementum 38. New York et al: Springer.
- Weintraub, A. (1998): *Rheuma – Seelische Gründe und Hintergründe*. Bern: Huber (2. Auflage).
- Welter-Enderlin, R.: *Krankheitsverständnis und Krankheitsbewältigung in Familien mit chronischer Polyarthrit*. München: PVU.
- Wiedemann, P. M. (1986): *Erzählte Wirklichkeit: Zur Theorie und Auswertung narrativer Interviews*. Weinheim: Psychologie Verlag Union.
- Wiedemann, P. M. (1991): Gegenstandsnahe Theoriebildung. In: Flick, U., v. Kardorff, E., Keupp, H., v. Rosenstiel, L. & Wolff, S. (1991): *Handbuch qualitative Sozialforschung*. München: Psychologie-Verlag-Union. S. 440-445.
- Williams, G. H. & Wood, P. H. N. (1986): Commen-sense beliefs about illness: A mediating role for the doctor. *Lancet* II: 1435-1437, 1986.
- Wittenborg, A. et al. (1994) : Krankheitsteorien von Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates. In: Seelbach, H. et al. (Hrsg.): *Rheuma, Schmerz, Psyche*. Bern et al.: Huber.
- Unschuld, P. U. (1978): Die konzeptuelle Überformung der individuellen und kollektiven Erfahrung von Krankheit. In: Schipperges, H. et al. (Hrsg.): *Krankheit, Heilkunst, Heilung*. Freiburg/B.: Alber.
- Unschuld, P. U. (1986): *Nan-Ching. The classic of difficult issues*. Translated and annotated by P.U. Unschuld. London et al.: University of California Press.
- Verres, R. (1986): *Krebs und Angst: Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen*. Berlin et al. : Springer.
- Verres, R. (1987): Zur Bedeutung kollektiver Umgangsweisen mit Krebsängsten für die Rehabilitation Krebskranken. In: Quint, H. & Jassen, P. L.(Hrsg.): *Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin*. Berlin: Springer.

- Wu, Jiou-Jue (1979): Research of the social-medical behaviors in a Taiwan village. Gesundheitsministerium, Taiwan (in chinesisich).
- Xu, D.-C.: Gesamte medizinische Werke von Xu, Da-Chuen (in chinesisich). (Keine Jahresangabe)
- Zhang, S. (1994): Krankheit und Kultur: Volksmedizinische- anthropologische Forschungsberichte in Taiwan (2. Aufl.) Taipeh: Dao-Siang Verlag (in chinesisich).
- Zeidler, H. (1990): Terminologie und Klassifikation. In: Zeidler, H. (Hrsg.): Rheumatologie. München et al.: Urban und Schwarzenberg.

Anhang

1.	Fragebogen zu Personenangaben.....	161
2.	Interviewleitfaden/ deutsch.....	162
3.	Fragebögen und Ratingskalen/ deutsch.....	167
4.	Die Erstfassung des Rheuma-Ursachen-Fragebogens/ deutsch.....	169
5.	Deskriptive Statistiken der Erstfassung des Rheuma-Ursachen-Fragebogens..	170
6.	Itemanalyse: Taiwan und Deutschland im Vergleich.....	171
7.	Ausführliche Beschreibung zur Itemauswahl.....	172
8.	Itemcharakteristika des Rheuma-Ursachen-Fragebogens.....	173
9.	Zuordnung der neuen zu den alten Itemcodes.....	175
10.	Faktorenanalyse/ taiwanesisch.....	176
11.	Faktorenanalyse/ deutsch.....	178
12.	Transkriptionsregeln.....	180
13.	Interviewprotokoll des Probanden „dm 01“.....	181

Anhang 1.: Fragebogen zu Personenangaben

Datum: _____

Proband-Code: _____

ANGABEN ZUR PERSON

- Geschlecht weiblich
männlich

- Alter _____

- Familienstand ledig
verheiratet
geschieden/ getrenntlebend
verwitwet

- höchster Schulabschluss keiner Schulabschluss
Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)
Realschulabschluss (Mittlere Reife)
Abitur
Fachhochschule/ Berufsakademie
Universität

- Beruf _____

Interviewleitfaden zum Thema „Alltagswissen über Rheuma“

Kurze Ansprache

Ich bin Doktorandin am Psychologischen Institut der Universität Heidelberg und arbeite an einem Forschungsprojekt zum Thema Alltagswissen über rheumatische Erkrankungen. Dabei beschäftige ich mich mit der Frage, welche Vorstellungen von diesen Erkrankungen bei sogenannten Laien vorhanden sind und wie sie sich von den Erkenntnissen der Wissenschaft unterscheiden. Ich möchte also gerne von Ihnen lernen, was Sie selber über eine bestimmte Erkrankung wissen und denken. Auch würden mich Ihre Gedanken und Gefühle interessieren, die Sie mit dieser Art von Erkrankungen verbinden. Diese Informationen sind sehr wertvoll, weil sie Anregungen und Hinweise dafür geben, wie die medizinische Aufklärungsarbeit und Therapieplanung angemessener auf die individuellen Bedürfnisse der Zielgruppen abgestimmt werden können.

Im Rahmen dieser Arbeit führe ich eine Meinungsumfrage in Deutschland als auch in Taiwan mit Menschen durch, die selber nicht von einer rheumatischen Erkrankung betroffen sind. Hierfür bin ich dringend darauf angewiesen, dass sich möglichst viele Menschen bereit erklären, mit mir ein Gespräch zu führen. Die Gespräche werden ohne Nennung Ihres Namens auf Tonband aufgezeichnet und anschließend anonym ausgewertet. Seien Sie versichert, dass die Daten der Gespräche vertraulich gehandhabt werden.

Einstieg des Interviews

Nochmals vielen Dank dafür, dass Sie bereit sind, an dieser Untersuchung teilzunehmen. Bevor wir anfangen, möchte ich Sie zunächst fragen, ob Sie damit einverstanden sind, dass ich unser Gespräch auf Tonband aufnehme. Der Vorteil ist, dass ich während des Gesprächs nicht so viele Notizen schreiben muss und wir uns besser auf das Gespräch

konzentrieren können. Am Ende des Gesprächs frage ich Sie gern noch einmal, ob es für Sie immer noch in Ordnung ist, dass die Tonbandaufzeichnung zu meinem Forschungsvorhaben verwendet wird. Sollten Sie Ihr Einverständnis wieder zurücknehmen, brauchen Sie dies nicht zu begründen und ich werde das Gespräch gleich vor Ihren Augen wieder löschen. Ich möchte Sie jedoch noch einmal darauf hinweisen, dass das Gespräch später ohne Nennung Ihres Namens ausgewertet wird.

Nun zu unserem Gespräch: Wie ich Ihnen bereits bei der Einladung zum Interview erläutert habe, würde ich gerne von Ihnen erfahren, was Sie über das Krankheitsbild „Rheuma“ bisher wissen und was Sie über diese Erkrankung denken. Hierfür habe ich eine Reihe von Fragen vorbereitet, die unterschiedliche Aspekte dieses Themas ansprechen. Bitte erzählen Sie mir dann, was Ihnen zu den einzelnen Fragen einfällt. Dabei kommt es mir nicht darauf an, ob Ihre Antworten richtig sind, sondern es geht mir nur um Ihre ganz persönlichen Gedanken und Meinungen. Sie brauchen daher keine Bedenken zu haben, dass Sie etwas falsches sagen. Denn wenn es um Meinungen geht, ist jede Meinung richtig und gleich wichtig.

Haben Sie dazu noch Fragen?

Interviewfragen

1. BEGRIFFLICHE KLÄRUNG/ SYMPTOME

- 1.1. Sie haben ja schon einmal von Rheuma gehört. Bevor wir mit dem Gespräch anfangen, möchte ich gerne wissen, was Sie unter dem Begriff „Rheuma“ verstehen (was Sie mit dem Begriff „Rheuma“ verbinden). Können Sie etwas dazu sagen?
- 1.2. Was fällt Ihnen sonst noch spontan ein, wenn Sie sich konkret einen Menschen ausmalen, der Rheuma hat?
- 1.3. Haben Sie selbst Situationen erlebt, in welchen Ihnen der Gedanke „Rheuma“ in den Sinn kommt?
Wenn ja, schildern Sie mir bitte diese Situationen.
Wenn nein/ nachfragen/ ggf. weiter mit Frage 3.1.
- 1.4. Angenommen, Sie haben eines Tages bei Ihnen selbst den Verdacht auf Rheuma. Durch welche Symptome bzw. Anzeichen wären Sie selbst auf diese Idee gekommen?

1.5. Wie würden Sie darauf reagieren?

1.6. Angenommen, Sie entscheiden sich irgendwann einmal, wegen dieser Symptome einen Experten um Rat zu fragen. Wann würden Sie das tun und von wem würden Sie sich dann untersuchen lassen?

2. ERFAHRUNGSHINTERGRUND DER BEFRAGTEN BEZÜGLICH RHEUMA

2.1. Haben Sie sich in der Vergangenheit schon einmal mit dem Thema „Rheuma“ beschäftigt?

Wenn ja, auf welche Art und Weise?

Wenn nein/.nachfragen/ggf. weiter mit Frage 2.2.

2.2. Haben Sie selber schon einmal diese Erkrankung in Ihrer näheren Umgebung erlebt? (Fragebogen I. ankreuzen)

Ja, einmal

Ja, mehrmals

Nein/ nachfragen / ggf. weiter mit Frage 3.1.

2.3. Wie nahe stand (standen) Ihnen dieser Mensch (diese Menschen)?

2.4. Inwieweit haben Sie diese Situation von _____ mit verfolgt?

2.5. Wie ist das gewesen für _____ und für seine Mitmenschen (und auch für Sie selber)?

2.6. Wissen Sie, ob _____ (damals) in Behandlung war/ ist? Wenn ja, bei wem wurde/ werde er/sie behandelt?

2.7. Haben Sie irgendwelche Schlussfolgerungen aus den Erfahrungen mit _____ für Sie selbst gezogen?

3. ASSOZIATIONEN ÜBER RHEUMA

3.1. Was glauben Sie, was passiert (was verändert sich) im Körper eines Menschen, wenn er Rheuma bekommt?

3.2. Was meinen Sie, welche Körperteile bei dieser Erkrankung besonders betroffen sind?

3.3. Was würden Sie auf Anhieb sagen, was ist das besondere (das typische) an der Erkrankung „Rheuma“? Was ist Ihrer Meinung nach bei Rheuma anders als z.B. bei

- Krebs?

- Migräne?

3.4. Was mag wohl Ihr erster Gedanke sein, wenn Ihnen heute gesagt würde, dass Sie Rheuma hätten?

3.5. Was meinen Sie, wie ernsthaft diese Krankheit ist? (Skala I vorlegen)

3.6. Ist Rheuma eine tödliche Krankheit? (Fragebogen II. vorlegen)

Ja

Nein

Weiß nicht

4. ÄTIOLOGIE

- 4.1. Was glauben Sie, wodurch kann man Rheuma bekommen?
- 4.2. Haben Sie irgendwelche Vermutungen (darüber), warum manche Menschen Rheuma bekommen und andere nicht?
- 4.3. Ich möchte Ihnen jetzt eine Liste zeigen, in der Sie verschiedene Aussagen über mögliche Ursachen von Rheuma finden. Bitte machen Sie zu jedem Satz ein Kreuz, je nachdem, ob Sie mit dem Inhalt des Satzes einverstanden, nicht einverstanden oder aber nur teilweise einverstanden sind (Rheuma-Ursachen-Fragebogen vorlegen).
- 4.4. Wie schätzen Sie Ihr eigenes Risiko ein, dass Sie selbst in Ihrem Leben jemals Rheuma bekommen könnten? (Skala II. vorlegen)
- 4.5. Meinen Sie, dass es grundsätzlich möglich ist, Rheuma vorzubeugen?
Wenn ja, was könnte man wohl alles tun, um Rheuma zu verhüten?
Wenn nein, warum nicht?

5. AUSWIRKUNGEN

- 5.1. Was meinen Sie, wenn Sie sich den Tagesablauf einer an Rheuma erkrankten Person vorstellen, wie ist sie durch diese Erkrankung beeinträchtigt?
- 5.2. Würde diese Person irgendwelche Schwierigkeiten in ihrer Familie bzw. Partnerschaft, in ihrem Beruf oder in ihrem Bekanntenkreis aufgrund der Erkrankung bekommen?
Wenn ja, in welcher Beziehung und wie würden sie aussehen?
- 5.3. Was meinen Sie, würden die Angehörigen, Kollegen, Bekannten bzw. Freunde diese Person anders behandeln als wenn sie noch gesund wäre?
Wenn ja, wie würden Sie es beschreiben?
Wenn nein/ nachfragen/ ggf. weiter mit Frage 5.4.
- 5.4. Hinterlässt Rheuma bleibende Schäden?
Wenn ja, wie würden sie aussehen?
Wenn nein/ nachfragen/ ggf. weiter mit Frage 6.1.

6. BEHANDLUNG BZW. SELBSTMANAGEMENT

- 6.1. Haben Sie schon einmal gehört, wie Rheuma behandelt wird?
Wenn ja, welche Behandlungsmöglichkeiten kennen Sie?
Wenn nein/ nachfragen/ ggf. weiter mit Frage 6.2.
- 6.2. Wie kann jemandem mit Rheuma sonst noch geholfen werden? Fällt Ihnen dazu noch andere Therapien ein?

- 6.3. Worauf kann ein Betroffener selber achten, damit die Krankheit nicht schlimmer wird?
- 6.4. Was würden Sie selbst tun, wenn Sie Rheuma hätten, damit es Ihnen wieder besser geht?

7. VERLAUF

7.1. Haben Sie eine Vorstellung, wie diese Krankheit verläuft?

7.2. Kann Rheuma ganz geheilt werden?

Wenn ja, wie?

Wenn nein/nachfragen/ggf. weiter mit Frage 7.3.

7.3. Meinen Sie, dass auch persönliche Faktoren oder Verhaltensweisen einen Einfluss auf den Verlauf von Rheuma haben könnten?

Wenn ja, welche Faktoren/Verhaltensweisen fallen Ihnen ein? Wie würden sie sich auswirken?

Wenn nein/ nachfragen/ ggf. weiter mit Frage 7.4.

7.4. Glauben Sie sogar, dass diese Faktoren/Verhaltensweisen darüber entscheiden können, ob Rheuma geheilt wird oder nicht?

Wenn ja, wie könnten sie dazu beitragen?

Wenn nein/ nachfragen/ ggf. weiter mit Frage 8.1.

8. QUELLEN DER INFORMATIONEN

8.1. Von welchen Personen oder Medien haben Sie bisher Informationen über das Thema Rheuma bekommen?

8.2. Wenn Sie mehr über diese Krankheit wissen wollen, wo würden Sie die Information suchen?

9. ABSCHLIESSENDE FRAGE

9.1. Ist Rheuma Ihrer Meinung nach eine eigenständige Krankheit? Oder verstehen Sie unter diesem Begriff viele verschiedenen Erkrankungen? Wenn das letztere zutrifft, nennen Sie mir bitte zum Schluss unseres Gesprächs zwei Erkrankungen, die Sie dem Begriff „Rheuma“ zuordnen.

Datum: _____

Proband-Code: _____

Fragebogen I.

2.2. Haben Sie selber schon einmal diese Erkrankung in Ihrer näheren Umgebung erlebt?

Ja, einmal

Ja, mehrmals

Nein

Fragebogen II.

3.6. Ist Rheuma eine tödliche Krankheit?

Ja

Nein

Weiß nicht

Datum: _____

Proband-Code: _____

SKALA I.

3.5. Was meinen Sie, wie ernsthaft diese Krankheit ist?

überhaupt nicht ernsthaft						sehr ernsthaft
1.	2.	3.	4.	5.		

SKALA II.

4.4. Wie schätzen Sie Ihr eigenes Risiko ein, dass Sie selbst in Ihrem Leben jemals Rheuma bekommen könnten?

sehr klein						sehr groß
1.	2.	3.	4.	5.		

Anhang 4: Die Erstfassung des Rheuma-Ursachen-Fragebogens/ deutsch

Datum: _____

Proband-Code: _____

Item/Variable	das stimmt	das ist möglich	das stimmt nicht
1. Rheuma ist ein Teil des natürlichen Alterungsprozesses			
2. Man kann Rheuma erben.			
3. Rheuma kann man auch bekommen, wenn man häufig mit sich selber hadert und unzufrieden ist.			
4. Rheuma kann von einer Verletzung verursacht werden.			
5. Rheuma ist ansteckend.			
6. Rheuma kann von kaltem oder feuchtem Klima verursacht werden.			
7. Rheuma kann auch dadurch verursacht werden, dass man mit seinen persönlichen Problemen nicht fertig wird.			
8. Rheuma kann von schlechter Ernährung verursacht werden.			
9. Rheuma kann von Drogen verursacht werden.			
10. Rheuma kann mitverursacht werden, wenn man von den alltäglichen Anforderungen in der Schule, im Beruf bzw. im Haushalt überfordert ist.			
11. Ob man Rheuma bekommt, darüber bestimmt das Schicksal.			
12. Rheuma kann von Hitze verursacht werden.			
13. Rheuma ist durch Hormonen beeinflussbar.			
14. Rheuma kann mitverursacht werden, wenn Harmonie in der Familie bzw. in der Partnerschaft fehlt.			
15. Die Ursachen von Rheuma sind unklar.			
16. Rheuma kann von einer Infektion verursacht werden.			
17. Rheuma kann auch verursacht werden, wenn man mit seinen Mitmenschen nicht zurecht kommt.			
18. Rheuma kann man bekommen, wenn man oft nach dem Sport gleich mit kaltem Wasser duscht.			
19. Rheuma kann von Blutergüssen verursacht werden, die nicht auskuriert sind.			
20. Rheuma kann man auch bekommen, wenn man zu streng gegen sich selber ist.			
21. Rheuma kann man bekommen, wenn man Pech hat.			

Anhang 5: Deskriptive Statistiken der Erstfassung des Rheuma-Ursachen-Fragebogens
(N=60)

Item/Variable	MW	SD	Min.	Max.
1. Rheuma ist ein Teil des natürlichen Alterungsprozesses.	2.20	0.75	1.00	3.00
2. Man kann Rheuma erben.	2.18	0.62	1.00	3.00
3. Rheuma kann man auch bekommen, wenn man häufig mit sich selber hadert und unzufrieden ist.	2.62	0.52	1.00	3.00
4. Rheuma kann von einer Verletzung verursacht werden.	2.15	0.84	1.00	3.00
5. Rheuma ist ansteckend.	3.00	0.00	3.00	3.00
6. Rheuma kann von kaltem oder feuchtem Klima verursacht werden.	1.42	0.53	1.00	3.00
7. Rheuma kann auch dadurch verursacht werden, dass man mit seinen persönlichen Problemen nicht fertig wird.	2.55	0.59	1.00	3.00
8. Rheuma kann von schlechter Ernährung verursacht werden.	1.90	0.68	1.00	3.00
9. Rheuma kann von Drogen verursacht werden.	2.62	0.61	1.00	3.00
10. Rheuma kann mitverursacht werden, wenn man von den alltäglichen Anforderungen in der Schule, im Beruf bzw. im Haushalt überfordert ist.	2.38	0.58	1.00	3.00
11. Ob man Rheuma bekommt, darüber bestimmt das Schicksal.	2.70	0.62	1.00	3.00
12. Rheuma kann durch Hitze verursacht werden.	2.65	0.58	1.00	3.00
13. Rheuma ist durch Hormone beeinflussbar.	2.15	0.55	1.00	3.00
14. Rheuma kann mitverursacht werden, wenn Harmonie in der Familie bzw. in der Partnerschaft fehlt.	2.55	0.56	1.00	3.00
15. Die Ursachen von Rheuma sind unklar.	1.83	0.89	1.00	3.00
16. Rheuma kann von einer Infektion verursacht werden.	2.15	0.71	1.00	3.00
17. Rheuma kann auch verursacht werden, wenn man mit seinen Mitmenschen nicht zurecht kommt.	2.67	0.48	2.00	3.00
18. Rheuma kann man bekommen, wenn man oft nach dem Sport gleich mit kaltem Wasser duscht.	2.40	0.76	1.00	3.00
19. Rheuma kann von Blutergüssen verursacht werden, die nicht auskuriert sind.	2.28	0.76	1.00	3.00
20. Rheuma kann man auch bekommen, wenn man zu streng gegen sich selber ist.	2.73	0.45	2.00	3.00
21. Rheuma kann man bekommen, wenn man Pech hat.	2.72	0.61	1.00	3.00

Legende: Die Ziffern repräsentieren den Grad der Verneinung der vorgegebenen Items. "3" entspricht "das stimmt nicht", "1" entspricht "das stimmt". "2" drückt "das ist möglich" aus. Das N beträgt in jeder Zeile N=60. „MW“: Mittelwert, „SD“: Standardabweichung, „Min.“: Der minimale Wert, „Max.“: Der maximale Wert.

Anhang 6. : Itemanalyse Taiwan und Deutschland im Vergleich

	TAIWAN		DEUTSCHLAND	
	Itemschwierigkeit Mean	Trennschärfe	Itemschwierigkeit Mean	Trennschärfe
Item 1	1.800	0.298	2.600	-0.123
Item 2	2.300	0.025	2.067	-0.071
Item 3	2.600	0.525	2.633	0.382
Item 4	1.733	0.407	2.567	0.069
Item 5	3.000	-	3.000	-
Item 6	1.267	0.538	1.567	-0.119
Item 7	2.667	0.499	2.433	0.355
Item 8	1.767	0.794	2.033	0.280
Item 9	2.533	0.395	2.700	-0.103
Item 10	2.400	0.451	2.367	0.502
Item 11	2.733	-0.279	2.667	0.196
Item 12	2.567	0.138	2.733	0.208
Item 13	2.167	0.042	2.133	0.197
Item 14	2.633	0.540	2.467	0.447
Item 15	1.900	0.072	1.767	0.137
Item 16	2.233	0.210	2.067	-0.299
Item 17	2.767	0.439	2.567	0.357
Item 18	1.900	0.217	2.900	-0.020
Item 19	1.833	0.455	2.733	0.167
Item 20	2.733	0.576	2.733	0.494
Item 21	2.800	-0.093	2.633	0.105

Anhang 7: Ausführliche Beschreibung zur Itemauswahl

Das primäre Kriterium nach Borg & Staufenbiel (1993)

Die Trennschärfe ist bei den korrigierten Korrelationen genauer. Zur Itemauswahl soll daher der korrigierte Wert herangezogen werden. Die Trennschärfe sollte $>.3$ und keinesfalls negativ sein. Aus inhaltlichen Gründen kann das Trennschärfekriterium max. auf 0.25 gesenkt werden. Die Trennschärfe ist umso höher, je ähnlicher das einzelne Item Testpersonen so voneinander unterscheidet wie die gesamten Skalenwerte. Hingegen wird bei einem Item mit einer negativen Trennschärfe davon ausgegangen, dass dies etwas anderes als die übrigen Items misst. Dadurch wurden bei der taiwanesischen Stichprobe die Items 2, 12, 13, 15 aufgrund zu niedriger ($< .25$) und die Items 11 und 21 aufgrund negativer Trennschärfe eliminiert. Bei der deutschen Stichprobe erfüllten die Items 1, 2, 6, 9, 16, 18 wegen negativer und die Items 4, 11, 12, 13, 15, 19, 21 wegen zu niedriger Werte nicht das primäre Auswahlkriterium.

Das sekundäre Kriterium nach Borg & Staufenbiel (1993)

Die Itemschwierigkeit ist das sekundäre Auswahlkriterium. Die Schwierigkeitsgrenze wurde hier festgesetzt zwischen 1.2 und 2.8, d. h. Items mit Werten kleiner als 1.2 und größer als 2.8. wurden herausgenommen. Dies betrifft bei beiden Vergleichsgruppen lediglich das Item 5. Die Items 16 und 18 wurden trotz ihrer geringer ausfallenden Trennschärfe (beide ca. 0.21) zwecks Erhöhung der inhaltlicher Heterogenität im Itempool belassen.

Insgesamt wurden aufgrund unzureichender Itemcharakteristiken sieben Items eliminiert: 1) Man kann Rheuma erben (Item 2). 2) Rheuma ist ansteckend (Item 5). 3) Ob man Rheuma bekommt, darüber bestimmt das Schicksal (Item 11). 4) Rheuma kann von Hitze verursacht werden (Item 12). 5) Rheuma ist durch Hormone beeinflussbar (Item 13). 6) Die Ursachen von Rheuma sind unklar (Item 15). 7) Rheuma kann man bekommen, wenn man Pech hat (Item 21).

Anhang 8: Itemcharakteristika des Rheuma-Ursachen-Fragebogens

Bei der folgenden Darstellung sind jeweils in der ersten Tabelle das nicht-standardisierte (Raw) und das standardisierte (Standardized) Alpha zu entnehmen. Die zweite Tabelle enthält jeweils die korrigierten Korrelationen der einzelnen Items mit der Restskala.

Für die taiwanesische Stichprobe:

Cronbach Coefficient Alpha
Variables Alpha

ffffffffffffffffffffffffffff

Raw 0.817559
Standardized 0.838010

Cronbach Coefficient Alpha with Deleted Variable

Raw Variables Standardized Variables

Deleted Variable	Correlation with Total	Alpha	Correlation with Total	Alpha
ITEM/a	0.313866	0.816602	0.303066	.838447
ITEM/b	0.504224	0.802602	0.538476	.823394
ITEM/c	0.283066	0.820849	0.245399	.842003
ITEM/d	0.594880	0.800143	0.591999	.819848
ITEM/e	0.516401	0.802097	0.557606	.822132
ITEM/f	0.754942	0.779641	0.717229	.811369
ITEM/g	0.371203	0.811248	0.397489	.832514
ITEM/h	0.531968	0.799352	0.522897	.824417
ITEM/i	0.571516	0.797184	0.647929	.816093
ITEM/j	0.239195	0.825667	0.222842	.843380
ITEM/k	0.451823	0.807797	0.499553	.825943
ITEM/l	0.311257	0.817796	0.298588	.838725
ITEM/m	0.512377	0.800701	0.476570	.827437
ITEM/n	0.575224	0.801156	0.639001	.816696

Für die deutsche Stichprobe:

Cronbach Coefficient Alpha
Variables Alpha

ffffffffffffffffffffffffffff

Raw 0.470692
Standardized 0.495651

Für die deutsche Stichprobe (Fortsetzung):

Cronbach Coefficient Alpha with Deleted Variable				
Raw Variables		Standardized Variables		
Deleted Variable	Correlation with Total	Alpha	Correlation with Total	Alpha
ITEM/a	-.218146	0.547840	-.203775	0.562842
ITEM/b	0.499061	0.369142	0.471398	0.401437
ITEM/c	0.150529	0.458579	0.185915	0.474950
ITEM/d	-.147831	0.532164	-.152065	0.551957
ITEM/e	0.365418	0.389268	0.383923	0.424828
ITEM/f	0.125244	0.464286	0.177697	0.476948
ITEM/g	0.090262	0.473485	0.075031	0.501367
ITEM/h	0.595333	0.343278	0.586414	0.369475
ITEM/i	0.524696	0.358699	0.502403	0.392957
ITEM/j	-.267837	0.562837	-.253422	0.573078
ITEM/k	0.403604	0.392040	0.398643	0.420946
ITEM/l	-.067279	0.488914	-.094061	0.539472
ITEM/m	0.090214	0.468607	0.114146	0.492181
ITEM/n	0.507311	0.375122	0.506013	0.391963

für die beiden Stichproben zusammen:

Cronbach Coefficient Alpha	
Variables	Alpha
Raw	0.743950
Standardized	0.759925

Cronbach Coefficient Alpha with Deleted Variable				
Raw Variables		Standardized Variables		
Deleted Variable	Correlation with Total	Alpha	Correlation with Total	Alpha
ITEM/a	0.294705	0.737616	0.237705	0.759047
ITEM/b	0.454473	0.721553	0.514763	0.731659
ITEM/c	0.361896	0.730684	0.307824	0.752318
ITEM/d	0.342089	0.731272	0.287611	0.754272
ITEM/e	0.282595	0.736646	0.373900	0.745854
ITEM/f	0.562863	0.705350	0.531415	0.729944
ITEM/g	0.296608	0.735400	0.322884	0.750856
ITEM/h	0.473804	0.718019	0.503378	0.732828
ITEM/i	0.412292	0.724427	0.509026	0.732248
ITEM/j	0.027038	0.766229	0.029212	0.778266
ITEM/k	0.256139	0.738543	0.329823	0.750180
ITEM/l	0.378617	0.727271	0.308127	0.752289
ITEM/m	0.506055	0.710689	0.438666	0.739398
ITEM/n	0.474870	0.722600	0.539576	0.729100

Anhang 9.: Zuordnung der neuen zu den alten Itemcodes

Alter Itemcode	1.	3.	4.	6.	7.	8.	9.	10.	14.	16.	17.	18.	19.	20.
Neuer Itemcode	a.	b.	c.	d.	e.	f.	g.	h.	i.	j.	k.	l.	m.	n.

Anhang 10.: Faktorenanalyse/ taiwanesisch

- a. Erklärte Gesamtvarianz
- b. Faktordiagramm
- c. Rotierte Faktorenmatrix

a. Erklärte Gesamtvarianz durch die Zwei-Faktoren-Lösung

Erklärte Gesamtvarianz

Faktor	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	4,847	34,621	34,621	4,429	31,637	31,637	3,698	26,411	26,411
2	2,223	15,881	50,502	1,745	12,462	44,099	2,476	17,688	44,099
3	1,214	8,671	59,173						
4	1,081	7,720	66,892						
5	1,010	7,218	74,110						
6	,844	6,027	80,137						
7	,694	4,954	85,091						
8	,624	4,458	89,549						
9	,513	3,662	93,211						
10	,384	2,744	95,955						
11	,276	1,973	97,929						
12	,131	,939	98,867						
13	,113	,805	99,672						
14	1,592E-02	,328	100,000						

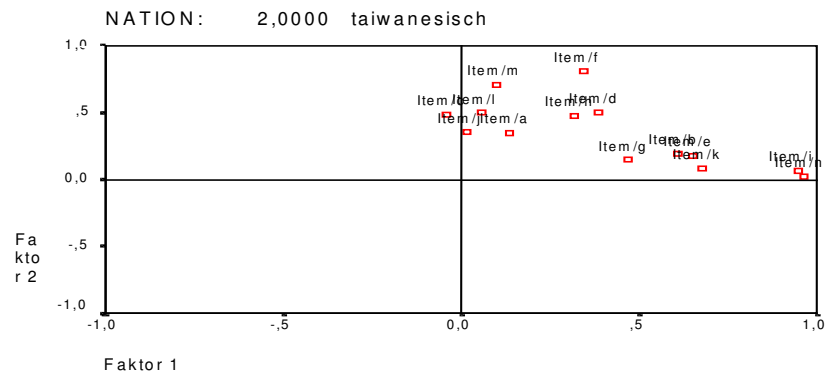
Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse.

a. NATION = taiwanesisch

b. Faktordiagramm

Im nachstehenden Faktordiagramm stellen die Achsen die Faktoren dar und die Items werden durch Punkte repräsentiert. Dabei wurden statt der Achsen die Ladungspunkte rotiert. Dem Faktorendiagramm kann entnommen werden, wie hoch die einzelnen Items auf den jeweiligen Faktoren laden. Item n. lädt z.B. sehr hoch auf Faktor 1, und Item m. hoch auf Faktor 2.

Faktordiagramm im rotierten Faktorbereich



c. Rotierte Faktorenmatrix

	Faktor	
	1	2
ITEMa	,135	,352
ITEMb	,609	,193
ITEMc	0,00	,486
ITEMd	,388	,501
ITEMe	,649	,179
ITEMf	,343	,810
ITEMg	,467	,146
ITEMh	,315	,477
ITEMi	,947	0,00
ITEMj	0,00	,353
ITEMk	,676	0,00
ITEMl	0,00	,498
ITEMm	,101	,712
ITEMn	,965	0,00

Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung
 a: Die Rotation ist in 3 Iterationen konvergiert.

- Anhang 11.:** Faktorenanalyse/ deutsch
- Erklärte Gesamtvarianz
 - Faktordiagramm
 - Rotierte Faktorenmatrix

a. Erklärte Gesamtvarianz

Erklärte Gesamtvarianz²

Faktor	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	4,173	29,807	29,807	3,703	26,450	26,450	3,698	26,415	26,415
2	1,969	14,061	43,868	1,366	9,760	36,211	1,371	9,795	36,211
3	1,396	9,972	53,840						
4	1,296	9,254	63,094						
5	1,189	8,493	71,586						
6	1,061	7,578	79,164						
7	,830	5,930	85,095						
8	,656	4,688	89,782						
9	,531	3,790	93,572						
10	,336	2,403	95,975						
11	,247	1,764	97,739						
12	,158	1,132	98,871						
13	9,376E-02	,670	99,540						
14	6,437E-02	,460	100,000						

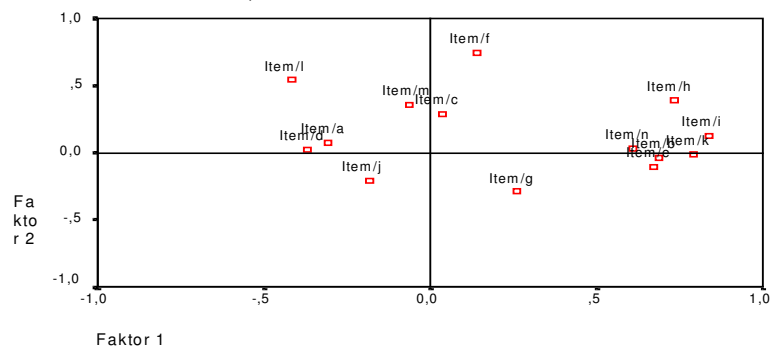
Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse.

a. NATION = deutsch

b. Faktordiagramm

Faktordiagramm im rotierten Faktorbereich

NATION: 1,0000 deutsch



c. Rotierte Faktorenmatrix

	Faktor	
	1	2
ITEMa	-,306	0,00
ITEMb	,686	0,00
ITEMc	0,00	,289
ITEMd	-,368	0,00
ITEMe	,670	-,107
ITEMf	,140	,740
ITEMg	,260	-,291
ITEMh	,737	,394
ITEMi	,840	,125
ITEMj	-,183	-,209
ITEMk	,793	0,00
ITEMl	-,418	,541
ITEMm	0,00	,360
ITEMn	,610	0,00

Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung
 a: Die Rotation ist in 3 Iterationen konvergiert.

Anhang 12.: Transkriptionsregeln

- 1) Alle sprachlichen Äußerungen sind festzuhalten, allerdings steht der Inhalt im Vordergrund; „äh“, „ne“; „gell“ oder ähnliches kann bei Wiederholung weggelassen werden. Füllwörter oder –laute, die zum inhaltlichen Verständnis relevant sind, wie z.B. „Mhm“, müssen angegeben werden. Wortteile, unvollständige bzw. wiederholte Sätze sind komplett zu protokollieren.
- 2) Pausen, Stockungen sind je nach Länge mit Punkten zu notieren (.....).
- 3) Unklarheiten werden als Punkte in Klammern gekennzeichnet, je nach der Länge dessen, was nicht deutlich zu verstehen ist. ((.....))
- 4) Dialektfärbungen werden eingedeutscht (isch= ich, mol= mal), Satzbaufehler werden behoben. Echte Dialektausdrücke bleiben und werden nach Gehör geschrieben.
- 5) Ausdrücke auf Taiwanesisch werden übersetzt auf Chinesisch aufgezeichnet. Bei schwierigen Fällen werden sie im Original belassen und deren Bedeutung sind in Fußnoten zu erörtern.

1.1 Du hast schon einmal von Rheuma gehört. Bevor wir mit dem Gespräch anfangen, möchte ich gerne wissen, was du unter dem Begriff "Rheuma" verstehst. Kannst du etwas dazu sagen?

P.: Oje,...unter Rheuma. Ja also ich werf' das ziemlich zusammen mit Gicht. Wahrscheinlich bedeutet Rheuma umfassend alle entzündlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates, denke ich.

Was meinst du mit Gicht?

P.: Ja, Gicht ist eine Entzündung, eine Entzündung von Gelenken, zum Beispiel an der Hand, dass sich da eben diese Gelenke,...die Gelenke schwellen und dadurch sehr stark schmerzen und Rheuma hat medizinisch verschiedene Ursachen, könnte ich mir vorstellen. Also ich kenne mich da nicht so gut aus, aber....dass es nicht nur eine Entzündung ist, sondern noch andere Ursachen hat.

Aber Gicht und Rheuma sind für dich zwei verschiedene Erkrankungen?

P.: Gicht....Ich weiß nicht, ob Gicht auch unter das Erscheinungsbild Rheuma gehört. Ein Teil davon, könnt ich mir denken.

1.2 Was fällt dir sonst noch spontan ein, wenn du dir konkret einen Menschen ausmalst, der Rheuma hat?

P.: Was fällt mir da ein....., etwas, was schwer zu behandeln ist, eine sehr langwierige Krankheit, eine sehr schmerzhaft Krankheit. Na, eine Einbuße von Lebensqualität und auch schon bei jüngeren Menschen, dass es auch schon bei Jugendlichen vorkommt.

1.3 Hast du selbst Situationen erlebt, in welchen dir der Gedanke "Rheuma" in den Sinn kommt?

P.: Für mich selbst? Ne, eigentlich nicht.

Noch nie...?

P.: Also Rheuma ist für mich jetzt keine Krankheit, wo ich jetzt Angst hab', dass ich's 'mal kriegen könnte. Also ich hab' das auch noch nie gehabt undhab' noch nicht viel Gedanken daran verschwendet.

1.4 Angenommen, du hast eines Tages bei dir selbst den Verdacht auf Rheuma. Durch welche Symptome bzw. Anzeichen wärest du selbst auf diese Idee gekommen?

P.: Wahrscheinlich wie meine Vorstellung von Gicht, Schmerzen in den Gelenken, die nicht mehr weggehen, oder, ja, Verspannungen vielleicht auch. Sehr starke Kälteempfindlichkeit, Wetterfühligkeit, die jetzt plötzlich, ja, über das Normale hinausgeht.

1.5 Wie würdest du darauf reagieren?

P.: Ich bin ein sehr großer Verdränger. Erstmals gar nicht, bis es dann so stark schmerzt und mich so stark aufregt, dass ich dann doch zum Arzt gehe.

Es muss dann aber sehr intensiv sein.

P.: Ja. Also ich versuch' immer erst daheim, durch irgendeine Salbe damit fertig zu werden.

1.6 Angenommen, du entscheidest dich irgendwann einmal, wegen dieser Symptome einen Experten um Rat zu fragen. Wann würdest du das tun und von wem würdest du dich dann untersuchen lassen?

P.: Dann würde ich zuerst zum Hausarzt gehen.

Erst zum Hausarzt und dann hören wie...

P.: Ja, genau.

2.8 Hast du dich in der Vergangenheit schon einmal mit dem Thema "Rheuma" beschäftigt?

P.: Ne, also wie gesagt, nur wenn ich's 'mal zufällig in einem Magazin oder in einer Zeitung gelesen habe, dann habe ich mich damit beschäftigt, aber sonst noch nicht.

2.9 Hast du selber schon einmal diese Erkrankung in deiner näheren Umgebung erlebt? (Fragebogen I ankreuzen)

P.: Also, in Form von diesen Gelenkentzündungen, ja.

Bei wem?

P.: Ja, einmal klagt meine Mutter darüber. Ich weiß aber nicht, ob das....Das ist, glaub' ich noch keine Gicht. Sie hat halt solche Knoten an den Händen und klagt über Schmerzen. Ja, Arbeitskollegen. Da hab' ich's auch schon mitgekriegt.

Kannst du näher beschreiben, was du da mitgekriegt hast?

P.: Ja, lange Gespräche darüber hat es nicht gegeben, nur eben der Hinweis, dass zum Beispiel eine Operation bevorsteht. Ja genau, bei der einen Putzfrau. Die hat auch geklagt über....über ihre Hände, dass die Gelenke schmerzen und eventuell eine Operation möglich wäre, um das wieder zu korrigieren. Die wiederum hat auch Bekannte mit ähnlichen Beschwerden,. Also es ist wohl ein ganzes Netz, aber, also ganz ausführliche Gespräche habe ich nicht geführt.

Aber sie hat es als Rheuma beschrieben?

P.: Ich glaube ja. Oder als....Entzündung, als Gelenkentzündung.

Und deine Mutter?

P.: Die hat das Wort Rheuma nicht verwendet, glaube ich. Wobei....Man sagt ja rheumatischer Schmerz. Dann glaube ich, ist es noch nicht als Rheuma beschrieben, aber so ähnlich. Der Beginn von Rheuma...

So wie du das jetzt bei deiner Mutter mitgekriegt hast, würdest du ihre Beschwerden auch dem Rheuma zuordnen?

P.: Ja.

2.11 Inwieweit hat du diese Situation von deiner Mutter mit verfolgt?

P.: Bei meiner Mutter bekomme ich ab und zu...., da kommt das Thema darauf. Also ich steuere das gar nicht aktiv an. Es kommt von meiner Mutter her, so wie sie auch andere Krankheitsbilder beschreibt und bei der Putzfrau kam es eigentlich nur zweimal kurz ins Gespräch. Sonst hab' ich.....Mir fällt noch mein Onkel ein, Onkel in Karlsruhe zum Beispiel. Der hat auch diese rheumatischen Beschwerden. Der geht regelmäßig ins Heilbad im Schwarzwald, aber das sind....ja irgendwie bin ich vielleicht nicht der richtige Gesprächspartner für solche Sachen.

Du hast immer so am Rande ein bisschen mitgekriegt....?

P.: Ja.

2.12 Wie ist das gewesen für die Putzfrau bzw. für deine Mutter, für ihre Mitmenschen und auch für dich selber?

P.: Also bei dieser Putzfrau.....Die lebt einfach damit. Ich glaub', sie hat so eine Einstellung. Sie hat auch Bluthochdruck. Sie macht auch gar nicht mehr so viel dagegen. Sie hat wohl eher die Einstellung, "Ha ja, das hab' ich halt jetzt. Ganz geht's nicht mehr weg. Ich bin ja auch nicht.... ich bin ja sechzig. Also da ist das einfach...mit dem Alter

bekommt man solche Sachen. Also eine eher passive Haltung hat die. Meine Mutter ist bei ihrem Hausarzt, den sie ständig aufsucht. Also eher eine aktive Haltung, aber sie akzeptiert's dann halt auch, wenn sie's hat. Sagen wir 'mal so, sie verzweifelt nicht daran, sondern versucht eben, etwas dagegen zu tun, in dem sei mehrere Ärzte aufsucht, immer wieder das Problem anspricht und von verschiedenen Leuten Rat einholt, nicht nur von einem Arzt, sondern von mehreren. Für sie ist Krankheit ein sehr wichtiges Thema.

Und wie ist oder war es für ihre Mitmenschen, dass sie diese Krankheit hat?

P.: Bei den Kollegen weiß ich es nicht. Also die.....Das ist einfach ein Arbeitsverhältnis. Da ist nicht so.....Die ist immer noch voll arbeitsfähig. Es ist nicht so, dass die Kollegen Arbeit übernehmen müssen wegen ihr. Sie ist auch nie.... nicht oft krank, ein sehr angenehmer Mensch. Da kenne ich jetzt keine Probleme. Wie es jetzt privat bei ihr ist, weiß ich nicht.

Bei meiner Mutter.....Da ist es anders....Tja, ich glaub', sie ist dafür bekannt, dass das Thema sehr wichtig für sie ist.

Das hat also keinen besonderen Stellenwert, dass sie gerade Gelenkbeschwerden hat.

P.: Nein, nichts außergewöhnliches für die Mitmenschen, dass sie so eine Krankheit hat. Das ist nichts Außergewöhnliches. Meine Mutter klagt nicht unbedingt darüber, sondern sie spricht darüber. Sie will nicht, dass man sie heilt oder bemitleidet. Das glaub' ich nicht. Bemitleiden glaub' ich nicht. Es ist eher die Gefahr, dass sie das auf andere Menschen überträgt, dass die auch krank werden.

2.13 Weißt du, ob deine Mutter bzw. diese Putzfrau in Behandlung war oder ist? Wenn ja, bei wem wurden oder werden sie behandelt?

P.: Für diese Gelenkschmerzen bekommt meine Mutter, glaube ich, eine Salbe....Oh, ich weiß es nicht, ich weiß es leider nicht.

Du kannst nichts Genaues sagen.

P.: Ne.

2.14 Hast Du irgendwelche Schlussfolgerungen aus den Erfahrungen mit deiner Mutter bzw. mit der Kollegin für dich selbst gezogen?

P.: Für mich selbst? Ob ich dann vielleicht mein Leben ändern müsste? Ne, keine Schlussfolgerung.

Das ist sehr weit weg für dich.

P.: Ja. Ich glaub' auch nicht beeinflussbar. Also ich glaube jetzt nicht, dass die Leute in ihrem Leben einen gravierenden Fehler gemacht haben, dass sie jetzt gerade diese Krankheit bekommen.

3.7 Was glaubst du, was passiert im Körper eines Menschen, wenn er Rheuma bekommt?

P.: Ja. Das ist vielleicht....Wenn's eine Alterserscheinung ist, ist es eben eine generelle Schwächung des Körpers, ein Abbau, ein Knochenabbau und dadurch entstehen vielleicht diese Entzündungen. Bei jüngeren Menschen kann ich mir vorstellen, dass siedass etwas mit dem Immunsystem vielleicht nicht stimmt.

So eine Immunschwäche...?

P.: Ja.

3.8 Was meinst du, welche Körperteile bei dieser Erkrankung besonders betroffen sind?

P.: Bei Rheuma? Die Gelenke.

Und welche Gelenke?

P.: Alle.

Sonst noch irgendwas?

P.: Rheuma.....Ich denk', das ist.....Ne, ich wüsste sonst nicht.....Muskeln irgendwie? Muskeln....könnte auch sein.

Und auch der ganze Körper?

P.: Ja, ich würde da keine Ausnahme machen.

3.9 Was würdest du auf Anhieb sagen, was ist das besondere an der Erkrankung "Rheuma"? Was ist deiner Meinung nach bei Rheuma anders als z.B. bei Krebs?

P.: Das Typische.....Was ist typisch....langwierig, langwierige Behandlung. Chronisch. Oft hört man, dass es chronisch ist bei Rheuma, dass es gar nicht mehr weggeht. Ja, dass es nicht tödlich ist. Oder nicht tödlich sein.....Ja, ich glaub', wegen Rheuma.....Es gibt ja immer so eine schöne Todesstatistik. Da sind dann Herz-Kreislaufkrankungen oben. Dann kommt Krebs, und Rheuma hab' ich in der Statistik noch nicht gefunden.

Das ist so für dich der Unterschied zwischen beiden.

P.: Ja, Krebs ist natürlich der Psychohorror, denke ich 'mal. Also, wenn man das hört, dass man Krebs hat, ist es ja....denk' ich schon....Dann denkt man gleich an Tod.

Aufgrund der Tödlichkeit.

P.: Genau. Bei Rheuma nicht.

- und bei Migräne?

P.: Ach so, der Unterschied zwischen Rheuma und Migräne. Migräne beschränkt sich, glaub' ich, eher auf den Kopf, Kopfbereich, wird auch immer in Verbindung gebracht mehr mit Frauen und wird eventuell mit Psyche.

Und diese Merkmale treffen nicht bei Rheuma zu ...?

P.: Ja, ich glaub', Rheuma kann ja Männer und Frauen gleichermaßen betreffen. Psyche weiß ich nicht. Es kann natürlich auch ein bisschen damit zusammenhängen. Das ist so ein grauer Bereich, aber Migräne würde ich doch eher sehen als eine Krank.....als ein Anfall.....Rheuma kann auch ein Anfallsleiden sein, klar. Ja, aber es ist für mich eine anderes Krankheitsbild. Also mehr im Kopfbereich.

Die Lokalisation.

P.: Ja.

3.10 Was mag wohl dein erster Gedanke sein, wenn dir heute gesagt würde, dass du Rheuma hättest?

P.: Da würde ich mich noch älter fühlen. Eingeschränkt. Eingeschränkter, dass ich dann vielleicht, ja, noch mehr auf mich achten muss, auf meine Lebensführung, auf das, was ich mache, was ich anziehe. Sportlich mich vielleicht einschränken muss. Ja, weniger Freiheit.

Was hast du gemeint mit „Du würdest dich noch älter fühlen“?

P.: Ja, das ist so mein Gedanke. Das Rheuma ja doch eher die älteren Menschen befällt, prozentual, die eben schon abbauen, also wo auch das Immunsystem abbaut. Das baut ja alles ab im Alter, eine ganz normaler biologischer Abbau, von der Kurve. Und wenn ich dann hören würde, "Oje, Rheuma...",....

Dann denkst du, du musst schon alt genug sein, um die Krankheit zu bekommen.....

P.: Ja wobei ich natürlich auch weiß, dass es auch junge Leute befallen kann, aber trotzdem käme ich auf diesen Gedanken.

3.11 Was meinst du, wie ernsthaft diese Krankheit ist? (Skala I vorlegen)

P.: Äh, meinst du mit ernsthaft, lebensbedrohend?

Ne, was dir dazu einfällt mit ernsthaft.

P.: Ernsthaft ist, wenn ich die Krankheit hätte, hätte ich Angst, dass ich sie nicht mehr los werde, also sehr ernsthaft. Ich würde vier oder fünf so... Meinetwegen auch fünf, weil es wirklich eine Sache sein kann, die mich dann nur noch beschäftigen würde.

Fünf?

P.: Ja. Also nicht lebensbedrohlich, aber eben, ja.....nicht wie eine Erkältung.

3.12 Ist Rheuma eine tödliche Krankheit (Fragebogen II vorlegen)

P.: Nein.

4.6 Was glaubst du, wodurch kann man Rheuma bekommen?

P.: Eines, was mir spontan einfällt, ist eben, dass man, ja, ...man könnte es zum Beispiel durch eine Arbeit bekommen, wo man immer der Feuchtigkeit ausgesetzt ist. So, das Bild hab' ich auch noch, dass Rheuma irgendwas mit Kälte, Feuchtigkeit zu tun hat und sich eben dann dieses.....diese Belastung dann auf die Gelenke niederschlägt.

4.7 Hast du irgendwelche Vermutungen darüber, warum manche Menschen Rheuma bekommen und andere nicht?

P.: Oh Gott! Das ist vielleicht Veranlagung. Man könnte auch fragen, warum bekommt der eine Krebs und der andere nicht. Wie gesagt, wenn jemand vielleicht....wenn's von der Arbeit her bedingt ist, dann könnte man sagen, okay, das ist eben diese spezielle Belastung. Wenn er das nicht gemacht hätte, dann hätte er das vielleicht auch nicht gekriegt. Aber ansonsten....Ja, das ist....Warum werden Menschen krank? Und gerade Rheuma (.....) Ich weiß es nicht.

Aber du hast die Vorstellung, dass eine körperliche Veranlagung auch da sein müsste? Und dann bedingt durch die äußerlichen Bedingungen.....

P.: Ja, stimmt schon. Doch, ich denke schon, dass eine gewisse Veranlagung da sein muss.

4.8 Ich möchte dir jetzt eine Liste zeigen, in der du verschiedene Aussagen über mögliche Ursachen von Rheuma findest. Bitte mache zu jedem Satz ein Kreuz, je nach dem, ob du mit dem Inhalt des Satzes einverstanden, nicht einverstanden oder aber nur teilweise einverstanden bist (Rheuma-Ursachen-Fragebogen vorlegen).

4.9 Wie schätzt du dein eigenes Risiko ein, dass du selbst in deinem Leben jemals Rheuma bekommen könntest? (Skala II vorlegen)

P.: Da ich nicht weiß, was einen erwartet, nicht nur mit den Knochen, wähle ich drei. Ja gut, weil es ja auch ein bisschen in der Familie auch.....fifty-fifty.

Was ist da mit den Knochen?

P.: Da fällt mir jetzt nur ein, mein Vater hat es auch.....obwohl, das ist kein Rheuma, aber so ein bisschen Bewegungsschwierigkeiten.

4.10 Meinst du, dass es grundsätzlich möglich ist, Rheuma vorzubeugen?

P.: Ich glaub' schon, dass man durch eine gesunde Lebensführung, so, dass man zumindest...wenn man schon die Veranlagung hat, dass man's dann zumindest hinauszögern kann. Also wenn es wirklich in der biologischen Uhr drin ist, dass 'mal Rheuma möglich ist. Die Lebensführung ist.....ach, da machen wir gar nichts und die Lebensführung ist sehr exzessiv, dann könnte ich mir schon vorstellen, dass man's dann früher kriegt.

Und was kann man konkret tun, um das zu verzögern?

P.: Konkret? Konkret.... Vielleicht auf seine Ernährung achten, auf Bewegung achten. Ausgeglichen eben....nicht nur 'rumsitzen.... Ja, und wenn..... vielleicht sensibel sein, dass man's rechtzeitig erkennt, also nicht zu lange verschleppen.

5.5 Was meinst du, wenn du dir den Tagesablauf einer an Rheuma erkrankten Person vorstellst, wie ist sie durch diese Erkrankung beeinträchtigt?

P.: Wie stark? Ich weiß nicht. Rheuma ist doch nicht gleich Rheuma. Wenn er starkes Rheuma hat schon, dann ist er auch stark beeinträchtigt, weil ich ja meine Hände, mein Gehapparat ja jeden Tag beanspruche und wenn das alles eingeschränkt ist, dann ist er eben auch sehr stark eingeschränkt. Also wenn er....Also es gibt ja Leute, die haben totale Schmerzen und wenn sie sich nur ein bisschen bewegen, ist das natürlich schlimm.

Es könnte also auch sehr, sehr langwierig sein?

P.: Ja, ja.

5.6 Würde diese Person irgendwelche Schwierigkeiten in ihrer Familie bzw. Partnerschaft, in ihrem Beruf oder in ihrem Bekanntenkreis aufgrund der Erkrankung bekommen? Wenn ja, in welcher Beziehung und wie würden sie aussehen?

P.: Bestimmt. Also im Beruf auf jeden Fall. Je nach Tätigkeit, aber, aber man braucht bei fast allen Tätigkeiten eine gewisse Bewegungsfreiheit. Man muss sich bewegen können, selbst, wenn ich den ganzen Tag vor dem Computer sitze, kann das eben eine Belastung sein, die ich dann nicht mehr aushalte. Also ich denk' schon, beruflich auf jeden Fall eine Einschränkung.

Hm, in der Partnerschaft....Ja. Auf Dauer ist jede Krankheit eine Belastung. Also auch psychische Belastung, dass der andere eben immer Rücksicht nehmen muss, die ganze Lebensplanung umgestellt werden muss.

5.7 Was meinst du, würden die Angehörigen, Kollegen, Bekannten bzw. Freunde diese Person anders behandeln als wenn sie noch gesund wäre?

P.: Ja, mit Sicherheit.

Und wie würde das aussehen?

P.: Also wenn jemand das sehr stark hat und ständig krank ist, dann ist er für die Mitarbeiter eine zusätzliche Belastung auf Dauer. Das muss man so sehen. Also selbst, wenn die vorher total gut miteinander ausgekommen sind, wird es mit der Zeit doch eine sehr starke Belastung und ich denke, dass dann auch eine neue Lösung gesucht werden muss, entweder Versetzung woanders hin, wo's besser geht oder Reduzierung der Arbeitszeit.

Und im privaten Bereich? Was fällt dir dazu ein?

P.: Ja, anders behandeln mein' ich eben zunächst auch, vielleicht ist es schon eine Rücksichtnahme, aber mit der Zeit denke ich auch, dass dieser Kranke auch ein bisschen isoliert wird, also in der Arbeitswelt denke ich schon, dass da hintenrum geredet wird, "Was machen wir denn mit dem? Wie machen wir denn das weiter, Wer übernimmt was?" Also das ist nicht so einfach. Und im privaten Bereich.....Ja, es kommt auf die Partnerschaft an, aber.....Man kann sich damit helfen, dass man alles anspricht. Ob das dann gelingt?....Ja, wird das alles behandelt? Ich denk' auch in der Partnerschaft, das sich das verändert. Man wird nicht mehr als so belastbar angesehen. Es werden andere Gesprächsthemen entstehen, andere Befindlichkeiten, ja....miteinander.

Das heißt, mit der Zeit wird der Kranke auch als Belastung empfunden....

P.: Leider ja. Ja.

5.8 Hinterlässt Rheuma bleibende Schäden?

P.: Bleibende Schäden....Ja, wenn Rheuma geheilt werden kann, dann dürften.... müsste es eigentlich, glaube ich,es keine bleibende Schäden....Also wenn es wirklich ganz ausgeheilt wird, man es in den Griff kriegt, glaub' ich, ja. Kein bleibender Schaden.

6.5 Hast du schon einmal gehört, wie Rheuma behandelt wird?

P.: (.....) Ne, ich weiß es nicht ge....Ja, es gibt bestimmt Methoden, aber da kenn' ich mich nicht so aus.

Du weißt also nicht, wie jemand geholfen werden kann?

P.: Ob da jetzt Kleinkuren, bestimmte Kurformen....Da gibt's bestimmt ein paar....aber wie gesagt, was jetzt genau auf Rheuma zutrifft, weiß ich nicht.

So spontan fällt dir nichts ein?

P.: Salbe....Ich denk', es gibt so verschiedene Therapieformenalso von Wärmebehandlung - Kneipp fällt mir ein mit seinen Wasserbehandlungen - , wahrscheinlich gibt's auch Elektro....Elektroschocks möchte ich jetzt nicht sagen....ja, Physiotherapie.

Elektrotherapie.... und sonst ?

P.: Ja, Elektrotherapie. Ja.... Ja, ich mein' wie nennt man das, so ein Gelenk.....?

Einrenken?

P.: Ne, ne, ne. Die mit dir üben.....

Krankengymnastik.

P.: Ja, Krankengymnastik.

6.7 Worauf kann ein Betroffener selber achten, damit die Krankheit nicht schlimmer wird?

P.: Also das Alte, da Andere noch....Da gibt es bestimmt noch eine Tablettentherapie. In unserer Medizin muss es immer Tabletten geben. Genau Medikamente. Wie war noch 'mal die Frage?

Was kann ein Kranker tun, damit die Krankheit für ihn nicht schlimmer wird?

P.: Jo,.....es muss ja für ihn eine Diagnose geben vom Arzt und auch ein paar Behandlungshinweise, was er vermeiden sollte und worauf er achten sollte. Ich denke 'mal, ja, dass es bestimmt Ernährungstips geben wird. Dann eben.....bestimmt auch, dass sie Tips geben oder Anweisungen, wie der Tag....was da eingenommen werden soll und wie die Bewegung, dass man seine Hände vielleicht übt, dass man Gelenke, seine Muskeln trainiert, dass es bestimmt einen Plan geben könnte.

Heißt das, dem ärztlichen Rat folgen?

P.: Für mich würde es bedeuten, ja, dass ich erstmals dem ärztlichen Rat folge. Ob es dann besser wird, ist eine andere Frage. aber ich würde das auf jeden Fall erst machen. Manchen.....wenn jemand wirklich schon sehr lange diese Krankheit hat, wird er selber merken, was gut ist und was nicht und vielleicht auch selber ausprobieren. So, als Neuling unter den Rheumakranken würde ich zuerst zum Arzt gehen und erstmals das Programm machen.

6.8 Was würdest du selbst tun, wenn du Rheuma hättest, damit es dir wieder besser geht?

P.: Was ich für mich selbst noch tun würde.....? Oh Gott....

Ist dir etwas eingefallen?

P.: Also wenn ich merke, dass der eine Arzt eben in der Sackgasse ist, würde ich halt gleich den nächsten aufsuchen oder vielleicht gleich am Anfang, je nach dem wie stark das

ist. Was es an Methode gibt...ja genau, ich würde ins Internet gehen und 'mal gucken, was es da gibt für Infos.

Da kannst du dich ausreichend....

P.: Ja, genau, damit man sich Unabhängigkeit schaffen kann und sich selbst einordnen, "Wo bin ich denn da jetzt?, ich selber." Unter all' den Rheumakranken und Rheumaformen, die es da gibt, welcher hab' ich jetzt oder welche könnte ich denn haben und wie sieht's da aus. Da gibt's ja auch solche Gesprächsforen. Da kann man 'mal gucken, Fragen stellen. Meine Verwandten....Ja ich würde erstmals ins Internet gehen.

Würdest du dich einmal umhören bei der Verwandtschaft?

P.: Doch, auch, auch. Wenn die hören, wenn ich dann sage, klar, dann kommt jeder mit seinen Erfahrungen, wenn er welche hat, oder Tips oder so.

Das heißt in erster Linie, sich ausreichend Information beschaffen?

P.: Ja.

7.5 Hast du eine Vorstellung, wie diese Krankheit verläuft?

P.: Ne, eigentlich nicht. Also wie,.....welche Stadien man da durchläuft...

Wie fängt sie eigentlich an, wie hört sie auf?

P.: Da hab' ich eigentlich überhaupt keine Vorstellung....Also wie sie anfängt...Ich denke 'mal, man hat Schmerzen. Man merkt plötzlich, "Huch bei der Bewegung.....Oder da ist irgendwas. Da ist 'was angeschwollen und entzündet und.....Ja, so stell' ich es mir eben vor.

Du hast da im Zusammenhang mit Migräne den Anfall angesprochen.....

P.: Ja, stimmt. Bei Migräne hab' ich so eher das Bild, dass es so eine Anfallskrankheit ist. Also der.....wenn man normalerweise gesund ist und dann plötzlich ein Migräneschub kommt und dabei ist mir eingefallen, "Ja bei Rheuma kann es eigentlich auch so sein".

Können?

P.: Ja, das es nicht so ein durchgehender Schmerz ist, sondern auch'mal besser, 'mal schlechter sein kann. Je nach Wetterfähigkeit, Belastung, psychischer Belastung, - wo ich Nein angekreuzt hab', aber okay - das spielt natürlich auch eine Rolle. Die Verbindung krieg' ich nicht so richtig hin.

Die Verbindung zwischen.....

P.:....zwischen psychischem Druck und verstecktem Rheuma. Ich denke, das Krankheitsbild muss dann schon da sein, dass es vielleicht dadurch dann auch noch beeinflusst wird....hm, ja, könnt ich mir schon vorstellen.

7.6 Kann Rheuma ganz geheilt werden?

P.: Uff, gute Frage....Ich denke schon. Ja.

Und wie?

P.:.....Ich denk' da eher an jüngere Menschen, die auch Rheuma kriegen können und wo die Ursachen eher eingegrenzt werden. Also, ich denke, wenn man die Ursache einigermaßen kennt bei einem Fall, dass man's dann doch wieder in den Griff....also weil der Körper vielleicht da noch eher Abwehrkräfte, als wenn jemand mit siebzig Jahren noch Rheuma bekommt.

Und was ist deine Vorstellung, mit welcher Art von Maßnahmen könnte man es vielleicht noch hinkriegen bei jungen Menschen?

P.: Weiß ich nicht. Spekulation. Wahrscheinlich schon medikamentöse Behandlung.

7.7 Meinst du, dass auch persönliche Faktoren oder Verhaltensweisen einen Einfluss auf den Verlauf von Rheuma haben könnten?

P.:.....Ich denke,.....wenn man's verdrängt.... Nicht's dagegen tut...(.....).

Was wäre da so die Folge, wenn man's verdrängt und nichts dagegen tut?

P.: Ja normalerweise wird's sich, denke ich, verschlimmern. Also die Krankheit wird nicht von alleine weggehen. Wenn man nicht danach sucht, woher es kommt....

Das heißt also im Umkehrschluss, dass, wenn man sich damit auseinandersetzt, dann könnte man es positiv behandeln?

P.: Könnte sein.

Ist das so dein Gedankengang...

P.: Aber ich bin auch skeptisch, bin auch skeptisch. Also natürlich...., ich denk', eine ganz natürliche Reaktion, wenn ich krank bin, ist, "Ich möchte gesund werden." Ich glaub' nicht, dass es viele Menschen gibt, die das verdrängen. Also auf Dauer kann ich mir das nicht vorstellen. Eine andere Sache ist natürlich, wie konsequent kann ich mich darauf einlassen, wie konsequent kann ich mich umstellen. Ich glaub', das fällt den meisten sehr schwer, sich im Leben umzustellen und wirklich das auch zu machen, was fördernd wäre. Gerade bei einem chronischen Verlauf, denke ich, gibt es so ein Gleichgewicht, dass sich der Kranke damit mehr oder weniger abgefunden hat mit diesem neuen Gleichgewicht. Er hat das jetzt so, aber so den absoluten Sieg, wie man ihn vielleicht mit der Zeit gar nicht mehr so richtig innerlich will (.....). Man hat sich jetzt so ein bisschen daran gewöhnt.

Sieg über was?

P.: Sieg über diese Krankheit. Es hat vielleicht auch damit zu tun, dass man weiß, dass es auch chronisch verlaufen kann und dann findet man sich vielleicht eher damit ab. Also es ist immer....ich denke, Gesundheit und Krankheit ist auch immer so ein Gleichgewicht im Leben. Es gibt auch viele Menschen, die haben Rückenschmerzen und finden sich mit diesem Gleichgewicht ja auch ab. Dann müsste man eigentlich sagen, "Na ja, jetzt möchte ich die Rückenschmerzen wirklich ganz loswerden und deshalb stelle ich mein Leben um. Ich kündige jetzt und verreise und lasse mich in Südamerika nieder, weil Trockenklima oder so irgendwas, ja? Aber das macht doch eigentlich keiner, sondern man will ja in seinem Lebensfeld, in seiner Umwelt, in dem Freundeskreis, in dem man lebt, will man ja auch weiter leben. Und wenn man merkt, dass es eben doch nicht ganz weggeht, dann wird man sich auch darauf einstellen.

Mit Gleichgewicht meinst du also auch zu lernen, ein Stück weit damit zu leben?

P.: Genau.

7.8 Glaubst du sogar, dass diese Faktoren bzw. Verhaltensweisen darüber entscheiden können, ob Rheuma geheilt wird oder nicht?

P.:Ich glaub', das wäre zu einfach. Ich denk', das ist.....Der Körper ist auch ein Stück Biologie, also ein Stück biologischen Ablauf, der bei der Geburt anfängt und seine Gesetzmäßigkeiten durchläuft und....wenn eine gewisse Veranlagung da ist, dann, denk' ich, ist es sehr schwierig für den Menschen, dass er die Krankheit wieder wegstößt. Ja, dass diese Krankheit ausgeheilt wird. Also ich glaube nicht - nochmals, ich glaube nicht, dass,..... wenn,... durch die richtige Verhaltensveränderung jede Krankheit besiegtbar ist. Das glaub' ich nicht. Dann wären alle Krankheiten, glaub' ich, schon mit einem festen Verhaltensprogramm ausgestattet, also die Therapien und dann würde das toll funktionieren.

Du glaubst also nicht, dass es immer funktioniert...

P.: Nein.

8.3 Von welchen Personen oder Medien hast du bisher Informationen über das Thema Rheuma bekommen?

P.: Mehr zufällig, Fernsehen, irgendwelche Sendungen überja über Krankheiten, Diskussionssendungen auch über Krankheiten....Wenn da zufällig das Thema Rheuma war, dann hat man 'was mitgekriegt. Zeitungen, Illustrierte....ja.

8.4 Wenn du mehr über diese Krankheit wissen willst, wo würdest du die Information suchen?

P.: Aus persönlichem Interesse, das hab' ich, glaub' ich schon geschildert,

Im Internet zum Beispiel würdest Du surfen...

P.: Ja, zum Beispiel. Freunde fragen. Also ich denk', dass ist von der persönlichen Motivation abhängig. Wenn ich einen Bericht darüber schreiben möchte, dann würde ich das alles viel schneller machen. Also okay, vom medizinischen Lexikon bis irgendwo halt eine Fachzeitschrift holen und so weiter...

9.1. Ist Rheuma deiner Meinung nach eine eigenständige Krankheit? Oder verstehst du unter diesem Begriff viele verschiedene Erkrankungen?

P.: Es ist,.....so viel ich weiß, gibt es eine Familie von rheumatischen Erkrankungen, aber ich denk' schon, dass es ein abgegrenzter Bereich ist. Also, dass es schon ein eigenes Krankheitsbild ist.

.....dass Rheuma also eine Krankheit ist...?

P.: ...eine Krankheit mit vielen Facetten.

Kannst Du ein paar Facetten nennen?

P.: Nö.

Nicht?

P.: Ne, ne, eigentlich nicht. Also ich kann mit Fachbegriffen nicht so gut.

Meinst Du mit Facetten Symptome, oder etwas anderes?

P.: Ja.

Das ist dann doch an und für sich eine Krankheit ist.

P.: Ja.