

VOLITIONALE PROZESSE BEI BERUFSBEDINGT HAUTERKRANKTEN

Eine qualitative Untersuchung zu Auswirkungen
der stationären Rehabilitation auf die volitionalen Prozesse
bei berufsbedingt Hauterkrankten

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophie

vorgelegt von
Maike Sieverding
aus
Osnabrück

2014

Danksagung

Dieses Promotionsvorhaben hat sich als ein Projekt herausgestellt, dass mich letztendlich doch länger beschäftigt hat, als ursprünglich angenommen. Dennoch kann ich sagen, dass ich diese Untersuchung wirklich mit Freude durchgeführt und zu Papier gebracht habe! Dass mir dies gelingen konnte, macht mich froh und vor allem dankbar all jenen Menschen gegenüber, die mich in diesem Zeitraum unterstützt haben!

Allen voran gilt mein herzlicher Dank Frau apl. Prof. Dr. Britta Wulfhorst für die Betreuung dieser Arbeit! Ihre immerwährende Gesprächsbereitschaft und konstruktiven Ratschläge waren stets hilfreich und zielführend! Ebenso gilt mein Dank Herrn apl. Prof. Dr. Swen Malte John für die Möglichkeit, die hier vorgestellte Studie im Rahmen des stationären Heilverfahrens an der Universität Osnabrück durchführen zu können, sowie die Bereitschaft, als Gutachter dieser Arbeit tätig zu sein.

Bei den damaligen Kollegen und Kolleginnen, die mich bei der Durchführung der Untersuchung unterstützt haben, möchte ich ebenfalls nicht versäumen mich zu bedanken. Hierzu zählen Harald Buck, Ulrike Wetzky, Dr. Antje Braumann, Anja Hübner und Annika Wilke.

Ein großer Dank geht an die Studienteilnehmer. Ihre Bereitschaft, mit mir mehrmals vertrauensvoll zu sprechen und ihre Erfahrungen mitzuteilen, hat mich nicht nur im Zusammenhang mit dieser Studie zu neuen Erkenntnissen geführt, sondern mich auch auf der zwischenmenschlichen Ebene viel Neues lernen lassen!

Ganz besonderer Dank geht an Dr. Anja Greiwe, die mir ein perfekter Coach auf den letzten Metern vor der Abgabe der Dissertation war. Ihre Diskussionsbereitschaft, Sorgfalt und die konstruktiven Hinweise bei der Auseinandersetzung mit meiner Arbeit haben mir sehr geholfen und mich diese mit einem guten Gefühl zum Abschluss bringen lassen.

Zu guter Letzt möchte ich meiner Familie danken! Meinen Eltern und Schwiegereltern danke ich für ihre Unterstützung, insbesondere bei der Kinderbetreuung, ohne die dieses Forschungsvorhaben sicherlich noch deutlich mehr Zeit in Anspruch genommen hätte. Von ganzem Herzen danke ich meinem Mann Dirk, der mich in jeder Hinsicht unterstützt und mir immer wieder zeitliche Freiräume geschaffen hat, damit ich diese Arbeit zu Ende führen konnte. Ebenso dankbar bin ich meinen Kindern Moritz, Leni und Mona, die das ein oder andere Mal auf mich verzichten mussten, aber mich auch immer wieder im richtigen Moment auf andere Gedanken gebracht haben! Diese Gedankenpausen haben mir oft neue Sichtweisen eröffnet und letztlich dieses Promotionsvorhaben vorangebracht und seinen Abschluss ermöglicht.

Maïke Sieverding
Osnabrück, im Mai 2014

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Danksagung..... | 3 |
| Abbildungsverzeichnis | 10 |
| Tabellenverzeichnis | 11 |
| Abkürzungsverzeichnis | 14 |
| Zusammenfassung | 17 |
| | |
| I Theoretischer Teil | 19 |
| 1 Einleitung | 19 |
| 1.1 Ziel der Arbeit | 20 |
| 1.2 Aufbau der Arbeit..... | 22 |
| 2 Beruflich bedingte Dermatosen..... | 25 |
| 2.1 Klassifikation..... | 26 |
| 2.1.1 Kumulativ-subtoxisches Kontaktekzem | 27 |
| 2.1.2 Das allergische Kontaktekzem | 27 |
| 2.1.3 Atopisches Ekzem | 27 |
| 2.2 Epidemiologie | 28 |
| 2.2.1 Sozioökonomische Auswirkungen von Berufsdermatosen | 29 |
| 2.2.2 Personelle Auswirkungen von Berufsdermatosen | 30 |
| 2.3 Hautschutzmaßnahmen..... | 31 |
| 2.3.1 Rechtliche Grundlagen zum Hautschutz | 32 |
| 2.3.2 Berufliche Hautmittel | 33 |
| 2.3.2.1 Maßnahmen des Hautschutzes..... | 34 |
| 2.3.2.2 Maßnahmen der Hautpflege..... | 35 |
| 2.3.2.3 Maßnahmen der Hautreinigung..... | 36 |
| 2.3.3 Risiken und Nebenwirkungen von beruflichen Hautmitteln | 38 |
| 2.4 Kapitelfazit und Ausblick auf Kapitel 3..... | 39 |
| 3 Die Rehabilitation von berufsbedingt Hauterkrankten..... | 42 |
| 3.1 Gesetzliche Grundlage und Indikationen für das stationäre Heilverfahren..... | 44 |
| 3.2 Das stationäre Heilverfahren nach dem Osnabrücker Modell | 46 |
| 4 Gesundheitspädagogik | 48 |
| 4.1 Patientenschulung im Kontext der Gesundheitspädagogik | 49 |
| 4.2 Definition Patientenschulung | 51 |
| 4.3 Ziele von Patientenschulung aus didaktischer und gesundheitspädagogischer Perspektive | 53 |
| 4.4 Synopse zur Gesundheitspädagogik und Patientenschulung in Verbindung zur Fragestellung | 59 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 5 | Analyse der forschungsrelevanten Bezugstheorie: Health-Action-Process-Approach (= HAPA) nach Schwarzer..... | 62 |
| 5.1 | Das HAPA-Modell als theoretischer Bezugsrahmen | 62 |
| 5.2 | Die motivationale Phase | 64 |
| 5.3 | Die volitionale Phase | 66 |
| 5.4 | Forschungsergebnisse zum HAPA-Modell | 69 |
| 5.4.1 | Forschungsergebnisse zur Planung | 70 |
| 5.4.2 | Forschungsergebnisse zur Selbstwirksamkeit in der volitionalen Phase | 73 |
| 5.4.3 | Forschungsergebnisse zur stadienspezifischen Gesundheitsförderung | 75 |
| 5.5 | Fazit: Das HAPA-Modell im Kontext von Patientenschulungen..... | 77 |
| 6 | Gesundheitspädagogische Maßnahmen im Rahmen des stationären Heilverfahrens..... | 82 |
| 6.1 | Das Hautschutzseminar..... | 82 |
| 6.1.1 | Modul 1: Eröffnung / Kennenlernen | 85 |
| 6.1.2 | Modul 2: Gesundheitsförderung / Die Haut | 85 |
| 6.1.3 | Modul 3: Berufliche Hauterkrankung / Hautschutz | 86 |
| 6.1.4 | Modul 4: Abschluss-Seminar | 87 |
| 6.1.5 | Die Handschuhsprechstunde | 88 |
| 6.1.6 | Die Broschüre <i>Hautschutz für mich</i> | 88 |
| 6.2 | Konsequenz für die Evaluation ausgewählter Aspekte der stationären Rehabilitation von Berufsdermatosen..... | 90 |
| II | Studie..... | 92 |
| 1 | Forschungsinteresse und theoretische Legitimation der Themenfelder | 92 |
| 1.1 | Themenfeld 1: Hautschutzverhalten im volitionalen Prozess | 94 |
| 1.2 | Themenfeld 2: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung | 95 |
| 1.3 | Methodische Überlegungen..... | 96 |
| 1.3.1 | Auswahl und Begründung des qualitativen Forschungsverfahrens | 98 |
| 1.3.2 | Auswahl und Begründung quantitativer Forschungsansätze | 100 |
| 1.3.3 | Forschungsdesign | 100 |
| 1.4 | Rekrutierung der Stichprobe..... | 101 |
| 1.5 | Darstellung der Interviewsituation..... | 103 |
| 1.6 | Darstellung der Datenaufbereitung..... | 106 |
| 1.6.1 | Aufbereitung der qualitativen Interviews | 106 |
| 1.6.2 | Aufbereitung der quantitativen Daten | 107 |
| 1.7 | Qualitative Datenauswertung: Thematisches Codieren nach HOPF et al. (1995) | 107 |
| 1.7.1 | Erster Schritt: Entwicklung der Auswertungskategorien | 108 |
| 1.7.2 | Zweiter Schritt: Codieren des Materials | 109 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 1.7.3 | Dritter Schritt: Erstellen von Fallübersichten | 109 |
| 1.7.4 | Vierter Schritt: Vertiefende Analyse von ausgewählten Fällen | 110 |
| III | Ergebnisteil | 111 |
| 1 | Beschreibung der Stichprobe | 111 |
| 1.1 | Soziodemographische Faktoren | 111 |
| 1.2 | Ermittelte Selbstwirksamkeitserwartung | 114 |
| 2 | Themenfeld 1: Hautschutzverhalten | 116 |
| 2.1 | Hautschutzverhalten zum Zeitpunkt t1 | 121 |
| 2.1.1 | Eincremeverhalten zum Zeitpunkt t1 | 123 |
| 2.1.2 | Einsatz von Schutzhandschuhen zum Zeitpunkt t1 | 126 |
| 2.1.3 | Hautreinigung zum Zeitpunkt t1 | 129 |
| 2.1.4 | Therapie / Umgang mit akuten Hautverschlechterungen | 132 |
| 2.1.5 | Beurteilung des Hautschutzverhaltens zum Zeitpunkt t1 aus Sicht der Interviewpartner | 136 |
| 2.2 | Intentionen zum Hautschutz zum Zeitpunkt t2..... | 140 |
| 2.2.1 | Intentionen zum Eincremeverhalten zum Zeitpunkt t2 | 142 |
| 2.2.2 | Intentionen zum Einsatz von Handschuhen | 149 |
| 2.2.3 | Intentionen zur Hautreinigung | 155 |
| 2.2.4 | Intentionen zur Therapie der Erkrankung | 159 |
| 2.2.5 | Quellen der Intentionen zum Hautschutzverhalten | 164 |
| 2.3 | Hautschutzverhalten zum Zeitpunkt t3 | 166 |
| 2.3.1 | Eincremeverhalten zum Zeitpunkt t3 | 167 |
| 2.3.2 | Intentionen zum Eincremeverhalten zum Zeitpunkt t3 und tatsächliches Eincremeverhalten | 170 |
| 2.3.3 | Therapieverhalten zum Zeitpunkt t3 | 171 |
| 2.3.4 | Intentionen zur Therapie zum Zeitpunkt t2 und tatsächliches Therapieverhalten zum Zeitpunkt t3 | 177 |
| 2.3.5 | Einsatz von Schutzhandschuhen zum Zeitpunkt t3 | 179 |
| 2.3.6 | Intentionen zum Handschuheinsatz zum Zeitpunkt t2 und tatsächlicher Handschuheinsatz zum Zeitpunkt t3 | 183 |
| 2.3.7 | Hautreinigungsverhalten zum Zeitpunkt t3 | 186 |
| 2.3.8 | Intentionen zum Hautreinigungsverhalten zum Zeitpunkt t2 und tatsächliches Hautreinigungsverhalten zum Zeitpunkt t3 | 187 |
| 2.4 | Hautschutzverhalten zum Zeitpunkt t4 | 190 |
| 2.4.1 | Eincremeverhalten zum Zeitpunkt t4 | 190 |
| 2.4.2 | Intentionen zum Eincremen zum Zeitpunkt t2 und tatsächliches Eincremeverhalten zum Zeitpunkt t4 | 193 |
| 2.4.3 | Therapieverhalten zum Zeitpunkt t4 | 197 |
| 2.4.4 | Intentionen zur Therapie zum Zeitpunkt t2 und tatsächliches Therapieverhalten zum Zeitpunkt t4 | 200 |
| 2.4.5 | Einsatz von Schutzhandschuhen zum Zeitpunkt t4 | 202 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 2.4.6 | Intentionen zum Handschuheinsatz zum Zeitpunkt t2 und tatsächlicher Handschuheinsatz zum Zeitpunkt t4 | 207 |
| 2.4.7 | Hautreinigungsverhalten zum Zeitpunkt t4 | 211 |
| 2.4.8 | Intentionen zur Hautreinigung zum Zeitpunkt t2 und tatsächliches Hautreinigungsverhalten zum Zeitpunkt t4 | 217 |
| 2.4.9 | Beurteilung des Hautschutzverhaltens zum Zeitpunkt t4 aus Sicht der Interviewpartner | 220 |
| 2.4.10 | Selbsteinschätzung des Hautschutzverhaltens zum Zeitpunkt t1 im Vergleich zur Selbsteinschätzung des Hautschutzverhaltens zum Zeitpunkt t4 | 223 |
| 3 | Barrieren im Hautschutzverhalten | 226 |
| 3.1 | Identifizierte Hindernisse und Barrieren zum Zeitpunkt t1 | 231 |
| 3.2 | Antizipierte Hindernisse und Barrieren zum Zeitpunkt t2 | 235 |
| 3.3 | Identifizierte Hindernisse und Barrieren zum Zeitpunkt t3 | 238 |
| 3.4 | Identifizierte Hindernisse und Barrieren zum Zeitpunkt t4 | 241 |
| 4 | Umsetzungsstrategien zum Hautschutzverhalten | 247 |
| 4.1 | Umsetzungsstrategien zum Zeitpunkt t2 | 251 |
| 4.2 | Umsetzungsstrategien zum Zeitpunkt t3 | 257 |
| 4.3 | Umsetzungsstrategien zum Zeitpunkt t4 | 262 |
| 5 | Themenfeld 2: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung | 267 |
| 5.1 | Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und Einstellung zu Hautschutzbarrieren | 268 |
| 5.2 | Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und Einstellung zu Haut und Hautschutzverhalten | 272 |
| 5.2.1 | Empfindungen zur Hauterkrankung t1/t4 | 275 |
| 5.2.2 | Empfindungen zum Hautschutz t1/t4 | 280 |
| 5.2.3 | Selbstwirksamkeit und Einstellung zur Hauterkrankung | 285 |
| IV | Diskussion | 297 |
| 1 | Zusammenfassung und Diskussion | 298 |
| 1.1 | Selbstwirksamkeitserwartung | 298 |
| 1.2 | Eincremeverhalten | 299 |
| 1.3 | Therapieverhalten | 301 |
| 1.4 | Schutzhandschuhe | 303 |
| 1.5 | Hautreinigung | 305 |
| 1.6 | Intentionen | 307 |
| 1.7 | Quellen der Information und Motivation zum Hautschutz | 309 |
| 1.8 | Pre-/Postvergleich der Selbsteinschätzung im Hautschutzverhalten | 309 |
| 1.9 | Barrieren und Hindernisse | 311 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 1.10 | Umsetzungsstrategien | 313 |
| 2 | Rückführung zu den Forschungsfragen | 315 |
| 2.1 | Themenfeld 1: Hautschutzverhalten | 315 |
| 2.1.1 | Wie wirkt sich das stationäre Heilverfahren auf das Hautschutzverhalten aus? | 315 |
| 2.1.2 | Welche Hindernisse und Barrieren werden von den Patienten im Verlauf der Untersuchung identifiziert? | 317 |
| 2.1.3 | Welche Umsetzungsstrategien werden von den Betroffenen angewendet, um das Hautschutzverhalten umzusetzen? | 318 |
| 2.2 | Themenfeld 2: Selbstwirksamkeitserwartung | 319 |
| 2.2.1 | Wie wirkt sich die vorhandene allgemeine Selbstwirksamkeit auf den Umgang mit Barrieren und Hindernissen bei den interviewten Patienten aus? | 319 |
| 2.2.2 | Wie wirkt sich die vorhandene allgemeine Selbstwirksamkeit auf die Einstellung der Patienten zu ihrer Haut bzw. Hautschutz aus? | 322 |
| 3 | Kritische Anmerkung zur Studie | 325 |
| 4 | Fazit und Ausblick | 327 |
| V | Literaturverzeichnis | 331 |
| VI | Anhang | 341 |
| VII | Eidesstattliche Erklärung | 368 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Abbildung 1: Präventionsstrategien und -interventionen bei Berufsdermatosen | 44 |
| Abbildung 2: Gesundheitspädagogik als Theorie von der Gesundheitserziehung..... | 50 |
| Abbildung 3: Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns | 63 |
| Abbildung 4: Übersicht Schulungsmodule im stationären Heilverfahren | 84 |
| Abbildung 5: Forschungsfrage und präzisierende Themenfelder | 94 |
| Abbildung 6: Übersicht Interviewtermine..... | 103 |
| Abbildung 7: Transkriptionsregeln..... | 106 |
| Abbildung 8: Themenfeld Hautschutz Forschungsfrage 1a | 116 |
| Abbildung 9: Kategorien und Ausprägung zum Hautschutz zum Zeitpunkt t1 | 117 |
| Abbildung 10: Kategorien und Ausprägungen zum Hautschutzverhalten zum Zeitpunkt t2..... | 141 |
| Abbildung 11: Themenfeld Hautschutz /Forschungsfrage 1b..... | 226 |
| Abbildung 12: Themenfeld Hautschutz; Forschungsfrage 1c..... | 247 |
| Abbildung 13: Themenfeld Selbstwirksamkeit; Forschungsfrage 2a..... | 268 |
| Abbildung 14: Themenfeld Selbstwirksamkeit / Forschungsfrage 2b..... | 273 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Tabelle 1: Interventionsinhalte und Prädiktoren, abgestimmt auf die Stadien der Gesundheitsverhaltensänderung | 77 |
| Tabelle 2: Überblick zeitlicher Ablauf der Untersuchung | 101 |
| Tabelle 3: Chronologische Übersicht Instrumente und Interviewthemen..... | 104 |
| Tabelle 4: Übersicht zum entwickelten Codierleitfaden | 108 |
| Tabelle 5: Alter zum Interviewzeitpunkt | 111 |
| Tabelle 6: Schulbildung..... | 112 |
| Tabelle 7: Berufsgruppen und Teilnahme an ambulanter Hautschutzschulung..... | 113 |
| Tabelle 8: Anzahl der Interviews t1-t4..... | 113 |
| Tabelle 9: Übersicht SWE-Werte der Interviewpartner | 115 |
| Tabelle 10: Übersicht Ausprägung Hautschutzverhalten..... | 120 |
| Tabelle 11: Hautschutzverhalten zum Zeitpunkt t1 | 122 |
| Tabelle 12: Antwortkategorien Therapieverhalten zum Zeitpunkt t1..... | 134 |
| Tabelle 13: Selbsteinschätzung des Hautschutzverhaltens zum Zeitpunkt t1 | 137 |
| Tabelle 14: Überblick Kategorie Eincremen zum Zeitpunkt t1 und t2 | 142 |
| Tabelle 15: Intentionen zum Eincremen zum Zeitpunkt t2..... | 143 |
| Tabelle 16: Überblick Kategorie Handschuhe Zeitpunkt t1 und t2..... | 150 |
| Tabelle 17: Intentionen zum Handschuheinsatz zum Zeitpunkt t2 | 150 |
| Tabelle 18: Übersicht Kategorie Hautreinigung Zeitpunkt t1/t2 | 156 |
| Tabelle 19: Intention zur Hautreinigung zum Zeitpunkt t2 | 157 |

| | |
|---|-----|
| Tabelle 20: Antwortkategorien Intentionen zur Therapie | 160 |
| Tabelle 21: Quellen der Hautschutzintentionen | 164 |
| Tabelle 22: Antwortkategorien im Bereich Eincremen zum Zeitpunkt t3 | 168 |
| Tabelle 23: Übersicht Intentionen zum Eincremen zum Zeitpunkt t2 – Eincremeverhalten zum Zeitpunkt t3..... | 171 |
| Tabelle 24: Antwortkategorien Therapieverhalten zum Zeitpunkt t3..... | 172 |
| Tabelle 25: Übersicht Therapieverhalten Intentionen t2 und tatsächliches Verhalten t3..... | 177 |
| Tabelle 26: Einsatz von Schutzhandschuhen zum Zeitpunkt t3 | 179 |
| Tabelle 27: Übersicht Intentionen zu Handschuhen t2 und tatsächlicher Handschuheinsatz t3..... | 183 |
| Tabelle 28: Übersicht Intentionen zu Hautreinigung t2 und tatsächliches Hautreinigungsverhalten t3 | 187 |
| Tabelle 29: Antwortkategorien im Bereich Eincremen zum Zeitpunkt t4 | 191 |
| Tabelle 30: Intentionen zum Eincremen t2 und deren Umsetzung zu t3 und t4 | 195 |
| Tabelle 31: Antwortkategorien im Bereich Therapie zum Zeitpunkt t4 | 197 |
| Tabelle 32: Intentionen zu Zeitpunkt zur Therapie zum Zeitpunkt t2 und tatsächliches Therapieverhalten zum Zeitpunkt t4..... | 201 |
| Tabelle 33: Einsatz von Schutzhandschuhen zum Zeitpunkt t4 | 202 |
| Tabelle 34: Intentionen zum Handschuheinsatz und deren Umsetzung zum Zeitpunkt t3 und t4..... | 207 |
| Tabelle 35: Antwortkategorien im Bereich Hautreinigung zum Zeitpunkt t4 | 212 |

| | |
|---|-----|
| Tabelle 36: Intentionen zur Hautreinigung und deren Umsetzung zum Zeitpunkt t3 und t4..... | 219 |
| Tabelle 37: Selbsteinschätzung des eigenen Hautschutzverhaltens zum Zeitpunkt t4..... | 220 |
| Tabelle 38: Übersicht Selbsteinschätzung des Hautschutzverhaltens zum Zeitpunkt t1 und t4..... | 223 |
| Tabelle 39: Ermittelte Barrieren | 227 |
| Tabelle 40: Übersicht empfundene Hautschutzbarrieren t1-t4 | 228 |
| Tabelle 41: Übersicht Umsetzungsstrategien t2-t4 | 248 |
| Tabelle 42: Überblick Selbstwirksamkeit und Einstellung zu Hautschutzbarrieren..... | 269 |
| Tabelle 43: Selbstwirksamkeit und Einstellung zur Erkrankung und Hautschutz t1/t4 | 274 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------|--|
| ABD | Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie |
| AMWF | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften |
| BGW | Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege |
| BK | Berufskrankheit |
| BKV | Berufskrankheiten-Verordnung |
| EU | Europäische Union |
| EWG | Europäische Wirtschaftsgemeinschaft |
| HAPA | Health-Action-Process-Approach |
| DLQI | Dermatology Life Quality Index |
| et al. | et alii |
| LIOD | Life Quality Index Occupational Dermatoses |
| Mrd. | Milliarden |
| PAPM | Precaution Adoption Process Model |
| PSA | Persönliche Schutzausrüstung |
| ROQ | Medizinische-Berufliches Rehabilitationsverfahren Haut – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SIP | sekundäre Individualprävention |
| SWE | Selbstwirksamkeitserwartungen |

| | |
|-------|-------------------------------------|
| THOR | The Health and Occupation Research |
| TIP | Tertiäre Individualprävention |
| TRGS | Technische Regel für Gefahrenstoffe |
| TTM | Transtheoretisches Modell |
| USA | United States of America |
| u. U. | unter Umständen |
| UV | Unfallversicherung |
| WHO | World Health Organization |
| z. B. | zum Beispiel |

ZUSAMMENFASSUNG

Volitionale Prozesse bei Patienten mit berufsbedingten Hauterkrankungen

Eine qualitative Untersuchung zu Auswirkungen der stationären Rehabilitation auf die volitionalen Prozesse

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit von Berufsdermatosen Betroffenen, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung in ein stationäres Heilverfahren überwiesen wurden. Aus gesundheitspädagogischer Forschungsperspektive wird beleuchtet, wie diese Betroffenen ihre Hauterkrankung erleben und wie sich dieses Erleben in der gesundheitspädagogischen Dimension „Verhalten“ bei den Betroffenen darstellt. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, Erkenntnisse zu gewinnen, die eine Weiterentwicklung und Verbesserung des stationären Heilverfahrens aus gesundheitspädagogischer Perspektive ermöglichen, so dass die Betroffenen in ihrem Prozess der Verhaltensänderung in Bezug auf Hautschutz weiter unterstützt werden können.

Den theoretischen Bezugsrahmen für diese Untersuchung liefert das HAPA-Modell nach Schwarzer (2004). Auf der Grundlage dieses Modells werden individuelle Einsichten in den Prozess der Verhaltensänderung gewonnen. Untersuchungen zum HAPA-Modell liefern Hinweise, dass die Konstrukte „Planungsverhalten“ und „Selbstwirksamkeit“ einen entscheidenden prädiktiven Einfluss auf die volitionale Phase haben. Dieses Erkenntnis wurde im Rahmen dieser Studie aufgegriffen und aus qualitativer Perspektive beleuchtet.

Die Stichprobe dieser Untersuchung (N = 14) wurde auf der Basis des ermittelten Wertes in der Skala der *Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung* (Schwarzer/Jerusalem 1999) rekrutiert. Es wurden drei Interviewpartner mit niedrigem Wert, zehn Interviewpartner mit mittlerem Wert und ein Interviewpartner mit hohem Wert in der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung in die Studie aufgenommen. Um den volitionalen Prozess der Interviewpartner in Bezug auf Hautschutz möglichst ganzheitlich zu erfassen, wurde die Studie als Längsschnittstudie über einen Zeitraum von zehn Wochen mit vier Interviewzeitpunkten durchgeführt. Die Interviewanalyse erfolgte auf der Basis des Thematischen Codierens nach Hopf et. al. (1995).

Im Rahmen dieser Studie wurde festgestellt, dass die prädiktive Aussagekraft der Konstrukte *Selbstwirksamkeit* und *Planung* nicht für jeden Interviewpartner bestätigt werden konnte. Für die Umsetzung der Hautschutzempfehlungen waren vielmehr die gesund-

heitspädagogischen Interventionen (4-moduliges Hautschutzseminar und Einzelberatung zur richtigen Handschuhauswahl) im Rahmen des stationären Heilverfahrens zentral. Auf Basis dieser pädagogischen Maßnahmen legten die Interviewpartner entsprechende Intentionen zum Hautschutz und zur Therapie fest und setzten diese innerhalb des 10-wöchigen Untersuchungszeitraumes überwiegend um. Darüber hinaus zeigt die vorliegende Untersuchung deutlich, dass eine erfolgreiche Verhaltensänderung weniger von einzelnen Parametern (Selbstwirksamkeitserwartung, Planungsverhalten) abhängt, sondern vielmehr mehrere Parameter, wie Ressourcen (soziale Unterstützung, Planungsverhalten) oder Barrieren (Zeitdruck/Stress), ausschlaggebend für Erfolg oder Nichterfolg sein können. Diese Erkenntnisse liefern erste Hinweise, die zu einer Verbesserung des stationären Heilverfahrens beitragen können.

I Theoretischer Teil

1 Einleitung

Berufsdermatosen stehen seit Jahren an der Spitze der Statistik zu Verdachtsanzeigen auf Berufskrankheit, wobei zusätzlich von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden muss. Obwohl es sich nicht um lebensbedrohliche Erkrankungen handelt, sind Berufsdermatosen sowohl aus sozioökonomischer als auch unter dem Aspekt der Lebensqualität der Betroffenen durchaus mit anderen schweren chronischen Erkrankungen vergleichbar (Skudlik/John 2011, Diepgen 2008, Wiedl 2009).

Zur Verbesserung der Versorgung berufsdermatologisch Erkrankter wurde seitens des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers ein mehrstufiger Interventionsansatz implementiert, mit dem Ziel, Präventionsangebote für alle Schweregrade berufsbedingter Hauterkrankungen anbieten zu können. Auf diese Weise besteht für Betroffene, deren beruflich bedingte Dermato­se trotz ambulanter Therapie einen chronischen, chronisch-rezidivierenden oder persistierenden Verlauf zeigt, die Möglichkeit einer stationären Behandlung, die im Rahmen des Stufenverfahrens Haut als *stationäres Heilverfahren* bzw. als stationäre *tertiäre Individualprävention (=TIP)* bezeichnet wird (Skudlik/John 2006, Diepgen 2008), deren Wirksamkeit in zahlreichen Studien bestätigt werden konnte (vgl. Weisshaar et al. 2012, Mertin 2009, Skudlik et al. 2009, Matteredne et al. 2009, Wulfhorst et al. 2006).

Im Rahmen dieser tertiären individual-präventiven Maßnahmen spielen neben einer optimierten medizinischen Betreuung auch gesundheitspädagogische Interventionen eine zentrale Rolle (Skudlik et al. 2009, Wulfhorst 2006). Bei diesen gesundheitspädagogischen Interventionen handelt es sich um Schulungs- und Beratungsprogramme, die zur Steigerung der Motivation aber auch der Wissens-, Einstellungs- und Verhaltensmodifikation hinsichtlich Hautschutz unter Berücksichtigung der persönlichen Bedürfnisse beitragen sollen. Für von schweren Berufsdermatosen Betroffene sind diese Inhalte noch einmal von besonderer Wichtigkeit, da davon auszugehen ist, dass in diesen Fällen eine langfristige, unter Umständen auch lebenslängliche Auseinandersetzung mit Therapie- und Hautschutzmaßnahmen erfolgen muss, denn dieser individuell angepasste Einsatz von Hautschutzmaßnahmen stellt eine wichtige Säule in der Prävention und Rehabilitation

von beruflich bedingten Hauterkrankungen dar (Skudlik 2009, Wulfhorst et al. 2006, Wigger-Alberti 2006).

Die Umsetzung der Hautschutzmaßnahmen und die damit einhergehende notwendige Verhaltensänderung ist keine Veränderung, die sich bei den Betroffenen von heute auf morgen erreichen lässt, sondern ist ein Prozess, der sich – je nach zu Grunde gelegter Modellvorstellung – in verschiedene Phasen unterteilen lässt. Im Rahmen des hier zu Grunde gelegten Modells, dem Health-Action-Process-Approach (= HAPA) nach Schwarzer (1992, 2004), lassen sich die Phase der *Motivation*, in der es um die Intentionsbildung geht, und die Phase der *Volition*, welche durch die Planung und Umsetzung des gesundheitsbezogenen Verhaltens gekennzeichnet ist, unterscheiden. Für die Etablierung des Hautschutzverhaltens in eine routinemäßige Anwendung ist der erfolgreiche Ablauf der volitionalen Phase von großer Bedeutung. Denn die konsequente Umsetzung von individuell abgestimmten Hautschutzmaßnahmen ist wichtig für einen nachhaltigen Therapieerfolg und damit verbunden verbesserten Hautzustand (Fartasch et al. 2008, Wigger-Alberti 2006, Weisshaar 2012).

1.1 Ziel der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, auf Grundlage des HAPA-Modells (Schwarzer 2004) Erkenntnisse zu gewinnen, welche es ermöglichen, den Prozess der Krankheitsbewältigung vor allem im Bereich der volitionalen Phase bei von schweren Berufsdermatosen Betroffenen zu unterstützen. Der Schwerpunkt des Forschungsinteresses liegt daher auf dem Erleben des Hautschutzverhaltens bzw. der Verhaltensänderung in diesem Bereich. Dabei wird eine gesundheitspädagogische Forschungsperspektive gewählt. Nach Wulfhorst (2002) sind die zentralen Dimensionen gesundheitspädagogischer Interventionen „Wissen“, „Verhalten“ und „Einstellung“. Bisher wurde lediglich die Dimension „Wissen“ (Mertin 2009) untersucht, „Verhalten“ und „Einstellung“ standen in den bisher durchgeführten Untersuchungen zur Wirksamkeit gesundheitspädagogischer Maßnahmen im Rahmen von berufsbedingten Hauterkrankungen (Wilke 2012, Skudlik et al. 2008a, Wulfhorst 2001, Klippel 2004, Schlesinger 2005) nicht im Fokus des Forschungsinteresses und sind durch die dort besprochenen Outcome-Parameter „Hautzustand“ und „Berufsverbleib“ auch kaum abzubilden. Diese Forschungslücke will diese Untersuchung schließen.

Im Fokus des Interesses stehen beruflich bedingt Hauterkrankte, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung in ein stationäres Heilverfahren überwiesen worden sind. Das über-

greifende Forschungsinteresse geht der Frage nach, wie diese Betroffenen die Erkrankung erleben und wie sich dieses Erleben in der gesundheitspädagogischen Dimension „Verhalten“ bei den Betroffenen darstellt (Wulfhorst 2002). Dabei bezieht sich die Dimension „Verhalten“ auf das *Hautschutzverhalten* der Betroffenen.

Das „(Hautschutz-)verhalten“ ist ebenfalls eine zentrale Dimension, die im Rahmen des HAPA-Modells (Schwarzer 2004) intensiv betrachtet wird, wobei die Dimension „Verhalten“ der Volition und hier der aktionalen Phase zuzuordnen ist (vgl. Schwarzer 2004, S. 91 ff.). Die Annahmen aus dem HAPA-Modell wurden bereits in zahlreichen Untersuchungen empirisch belegt, allerdings konnte keine Untersuchung ermittelt werden, die sich dem Modell aus qualitativer Perspektive nähert. Hier setzt ein weiteres Forschungsinteresse dieser Arbeit an. Ziel dieser Untersuchung ist es, die Vorstellungen des HAPA-Modells am individuellen Einzelfall zu überprüfen. Als besonders relevant für die aktionale Phase gelten die Konstrukte und Prädiktoren „Selbstwirksamkeit“ und „Planungsverhalten“. Diese sollen im Rahmen dieser Untersuchung aufgegriffen und im Einzelfall genauer analysiert werden.

Um das Planungsverhalten und den Prozess der Verhaltensänderung in der volitionalen Phase bei dem untersuchten Kollektiv zusätzlich zu unterstützen, wurde von der Autorin eine Patientenbroschüre entwickelt, die für den Zeitraum der Untersuchung jedem Patienten des stationären Heilverfahrens ausgehändigt wurde (siehe 6.1.6. und Anhang). Im Rahmen dieser Untersuchung soll überprüft werden, ob eine solche Broschüre von dem untersuchten Kollektiv freiwillig genutzt wird und ob die Arbeit mit dieser Broschüre von dem interviewten Kollektiv als hilfreich für den Prozess der Verhaltensänderung erlebt wird.

Ziel dieses Vorgehens insgesamt ist es, Erkenntnisse zu gewinnen, die eine Weiterentwicklung und Verbesserung der stationären Maßnahme ermöglichen und gleichzeitig zu einem vertieften Verständnis über das HAPA-Modell beitragen.

Damit die Erkenntnisse auf Basis des Erlebens der Betroffenen generiert werden können, werden qualitative Forschungsmethoden eingesetzt, in die quantitative Messverfahren integriert wurden. Die Untersuchung ist als Längsschnittstudie konzipiert, so dass insgesamt vier Einzelinterviews zu vier jeweils relevanten Zeitpunkten der tertiären Individualprävention mit den 14 Studienteilnehmern durchgeführt wurden (siehe hierzu Kapitel 1.3.3). Dieses Vorgehen, mittels einer qualitativen Untersuchung den Prozess der Entwicklung von Einstellung, Planung und Verhalten im Bereich des Hautschutzes über vier

Interviewzeitpunkte darzustellen, wurde bis dato in keiner anderen Studie zum Hautschutz durchgeführt und stellt ein Novum im Studiendesign von Untersuchungen zum Hautschutz bei Berufsdermatosen dar. Für die hier untersuchten Fragestellungen ist dieses aufwendige Studiendesign sinnvoll, da auf diese Weise sichergestellt wird, dass der Prozess der Verhaltensänderung möglichst individuell und umfassend abgebildet wird und so möglichst viele neue Erkenntnisse über das Erleben des Prozesses der Verhaltensänderung generiert werden können.

1.2 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist in vier Teile gegliedert. Sie beginnt mit dem theoretischen Teil I, welcher sich in insgesamt sechs Kapitel gliedert. Das erste Kapitel des theoretischen Teil I beinhaltet die Einleitung in die Problemstellung sowie in zwei Unterkapiteln die Zielsetzung und den Aufbau der Arbeit.

In den folgenden Kapiteln 2 bis 6 werden die relevanten theoretischen Grundlagen erörtert.

Im Kapitel 2 werden beruflich bedingte Dermatosen erläutert. Die für diese Untersuchung relevanten Erkrankungsformen werden klassifiziert dargestellt und aus epidemiologischer Sicht erörtert. Abschließend werden die Möglichkeiten des Hautschutzes bei berufsbedingten Hauterkrankungen vorgestellt. Dabei wird zunächst auf die rechtliche Grundlage für Hautschutz eingegangen, um schließlich die beruflichen Hautmittel genauer darzustellen. Das folgende Kapitel 3 beschäftigt sich mit der Rehabilitation berufsbedingter Hauterkrankungen. Die rechtlichen Grundlagen für die Rehabilitation berufsbedingter Hauterkrankungen werden dargelegt. Darauf aufbauend wird das für diese Studie maßgebliche stationäre Heilverfahren nach dem Osnabrücker Modell vorgestellt. Im vierten Kapitel wird die für diese Arbeit perspektivleitende Wissenschaftsdisziplin der Gesundheitspädagogik erläutert. Hierauf aufbauend wird aus der Perspektive der Gesundheitspädagogik der Bereich der Patientenschulung vorgestellt und definiert. Schließlich werden die Ziele von Patientenschulungen aus didaktischer und gesundheitspädagogischer Perspektive beleuchtet. Im letzten Unterkapitel wird noch einmal zusammenfassend dargestellt, wie Patientenschulungen und Gesundheitspädagogik miteinander verknüpft sind und wie diese mit der Fragestellung dieser Untersuchung verbunden sind. Im fünften Kapitel wird das für diese Untersuchung handlungsleitende Modell des Health-Action-Process-Approach (= HAPA) (Schwarzer 2004) vorgestellt. Die einzelnen Konstrukte des Modells werden

skizziert und Forschungsergebnisse zum HAPA dargelegt und analysiert. Im Fazit werden die Ergebnisse noch einmal zusammengefasst und analysiert, welche Konsequenz diese Erkenntnisse für gesundheitspädagogisch ausgerichteter Patientenschulungen haben. Das sechste Kapitel bildet den Abschluss des theoretischen Teil I. Es wird die gesundheitspädagogische Maßnahme im Rahmen des stationären Heilverfahrens skizziert, welche sich aus den vier Modulen des Hautschutzseminars und der Handschuhsprechstunden zusammensetzt. Diese werden jeweils in einem Unterkapitel vorgestellt, an welche sich als weiteres Unterkapitel die Darstellungen zur Entwicklung, zum Aufbau und zur Zielsetzung der Broschüre *Hautschutz für mich* (siehe Anhang) anschließt. Das letzte Unterkapitel leitet aus den Darstellungen zu den gesundheitspädagogischen Maßnahmen im Rahmen des stationären Heilverfahrens Konsequenzen für die Evaluation ausgewählter Aspekte des stationären Heilverfahrens ab.

Es folgt Teil II der Arbeit, in dem die hier vorliegende Studie erläutert wird. Das erste Kapitel in Teil II stellt das Forschungsinteresse dieser Studie vor und leitet in zwei Unterkapiteln in die beiden Themenfelder *Hautschutzverhalten im volitionalen Prozess* und *allgemeine Selbstwirksamkeit* mit den jeweiligen Forschungsfragen ein. Hieran schließen sich methodische Überlegungen an, in denen die Auswahl der qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden dargelegt und jeweils begründet wird. Im vierten und fünften Unterkapitel werden die Rekrutierung der Stichprobe und die Interviewsituation dargestellt. Die folgenden beiden Kapitel erläutern die angewendeten Techniken für die Aufbereitung der qualitativen und quantitativen Daten. Im letzten Kapitel in Teil II wird auf die hier angewendete qualitative Datenauswertung nach Hopf et al. (1995) eingegangen. Dieser vierstufige qualitative Auswertungsprozess, der mit der Entwicklung von Auswertungskategorien beginnt und sich über das Codieren des Materials, Erstellen von Fallübersichten und die vertiefende Analyse ausgewählter Fälle erstreckt, wird skizziert.

Teil III der Arbeit bildet die Darstellung der Ergebnisse. Er beginnt mit der Darstellung der soziodemographischen Faktoren der Stichprobe. Im weiteren Verlauf erfolgt die Ergebnisdarstellung entlang der beiden definierten Themenfelder und den jeweils untergeordneten Forschungsfragen.

Teil IV der Arbeit beinhaltet die Diskussion. Hier erfolgt zunächst eine Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zu den induktiv ermittelten Auswertungskategorien. Hieran schließt sich die Beantwortung der fünf untergeordneten Forschungsfragen der beiden Themenfelder an, die durch den Rückgriff auf die Ergebnisse aus den Interviewanalysen

erfolgt. Es werden entsprechende Handlungsempfehlungen abgeleitet. Zudem erfolgt eine kritische Reflexion der Studie. Im Fazit werden die Ergebnisse noch einmal zusammengefasst und die – den beiden Themenfeldern übergeordnete – Forschungsfrage beantwortet. Auf Basis dieser Erkenntnisse werden Handlungsempfehlungen für die gesundheitspädagogischen Interventionen im Rahmen des stationären Heilverfahrens abgeleitet und ein Ausblick auf weiteren Forschungsbedarf gegeben. Zusätzlich werden die Ergebnisse der hier vorliegenden Studie den Modellvorstellungen des HAPA gegenübergestellt und diskutiert sowie ein Ausblick gegeben.

Teil V der hier vorliegenden Arbeit bildet das Verzeichnis der in dieser Arbeit verwendeten Literatur. Teil VI beinhaltet den Anhang.

2 Beruflich bedingte Dermatosen

Unter Berufsdermatosen oder berufsbedingten Hauterkrankungen werden im Allgemeinen solche Hautveränderungen verstanden, die auf berufliche Einflüsse zurückgehen oder durch berufliche Tätigkeiten verursacht werden (Skudlik 2007). In über 90 % der Fälle manifestieren sich diese beruflich bedingten Hautveränderungen an den Händen (Diepgen 2008). Juristisch sind berufsbedingte Hauterkrankungen von der „Berufskrankheit Haut“ zu unterscheiden. Für eine Anerkennung von Hauterkrankungen als Berufskrankheit Nr. 5101 (BK 5101) im Sinne der Berufskrankheiten-Verordnung muss eine „schwere oder wiederholt rückfällige Hautkrankheit“ vorliegen, „die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen hat, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.“ (Berufskrankheiten-Verordnung 1997).

Besteht der Verdacht einer Berufsdermatose, so ist nach § 3 der Berufskrankheiten-Verordnung der gesetzliche Unfallversicherungsträger dazu verpflichtet, „mit allen geeigneten Mitteln“ der konkreten Gefahr der Entstehung einer Berufskrankheit durch entsprechende Kostenübernahme für Therapie- sowie Hautschutz- und Hautpflegemaßnahmen vorzubeugen.

Der Schweregrad von Berufsdermatosen kann von sehr leichten Ausprägungen bis zu schweren chronischen Fällen reichen. Insbesondere die chronischen Verläufe gehen für die Betroffenen, auch wenn sie keine Lebensbedrohung darstellen, doch mit weitreichenden Konsequenzen und Umstellungen für das berufliche und private Leben einher. In diesen Fällen sind langfristige Behandlungszeiten vonnöten; Verhaltensumstellungen durch erforderliche Hautschutzmaßnahmen oder Veränderung von Arbeitsabläufen, innerbetriebliche Umsetzungen an weniger hautbelastende Arbeitsplätze sowie die Gefahr des Arbeitsplatzverlustes durch lange Arbeitsunfähigkeitszeiten sind Faktoren, die sich zum Teil erheblich auf die Lebensqualität der Betroffenen niederschlagen (Breuer/Knapp 2006, Wiedl 2009). Zum besseren Verständnis dieser Auswirkungen sollen die drei häufigsten beruflich verursachten Dermatosen sowohl aus klinischer als auch epidemiologischer Perspektive in den folgenden Abschnitten näher betrachtet werden.

2.1 Klassifikation

Berufsdermatosen äußern sich in über 95 % der Fälle in Form eines Ekzems, das an den Händen lokalisiert ist (Altmeyer 2005, Diepgen 2008, Skudlik/John 2011). Die Ursachen sind häufig in irritativen oder allergischen Hautreaktionen auf exogene Irritantien, Allergene und Noxen zu suchen. Häufig handelt es sich auch um Mischformen, bei denen eine atopische Komponente als endogener (Teil-)Auslöser des Ekzems eine Rolle spielt. Andere, seltenere Berufsdermatosen sind Berufsakne, Dermatomykosen und Dermatozoonosen. Da diese Erkrankungen im Rahmen der stationären Rehabilitation von Berufsdermatosen so gut wie nicht vorkommen (Skudlik 2007), sollen in der nachfolgenden Darstellung lediglich die Ekzeme näher betrachtet werden.

Unter einem Ekzem wird eine entzündliche Veränderung der Epidermis bzw. der oberen Dermis verstanden, welche nicht infektiös, sondern durch äußerliche Reize (Noxen, Allergene oder Irritantien) verursacht wurde. Ekzeme äußern sich je nach Stadium in unterschiedlichen klinischen Bildern (Rötungen, Bläschen, Schuppungen, Krusten und Lichenifikation). Oft wird der entzündliche Prozess von Juckreiz und entsprechend aufgekratzten Hautpartien begleitet. Eine häufig verwendete Einteilung der Berufsdermatosen unterscheidet folgende Erkrankungen:

- kumulativ-subtoxisches Kontaktekzem
- atopisches Ekzem – berufsbedingt verschlimmert
- allergisches Kontaktekzem

(Skudlik/John 2011, Altmeyer 2008)

Eine Unterscheidung dieser drei Berufsdermatosen erfordert eine sehr genaue Diagnostik, da es sich oft nicht um einen einzelnen Auslöser, sondern um mehrere Ursachen, die gleichzeitig oder zeitlich versetzt und in sehr unterschiedlicher klinischer Ausprägung zum ekzematösen Geschehen beitragen können, handelt. Das Vorliegen von solchen Mischformen, die sich auch morphologisch stark unterscheiden können, wirkt sich entsprechend auf therapeutische und präventive Entscheidungen aus (Diepgen 2008, Skudlik/John 2011). Im Folgenden wird die oben wiedergegebene Einteilung der Berufsdermatosen entsprechend aufgegriffen und die einzelnen Erkrankungen hinsichtlich Genese und Symptomatik kurz beschrieben.

2.1.1 Kumulativ-subtoxisches Kontaktekzem

Das kumulativ-subtoxische Kontaktekzem wird teilweise auch als kumulativ-toxisches Kontaktekzem, irritatives Kontaktekzem oder als Abnutzungsekzem bezeichnet. Im Gegensatz zum toxischen Kontaktekzem ist der Auslöser beim kumulativ-subtoxischen Kontaktekzem im wiederholten Kontakt zu irritativen Substanzen über einen längeren Zeitraum zu finden. Das toxische Kontaktekzem tritt unabhängig von der individuellen Hautempfindlichkeit durch einmalige Einwirkung entsprechend potenter Noxen auf. Beim kumulativ-subtoxischen Kontaktekzem hingegen muss ein wiederholter Kontakt stattfinden, der die Hautbarriere so weit schädigt, dass diese ihrer Schutzfunktion nicht mehr nachkommen kann und die sukzessiv eindringenden Substanzen zu entzündlichen Prozessen in den tieferen Epidermisschichten führen. Bei diesem Geschehen können auch endogene Faktoren, wie die atopische Disposition, mitverursachend wirken (siehe Kapitel 2.1.3). Aufgrund der verminderten Barrierefunktion besteht beim kumulativ-subtoxischen Kontaktekzem die Gefahr des sekundär aufgepfropften allergischen Kontaktekzems (Skudlik/John 2011), welches im Folgenden näher betrachtet werden soll.

2.1.2 Das allergische Kontaktekzem

Beim allergischen Kontaktekzem handelt es sich um eine zellvermittelte allergische Reaktion der Haut, die durch Kontakt mit einem entsprechenden Allergen ausgelöst wird. In der Regel handelt es sich um eine Typ-IV-Sensibilisierung (Allergie vom Spättyp). Skudlik/John (2011) betrachten die vorgeschädigte Hautbarriere, wie sie beim irritativ provozierten Kontaktekzem vorliegt, als einen wichtigen Risikofaktor für die Entstehung eines allergischen Kontaktekzems. Es wird daher auch als 2-Phasen-Ekzem bezeichnet. In der Klinik ähnelt das allergische Kontaktekzem dem kumulativ-subtoxischen Ekzem; es kommt zu Rötungen, Bläschen, Pusteln, Exsudation – häufig begleitet von starkem Juckreiz. Zur Abgrenzung des allergischen Kontaktekzems vom irritativen Ekzem ist folglich eine entsprechende Diagnostik (Patch-Test) notwendig (Diepgen 2008).

2.1.3 Atopisches Ekzem

Das atopische Ekzem wird primär endogen verursacht, kann jedoch auch durch berufliche Einflüsse verursacht oder verschlimmert werden. Die atopische Haut ist gekennzeichnet durch eine erhöhte Empfindlichkeit. Durch hautbelastende Tätigkeiten, wie z. B. Feuchtarbeit, kommt es zu irritativen Veränderungen, die sich im Auftreten von kleinen Bläschen

an den Handinnenflächen und Fingerseitenkanten äußern und für die Betroffenen häufig mit unterschiedlich stark ausgeprägtem Juckreiz einhergehen (Skudlik/John 2011, Altmeyer 2008). Das atopische Ekzem ist – im Gegensatz zum bereits beschriebenen kumulativ-subtoxischen Handekzem und dem allergischen Kontaktekzem – durch einen chronischen bzw. chronisch-rezidivierenden, schubweisen Verlauf charakterisiert. So konnte eine schwedische 12-Jahresnachbeobachtungsstudie feststellen, dass in nur 28 % der Fälle eine Abheilung eingetreten war, hingegen aber 70 % der Studienteilnehmer Hauterscheinungen im letzten Beobachtungsjahr angaben (Meding et al. 2005). Diese Chronizität des atopischen Handekzems mit seinen klinischen Begleiterscheinungen erfordert häufig eine Therapie, die sich nicht allein auf die Gabe von geeigneten topischen Therapeutika beschränken kann. Eine ebenso große Bedeutung hat eine konsequente Änderung im beruflichen und privaten Hautschutzverhalten (Diepgen 2008, Nicholson et al. 2010).

2.2 Epidemiologie

Berufsbedingte Hauterkrankungen stehen seit Jahren mit etwa einem Drittel der Verdachtsmeldungen an der Spitze der Statistik zu Verdachtsanzeigen auf Berufskrankheiten. Im Jahr 2012 entfielen etwa 57 % der bestätigten Verdachtsfälle (20.028 von insgesamt 35.158 Gesamtfällen) auf berufsbedingte Hauterkrankungen. Zwar konnte im Jahr 2012 ein leichter Rückgang von insgesamt 2,4 % der gemeldeten Verdachtsfälle im Vergleich zum Vorjahr verzeichnet werden, allerdings nahm im Jahr 2012 die Zahl der Verdachtsfälle insgesamt ab, so dass sowohl im Jahr 2011 als auch im Jahr 2012 der Anteil des Verdachts auf eine beruflich bedingte Hauterkrankung fast unverändert bei etwa 34 % lag (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2012).

Die jährliche Inzidenzrate berufsbedingter Hauterkrankungen wird für die westlichen Industrieländer auf etwa 0,5-1,0 Neuerkrankungen pro 1.000 Beschäftigte geschätzt. Wobei Baumeister et al. 2011 in diesem Zusammenhang auf zum Teil erhebliche Unterschiede in den Inzidenzraten zwischen den einzelnen Ländern hinweisen (z. B. Deutschland 0,7-1,5 Fälle versus Dänemark 0,32 Fälle pro 1.000 Beschäftigte und Jahr). Teilweise lassen sich sogar große Schwankungen in den Inzidenzangaben innerhalb eines Landes ausmachen. So kommt der THOR-Report aus Großbritannien auf eine Varianz der Neuerkrankungsrate zwischen 9,13 und 31,66 Fälle pro 1.000 Beschäftigte und Jahr (Turner et al. 2007). Als Ursache für diese breite Varianz der Inzidenzraten werden häufig Unterschiede im Studiendesign, aber auch in der Definition und Klassifikation von Handekzemen verantwortlich

gemacht (Skudlik 2007, Baumeister 2011, Turner 2007). Diese Annahmen sowie die Tatsache, dass die 1-Jahres-Prävalenz berufsbedingter Hauterkrankungen in bevölkerungsbezogenen Untersuchungen sehr viel höher liegt (je nach Publikation zwischen 6 und 11 %), führen dazu, dass in der Literatur häufig von einer wesentlich höheren Dunkelziffer bezüglich der Verbreitung von Berufsdermatosen ausgegangen wird (Lysdal et al. 2011, Ibler et al. 2010, Skudlik et al. 2009, Diepgen/Schmidt 2002). Eine Evidenz für diese Vermutungen bleiben die Autoren jedoch schuldig, so dass abschließend festgestellt werden muss, dass sowohl für Deutschland als auch für Europa keine evidenten Daten zur Prävalenz und Inzidenz von Berufsdermatosen vorliegen. Eine bessere Datenlage wäre jedoch wünschenswert, da genaue Inzidenz- und Prävalenzangaben konkretere ätiologische Erklärungen zur Entstehung von Berufsdermatosen ermöglichen und entsprechend gesicherte Präventionsentscheidungen ableitbar machen (Baumeister et al. 2011).

2.2.1 Sozioökonomische Auswirkungen von Berufsdermatosen

Berufsdermatosen verursachen erhebliche Kosten. Batzdorfer (2005) unterscheidet zwischen materiellen und immateriellen Kosten. Immaterielle Kosten lassen sich schlecht monetär bewerten. Hierzu zählen Faktoren wie z. B. eine eingeschränkte Lebensqualität durch die Erkrankung. Direkte Kosten können konkret bestimmt werden; hierunter fallen volkswirtschaftliche Kosten (z. B. Aufwendungen für die Behandlung, Verdienst- und Produktionsausfälle durch Arbeitsunfähigkeit). Batzdorfer (2005) schätzt die Höhe der durch Berufsdermatosen entstandenen Gesamtkosten in Deutschland auf etwa 1,5 Mrd. Euro jährlich. Diepgen (2008) geht von jährlichen Aufwendungen von 9.000 Euro pro Patient aus, was den Behandlungskosten einer mittleren bis schweren Psoriasis entspricht. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2010) ermittelte für das Jahr 2008 Ausgaben von 92,6 Millionen Euro für berufsbedingte Hauterkrankungen. Davon entfielen 28 Millionen auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Damit machen die Leistungen für die Teilhabe am Arbeitsleben für die Berufskrankheit Haut bereits über 50 % der Gesamtaufwendungen für diese Kostenstelle aus und nehmen sowohl in Bezug auf Fallzahlen (siehe Teil III, Kapitel 2.2) als auch in Bezug auf die Kosten den Spitzenplatz im Berufskrankheitsgeschehen ein (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2012). Wie eingangs beschrieben, sind die Aufwendungen der Berufsgenossenschaften jedoch nicht die alleinigen volkswirtschaftlichen Kosten, sondern müssen noch um Ausgaben wie Produktionsausfall ergänzt werden. Konkrete Kostenermittlungen hierzu konnten nicht ermittelt werden. In der Regel handelt es sich um Schätzungen (siehe Batzdorfer 2005).

2.2.2 Personelle Auswirkungen von Berufsdermatosen

Berufsbedingte Hauterkrankungen wirken sich nicht nur durch ihre unangenehmen und beeinträchtigenden körperlichen Symptome wie Juckreiz, Brennen und Schmerzen auf das körperliche Wohlbefinden aus, sondern haben häufig auch einen starken Einfluss auf die psychosoziale Befindlichkeit der Betroffenen (Skudlik/Schwanitz 2004). Die psychosoziale Befindlichkeit wird – neben dem Hautbefund – in der Medizin zunehmend als sogenannter „weicher Outcomeparameter“ für die Bewertung von medizinischen Maßnahmen herangezogen und meist als Lebensqualität operationalisiert (Batzdorfer 2004). Wiedl (2009) konnte in ihren Ausführungen zur Erhebung der Lebensqualität feststellen, dass chronisch-schubhaft auftretende Hauterkrankungen wie Berufsdermatosen – obwohl nicht lebensbedrohlich – die Lebensqualität der Betroffenen in ähnlicher Weise einschränken wie andere chronische Erkrankungen mit schwererem Verlauf (z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Krebserkrankungen). Diese Daten bestätigen die Berichte aus der Schulungspraxis, in der Patienten sehr häufig über starke Einschränkungen in der persönlichen Lebensführung berichten. Mertin (2009) fasst seine Erfahrungen wie folgt zusammen:

„Es wird berichtet, dass Situationen gemieden werden, in denen die Hände der Betroffenen sichtbar sind (beispielsweise beim Bezahlen an einer Supermarktkasse). Weitere Einschränkungen erfahren die Patienten auch des Öfteren in ihrem sozialen Beziehungsgefüge, insbesondere im Austausch von Zärtlichkeiten mit Partnern oder Kindern. Eine in der Schulung immer wiederkehrende Thematik betrifft berufliche Auswirkungen im Kontakt z. B. mit Kunden. Im Friseurhandwerk, in dem naturgemäß Ästhetik eine bedeutende Rolle spielt, führt das Auftreten einer Hauterkrankung an den Händen in vielen Fällen zum Rückzug des Kunden vom betroffenen Friseur.“ (Mertin 2009, S. 16 f.)

Die Datenlage sowie die Berichte aus der Praxis verdeutlichen die Relevanz des Outcomeparameters „Lebensqualität“ für die Beurteilung von medizinischen Interventionen. Wiedl (2009) hebt in diesem Zusammenhang hervor, dass die Erhebung der Lebensqualität wichtige Hinweise bei der Entscheidungsfindung des Arztes über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten geben kann, wenn z. B. die Lebensqualität sich trotz Minderung der Hautbeschwerden nicht bessert. Im Rahmen der stationären Rehabilitation von Berufsdermatosen werden diese Aspekte berücksichtigt. Die Lebensqualität wird hier

standardmäßig in Form des Dermatology Life Quality Index (DLQI) (Finlay/Khan 1994) und des Life Quality Index Occupational Dermatoses (LIOD) (Batzdorfer 2004) erhoben.

Durch Rehabilitationsmaßnahmen, wie sie auch hier im Fokus der Untersuchung stehen, soll verhindert werden, dass Hautkranke Beeinträchtigungen entwickeln, die langfristig die Leistungsfähigkeit oder Lebensqualität mindern (Breuer/Knapp 2006). Für von Berufsdermatosen Betroffene ist dieser Aspekt von besonderer Bedeutung, da die hinzukommenden beruflichen Einschränkungen sich nochmals negativ auf die Lebensqualität auswirken können. Dieser Fakt konnte von Batzdorfer et al. (2004) bestätigt werden, die nachwies, dass gut ein Drittel des dort befragten Kollektivs sich durch die Berufsdermatose mehr im beruflichen als im privaten Leben eingeschränkt fühlt. Diese empfundenen beruflichen Einschränkungen resultieren teilweise aus den beruflich notwendigen Verhaltensänderungen, die sich aus den Hautschutzmaßnahmen ergeben. Teilweise müssen nun Tätigkeiten mit Handschuhen ausgeführt werden, die bisher ohne sie durchgeführt wurden; Arbeitsabläufe, die sich manchmal über Jahre eingeschliffen haben, müssen umgestellt werden. Diese Verhaltensänderungen können ebenfalls als erhebliche Einschränkung der Lebensqualität empfunden werden. So gab über die Hälfte des von Batzdorfer et al. (2004) untersuchten Kollektivs an, sich durch die Hautschutzmaßnahmen am Arbeitsplatz stark bzw. sehr stark eingeschränkt zu fühlen.

2.3 Hautschutzmaßnahmen

Im Rahmen der Therapie und Prävention von Berufsdermatosen gelten Hautschutzmaßnahmen bei entsprechend hautgefährdenden Tätigkeiten als unverzichtbar. Hautschutzmaßnahmen haben zum Ziel, die Epidermis in ihrer Barrierefunktion zu unterstützen und auf diese Weise zur Stabilisierung des Hautbefundes beizutragen (Fartasch 2009 et al.). Für die Betroffenen erfordern die Hautschutzmaßnahmen häufig eine deutliche Verhaltensänderung sowohl im beruflichen als auch im privaten Alltag. Diese Verhaltensumstellungen können problematisch sein, wenn es z. B. an Unterstützung am Arbeitsplatz mangelt, der Zugriff auf die notwendigen Hautschutzprodukte erschwert ist oder auch persönliche Barrieren wie ein geringes Maß an Selbstwirksamkeit und/oder unzureichendes Wissen vorliegen (Funke 2009, Fartasch et al. 2008). Da diese Phase der Verhaltensänderung – die nach Schwarzer (2004) als *Volition* bezeichnet wird – im Zentrum des Interesses dieser Arbeit steht, erscheint es sinnvoll, die Maßnahmen des Hautschutzes in einem kurzen Abriss des jetzigen Stands der Berufsdermatologie weiter zu konkretisieren. Auf

diese Weise können die Erfahrungsberichte der Erkrankten, die im Rahmen dieser Untersuchung erhoben wurden, besser verstanden und interpretiert werden.

2.3.1 Rechtliche Grundlagen zum Hautschutz

Die Behandlungskosten von beruflich verursachten Erkrankungen wie Berufsdermatosen werden von der Gesetzlichen Unfallversicherung getragen. Vorrangige Aufgabe des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers ist es, „(1) mit allen geeigneten Mitteln“ Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten. Dies ist der einleitende programmatische Satz des Siebten Sozialgesetzbuchs „Unfallversicherung“ (SGB VII, § 1). Die besondere Situation bei der Entstehung von beruflich bedingten Erkrankungen greift die Berufskrankheiten-Verordnung in § 3 auf. Über den eingangs beschriebenen allgemeinen Präventionsauftrag hinaus haben demnach die UV-Träger tätig zu werden, wenn bei einem Versicherten die Gefahr besteht, dass eine Berufskrankheit entsteht, wieder auflebt oder sich verschlimmert. Hier ist „mit allen geeigneten Mitteln“ dieser Gefahr entgegenzuwirken (BKV, § 3, Absatz 1). Welche Maßnahmen hierfür zur Verfügung stehen, ist im Arbeitsschutzgesetz § 4 Absatz 1-8 geregelt. Folgende Schritte werden hier unter Anderem gefordert:

- technische Maßnahmen (z. B. Austausch der gefährdenden Arbeitsstoffe, technische Schutzvorrichtungen)
- organisatorische Maßnahmen (z. B. Umstellungen in der Arbeitsorganisation, Aushängen von Hautschutzplänen)
- persönliche Schutzmaßnahmen (z. B. Schutzhandschuhe und -kleidung, Hautschutz)

Persönliche Schutzmaßnahmen kommen erst dann zum Tragen, wenn entsprechend der gesetzlichen Vorgabe im Arbeitsschutzgesetz eine Ersatzstoffprüfung durchgeführt wurde und alle technischen und organisatorischen Maßnahmen ausgeschöpft worden sind.

Entsprechend diesen Vorgaben kommt der gesetzliche Unfallversicherungsträger nicht nur für die erforderliche therapeutische Behandlung auf, sondern ebenso für alle Mittel, die geeignet sind, der beruflich bedingten Hauterkrankung entgegenzuwirken. Unter diese geeigneten Mittel fallen auch Hautschutzmaßnahmen. Entsprechend der Prämisse, dass nur wissenschaftlich nachweislich wirksame Hautschutzmaßnahmen zum Einsatz kommen sollen, wurde die Leitlinie *Berufliche Hautmittel* von der Arbeitsgemeinschaft für Be-

rufs- und Umweltdermatologie (ABD) entwickelt, welche den gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand berücksichtigen (Fartasch et al. 2008).

2.3.2 Berufliche Hautmittel

Unter beruflichen Hautmitteln werden Hautschutz-, Hautpflege- und Hautreinigungsprodukte für den beruflichen Einsatz verstanden. Im juristischen Sinne gelten berufliche Hautmittel als Kosmetika. Sie unterliegen der Kosmetikrichtlinie der Europäischen Union (EU Richtlinie 76/768/EWG), die im Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittelgesetzbuch vom 01.09.2005 für die Bundesrepublik umgesetzt wurde. Darüber hinaus sind sie als Bestandteil der Persönlichen Schutzausrüstung (PSA) nach der PSA-Benutzer-Richtlinie der EU anerkannt. Berufliche Hautmittel sind nach den Leitlinien besonders für jene Arbeitsplätze geeignet, an denen durch einen erhöhten Anteil an Feuchtarbeit und/oder häufigem Kontakt mit Irritantien die Gefahr der Entstehung eines kumulativ-subtoxischen Kontaktekzems hoch ist. Hingegen sollten an Arbeitsplätzen mit korrosiven, toxischen, mutagenen oder kanzerogenen Substanzen technische und organisatorische Schutzmaßnahmen sowie Chemikalienschutzhandschuhe im Vordergrund stehen, da die üblichen Hautschutzmittel hier in der Regel keinen Schutz bieten können (Fartasch et al. 2008).

Üblicherweise wird der berufliche Hautschutz in drei Bereiche gegliedert: Hautschutz (Hautschutzcreme, Schutzhandschuhe), Hautreinigung und Hautpflege, wobei diese Aufteilung häufig noch kritisch diskutiert wird. Insbesondere Untersuchungen, die sich mit Wirkung und Einsatzbereichen von Hautschutzcreme und Hautpflegecreme beschäftigen, kommen hier zum Teil zu widersprüchlichen Ergebnissen, die diese Dreiteilung zum Teil fraglich erscheinen lassen (Nicholson et al. 2010, Kütting et al. 2009, Wigger-Alberti 2005).

Wie eine Analyse von relevanten Hautschutzbroschüren und Merkblättern ergab (Hübner 2008), wird – ungeachtet dieser kritischen Stimmen – üblicherweise diese Dreiteilung des beruflichen Hautschutzes aufgegriffen und die Maßnahmen entsprechend dieser Aufteilung gegliedert. Im Folgenden wird daher ein kurzer Überblick über die konkreten Maßnahmen der drei Säulen des Hautschutzes, wie sie auch in den Leitlinien *Berufliche Hautmittel* (Fartasch 2008) dargestellt sind, vorgenommen.

2.3.2.1 Maßnahmen des Hautschutzes

Zu den Maßnahmen der Säule „Hautschutz“ gehören die Anwendung von Hautschutzcremes sowie der Einsatz tätigkeitsgeeigneter Schutzhandschuhe (Fartasch et al. 2008). Hübner (2008) ermittelte sechs relevante Empfehlungen zu diesem Bereich:

1. Hautschutz erspart die aggressive Hautreinigung.
2. Schutzhandschuhe sollen nur auf sauberer, trockener Haut angewendet werden.
3. Bei längerer Tragedauer von flüssigkeitsdichten Schutzhandschuhen sind Baumwollunterziehhandschuhe anzuwenden, um Mazerationserscheinungen der Haut zu verringern.
4. Einmalhandschuhe nicht wiederverwenden.
5. Hautschutzsalben nur auf die gereinigte Haut auftragen.
6. Hautschutzsalben sorgfältig auf die gesamte Hand (auch zwischen den Fingern und an den Nägeln) auftragen.

Die Datenlage zur Wirksamkeit von Hautschutzcremes ist widersprüchlich. Nicholson et al. (2010) kommen in ihrem systematischen Review zur Wirksamkeit von Hautschutzcremes zu dem Schluss, dass Hautschutzcremes allein keinen oder wenig Schutz vor Berufsdermatosen bieten; allerdings konnte in Kombination mit der richtigen Hautreinigung und Hautpflege eine Verbesserung des Hautzustandes nachgewiesen werden.

Andere Untersuchungen zur Wirksamkeit von Hautschutzcremes konnten aufzeigen, dass in spezifischen Berufsgruppen (Baugewerbe, Holzindustrie, Friseurgewerbe) leichte, zum Teil statistisch signifikante Verbesserungen der Hautgesundheit bei der „Schutzcreme-Gruppe“ im Vergleich zur jeweiligen Kontrollgruppe erreicht werden konnten (Winkler et al. 2007, Perrenoud et al. 2001). Diese Ergebnisse lassen einen richtig dosierten Einsatz von Schutzcremes als durchaus sinnvoll erscheinen und führen in den Leitlinien *Berufliche Hautmittel* zu der Empfehlung, Hautschutzmittel vor dem Kontakt mit Irritantien sowie nach Arbeitspausen oder nach einem bestimmten Zeitraum erneut aufzutragen (Fartasch et al. 2008).

Zum Einsatz von Schutzhandschuhen machen die Leitlinien *Berufliche Hautmittel* keine weiteren Vorgaben (Fartasch et al. 2008). Zur Auswahl von Schutzhandschuhen sei auf eine Zusammenstellung von Boman et al. (2006) verwiesen, die acht zu berücksichtigende Aspekte bei der Auswahl von Schutzhandschuhen hervorheben:

- Art der Arbeit und Expositionsrisiko
- Dauer der Arbeit
- mechanische Qualität des Handschuhmaterials (Zugfestigkeit, Feinfühligkeit, Schnitt- und Reißfestigkeit sowie Durchstichsicherheit)
- Widerstandsfähigkeit gegenüber Permeation und Penetration von Chemikalien und Mikroorganismen
- Risiko von negativen Handschuhtrageeffekten wie Allergien gegenüber Handschuhmaterialien, Kontaktdermatitis, Irritationen etc.
- Funktion (Handschuhanwendung darf nicht zu weiteren Risiken beitragen oder die eigentliche Tätigkeit behindern)
- Tragekomfort, Trageeigenschaften
- Qualität bzw. bei vergleichbarer Qualität von Handschuhen der Preis

Nicholson et al. (2010) konnten in einem systematischen Review herausstellen, dass der alleinige Einsatz von Schutzhandschuhen nicht ausreicht, um Berufsdermatosen zu verhindern. Hier bestätigt sich abermals die Dreiteilung des Hautschutzes: Erst in der Kombination der Handschuhe mit weiteren Hautschutzmaßnahmen scheint eine messbare Verbesserung bezüglich der Inzidenz von Berufsdermatosen möglich zu sein (Nicholson et al. 2010, Bomann 2006).

Ein viel beachtetes Problem bei flüssigkeitsdichten Handschuhen ist der Okklusionseffekt, welcher zu ähnlichen Hautschäden wie bei ungeschützter Feuchtarbeit führt. Fartasch et al. (2012) konnte nachweisen, dass insbesondere Okklusionszeiten (2 h), die Haut weniger schädigen, als ungeschützter Wasserkontakt von gleicher Zeitdauer, so dass insbesondere bei kürzeren Perioden des Wasserkontakts der Handschuh Einsatz sinnvoll scheint. Zudem besteht die Möglichkeit, Okklusionseffekte vor allem bei längerer Handschuhtragedauer durch das Tragen von Baumwollunterziehhandschuhen zusätzlich abzumildern (Nicholson et al. 2010, Wulfhorst/John 2007, Ramsing/Agner 1996).

2.3.2.2 Maßnahmen der Hautpflege

Zu den Maßnahmen der Hautschutzsäule „Hautpflege“ wird der Einsatz von Hautpflege Mitteln gezählt. Hübner (2008) extrahierte für diesen Bereich vier Empfehlungen, für die eine mittlere Qualität der Evidenz ermittelt werden konnte.

1. Hautpflegemittel nur auf saubere, trockene Haut auftragen.
2. Hautpflegemittel nach der Arbeit und in der Freizeit einsetzen.
3. Hautpflegemittel sollen an den Hauttypus angepasst sein.
4. Hautpflegemittel sorgfältig in die Finger, Fingerzwischenräume, Fingerkuppen und Nagelfalze einmassieren.

Auch die Leitlinien unterstützen den Einsatz von Hautpflegemitteln ausschließlich nach der beruflichen Tätigkeit. Dies wird vor allem mit zusätzlichen Inhaltsstoffen von Hautschutzmitteln begründet, deren Einsatz während der Arbeit wenig sinnvoll erscheint. Das vorrangige Ziel von Hautpflegemaßnahmen ist es, der Haut innerhalb belastungsfreier Zeiten Lipide und Feuchtigkeit zuzuführen, um eine Rehydratation der Hornschicht zu erreichen. Sinnvoll sind diese Maßnahmen jedoch nur bei gesunder bzw. gering vorgeschädigter Haut. Bei starken Schäden der epidermalen Barriere sind pflegerische Maßnahmen nicht mehr ausreichend. Hier sollten therapeutische Maßnahmen zur möglichst vollständigen Wiederherstellung der Barrierefunktion im Vordergrund stehen, um Rückfälle und Verschlimmerungen der Dermato­se zu vermeiden (Fartasch et al. 2008).

Die Unterscheidung in Hautschutz und Hautpflege wird in der Literatur vielfach kritisch diskutiert. Hier stehen auf der einen Seite Untersuchungen, die nachweisen konnten, dass Pflegeprodukte die belastete Haut schützen und regenerieren können (Wigger-Alberti 2005). Auf der anderen Seite stehen Untersuchungen, die belegen, dass das 3-Säulen-Modell einer alleinigen Anwendung einzelner Produkte überlegen ist (Nicholson et al. 2010, Kütting et al. 2009). Die Leitlinien *Berufliche Hautmittel* (Fartasch et al. 2008) kommen daher zu dem Ergebnis, dass noch keine abschließende Aussage getroffen werden kann, welche explizite Wirkung jeweils Hautschutz- bzw. Hautpflegemitteln im Bereich Schutz, Stabilisierung und Regeneration der epidermalen Barriere zugeschrieben werden kann. Es deutet sich aber an, dass erst die tätigkeits- und morphologisch sinnvoll abgestimmte Kombination der drei Hautschutzbereiche der Inzidenz von Berufsdermatosen entgegenwirken kann (Nicholson et al. 2010).

2.3.2.3 Maßnahmen der Hautreinigung

Den dritten Bereich der beruflichen Hautschutzmaßnahmen bildet die Hautreinigung. Hübner (2008) extrahierte für die Hautreinigung sieben relevante Empfehlungen, für die eine mittlere bis geringe Qualität der Evidenz ermittelt wurde.

1. Händereinigung bevorzugt mit milden, hautneutralen Waschlotionen (pH-Wert 5,5) durchführen.
2. Bei Tätigkeiten im medizinischen Bereich oder in der Küche Hände lieber häufiger desinfizieren, anstatt zu waschen.
3. Hände nur bei sichtbaren Verschmutzungen waschen.
4. Reibemittelhaltige Reinigungsmittel nur bei stark anhaftenden Verschmutzungen anwenden.
5. Keine Lösemittel für die Hautreinigung verwenden.
6. Keine Bürsten und Bimssteine für die Hautreinigung verwenden.
7. Auf sorgfältige und schonende Händetrocknung achten.

Die Leitlinien *Berufliche Hautmittel* bilden aus den vielfältigen beruflichen Verschmutzungen neun Kategorien. Auffällig ist, dass es für diese teilweise sehr unterschiedlichen Verschmutzungstypen kaum standardisierte Modelle zur Bewertung der Reinigungsleistung gibt, weshalb eine rationale Produktauswahl, basierend auf kontrollierten Studien, derzeit nur schwer möglich ist (Fartasch et al. 2008). Erste Projekte, um hier Verbesserungen zu schaffen, wurden bereits in die Wege geleitet (Sonsmann et al. 2010).

Generell ist bei der Hautreinigung zu bedenken, dass die Entfernung von Schmutzpartikeln sich eher schädigend auf die epidermale Barriere auswirkt und daher ein hohes Risiko für irritative Reaktionen birgt. Zusätzlich können Produkte mit vergleichbarer Reinigungswirkung zum Teil gravierende Unterschiede in der Hautverträglichkeit aufweisen, weshalb nach den Leitlinien *Berufliche Hautmittel* (Fartasch et al 2008) folgende Aspekte bei der Auswahl von Hautreinigungsmitteln berücksichtigt werden sollten:

- Art der Verschmutzung (einfach / grob / spezial)
- keine abrasiven Reinigungsprozeduren mit Hilfsmitteln wie Bimsstein, Bürsten, Sand, Bismehl etc.
- Hautreinigungsprodukte sollen aufeinander abgestimmt sein.
- Hautreinigung ist durch anschließende Hautpflege zu ergänzen.

Insbesondere im Punkt 2 (generell keine abrasiven Reinigungsmittel anwenden) unterscheidet sich die Empfehlung der Leitlinien von den extrahierten, auf Evidenz überprüften Empfehlungen von Hübner (2008), die für stark anhaftende Verschmutzungen den Einsatz von reibemittelhaltigen Produkten durchaus vorsehen. Hier zeigt sich erneut die bisher sehr vage Datenlage für den Bereich der Hautreinigung. Weiterführende Untersu-

chungen zur Hautreinigung, wie sie von einigen Autoren (z. B. Fartasch et al. 2008, Sonsmann et al. 2010) gefordert werden, sind daher unabdingbar.

2.3.3 Risiken und Nebenwirkungen von beruflichen Hautmitteln

Das allgemein bekannte Sprichwort „Keine Wirkung ohne Nebenwirkung“ kann auch für berufliche Hautmittel bestätigt werden: So kommt die Leitlinie *Berufliche Hautmittel* (Fartasch et al. 2008) im Rahmen ihrer Auswertung von unterschiedlichen Studien unter anderem zu dem Schluss, dass der Einsatz von beruflichen Hautmitteln – trotz nachgewiesener Vorteile – auch Nachteile bzw. Gefahren birgt. Zu den häufig diskutierten Risiken, die mit dem Einsatz von Hautschutzmitteln in Verbindung gebracht werden, zählen Sensibilisierungen, Irritationen und die Gefahr der erleichterten Penetration von Fremdstoffen in die Haut.

Sensibilisierung: In der Literatur finden sich überwiegend Einzelfallbeobachtungen zu Sensibilisierungen durch Hautmittel und eine Übersicht, die auf Daten des Informationsverbunds Dermatologischer Kliniken beruht (Uter et al. 2005). Es erscheint problematisch, dass die Hautmittel häufig (erst) auf bereits geschädigter Haut angewendet werden, worin ein erhöhtes Risiko für Sensibilisierungen vermutet wird (Wulfhorst et al. 2006). Eine zuverlässige Datenlage ist auch hier nicht zu eruieren. Eine Ausnahme bildet hier eine Studie, die von Nicholson et al. (2010) zitiert wird, in welcher nachgewiesen werden konnte, dass es durch den Einsatz von Hautschutzcreme unter Latexhandschuhen zu einer verstärkten Aufnahme von Allergenen aus den Latexhandschuhen in die Haut kam.

Die unübersichtliche Datenlage liegt zum einen in der Tatsache begründet, dass es schwierig ist, die Exposition durch Hautmittel von anderen alltäglichen Expositionen des Lebens abzugrenzen. Zudem fehlen systematische Analysen von Produkttestungen. Um das Risiko der Sensibilisierung durch Hautschutzmittel gering zu halten, rät die Leitlinie *Berufliche Hautmittel* (Fartasch et al. 2008) daher, bei der Auswahl der Schutzprodukte die Inhaltsstoffe hinsichtlich ihres Allergierisikos zu überprüfen und ggf. auf andere Produkte mit geringerem Allergenpotenzial auszuweichen.

Irritationen: In humanexperimentellen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass Hautschutzmittel zu einer Verstärkung von Irritationen führen können, obwohl sie diese eigentlich abschwächen sollten. Die Ursache wird zum einen in der irritativen Wirkung der Hautschutzmittel selbst vermutet. Zum anderen könnte es in Abhängigkeit von

der Zusammensetzung des Hautschutzproduktes zu einer Penetrationsverstärkung kommen, welche das Eindringen von Irritantien in die Haut begünstigt. Möglich ist auch, dass durch das Hautschutzmittel Noxen verstärkt an die Haut gebunden werden und so Irritationen provoziert werden. Zudem gibt es Hinweise, dass die Anwendung von sogenannten „Moisturizern“ zu einer erhöhten Empfindlichkeit der epidermalen Barriere und so zu Irritationen führen kann (Fartasch et al. 2008). Die Leitlinie *Berufliche Hautmittel* beklagt in diesem Zusammenhang, dass nicht nur eine klare Abgrenzung zwischen beruflich eingesetzten Hautpflegemitteln und „Moisturizern“ fehlt, sondern dass bisher auch keine Untersuchungen zu beruflich relevanten Irritantien und zuvor aufgetragenen „Moisturizern“ existieren¹. Für zuverlässige Aussagen zum Zusammenhang von „Moisturizern“ und Irritationen im Bereich des beruflichen Hautschutzes bedarf es daher noch weiterer Forschung (Fartasch et al. 2008).

Penetration: Die Leitlinie *Berufliche Hautmittel* hat unterschiedliche Studien zur Penetrationswirkung von Hautschutz- und Hautpflegecreme ausgewertet (Fartasch et al. 2008). Auf Basis dieser Auswertung kommt die Leitlinie zu dem Ergebnis, dass Hautschutzcremes nicht zu einer perkutanen Reduzierung von Fremdstoffen beitragen. Im Gegenteil – die Datenlage lässt eher darauf schließen, dass es teilweise sogar zu einer Penetrationsbeschleunigung von Fremdstoffen in die Haut kommen kann (Fartasch et al. 2008). Entsprechend lautet die Empfehlung, dass gegenüber haut- und/oder systemtoxischen Arbeitsstoffen organisatorische sowie technische Veränderungen der Arbeitsabläufe oder das Tragen von abgestimmter Schutzkleidung als geeignete Schutzmaßnahmen realisiert werden sollten. Hautschutzcremes erscheinen als Schutzmaßnahme gegenüber den oben erwähnten Arbeitsstoffen nicht nur als unwirksam, sondern sogar als kontraproduktiv (Fartasch et al. 2008).

2.4 Kapitelfazit und Ausblick auf Kapitel 3

Berufsdermatosen stehen seit Jahren an der Spitze der Statistik zu Verdachtsanzeigen auf Berufskrankheit, wobei zusätzlich von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden muss. Obwohl es sich nicht um lebensbedrohliche Erkrankungen handelt, sind Berufsdermatosen sowohl aus sozioökonomischer Sicht als auch unter dem Aspekt der Lebensqualität der Betroffenen durchaus mit anderen schweren chronischen Erkrankungen vergleichbar (Wiedl 2009, Breuer/Knapp 2006). Der größte Teil der beruflich bedingten Der-

¹ Eine Ausnahme bilden einzelne Modellirritanzien wie Natriumlaurylsulfat (siehe Fartasch et al. 2008).

matosen zeigt einen chronischen, chronisch-rezidivierenden oder persistierenden Verlauf (Diepgen 2008), so dass die Betroffenen sich mit langfristigen, unter Umständen auch lebenslänglichen Therapie- und Hautschutzmaßnahmen auseinandersetzen müssen. Die Hautschutzmaßnahmen stellen dabei eine wichtige Säule in der Prävention und Rehabilitation von beruflich bedingten Hauterkrankungen dar. Die Anwendung dieser Hautschutzmaßnahmen im privaten und beruflichen Leben, ist für die Betroffenen oft schwierig, da fehlerhaftes Hautschutzverhalten häufig bereits früh während der Ausbildung erlernt und unabhängig von der Sinnhaftigkeit – beibehalten wurde (Funke 2009). Um zu einem sinnvollen Hautschutzverhalten zu kommen, ist folglich ein Prozess der Verhaltensänderung – den Schwarzer als *Volition* beschreibt – notwendig. Das Erleben dieses Prozesses der Verhaltensänderung aus der Perspektive der Betroffenen steht im Mittelpunkt des Forschungsinteresses dieser Arbeit. Um diese Erfahrungsberichte der Betroffenen richtig verstehen und interpretieren zu können, erschien es notwendig herauszuarbeiten, welches aus Sicht der Berufsdermatologie zum jetzigen Zeitpunkt die zentralen Maßnahmen des Hautschutzes sind. Für den Bereich der Bundesrepublik Deutschland gibt die Leitlinie *Berufliche Hautmittel* (Fartasch et al. 2008) hierzu Entscheidungshilfen bezüglich Auswahl und Einsatz der Maßnahmen. Gleichzeitig macht die Leitlinie deutlich, dass die Datenlage bezüglich der Wirksamkeit von beruflichen Hautmitteln zum Teil sehr widersprüchlich ausfällt und so eine Entscheidungsfindung, die den Ansprüchen der evidenzbasierten Medizin entspricht, sich oft schwierig gestaltet. Hier ist eine weitergehende Forschung dringend notwendig.

Insgesamt scheint es in den meisten Fällen sinnvoll zu sein, ein Maßnahmenpaket, welches die drei Säulen *Hautschutz*, *Hautreinigung* und *Hautpflege* individuell berücksichtigt, anzuwenden. Werden nur einzelne Bereiche des Hautschutzes herausgegriffen, z. B. nur ein verbesserter Einsatz von Hautschutzcreme, so zeigen diese Einzelmaßnahmen meist nicht die gleiche Verbesserung des Hautzustandes wie eine abgestimmte Verbesserung aller drei Hautschutzbereiche. Darüber hinaus gibt es immer mehr Untersuchungen, die zeigen, dass die drei Bereiche des Hautschutzes nicht nur individuell abgestimmt sein müssen, sondern dass durch geeignete Schulungsprogramme zum Einsatz von Hautschutzmaßnahmen deutliche Verbesserungen sowohl auf der Ebene des Hautschutzverhaltens als auch im Bereich des Hautzustands erzielt werden können (vgl. Wulfhorst et al. 2006, Nicholson et al. 2010, Fartasch et al. 2008, Wigger-Alberti 2006). Wigger-Alberti fasst diese Erkenntnis mit den Worten zusammen:

„Education is the basis of all prevention.“ (Wigger-Alberti 2006, S. 841)

Die folgenden Kapitel geben zunächst einen kurzen Einblick in die etablierten Präventionsstrategien im Bereich der Berufsdermatologie, wobei der Schwerpunkt auf der Darstellung des für diese Arbeit besonders relevanten tertiären Präventionsbereichs – der Rehabilitation von Berufsdermatosen – liegt. Hierbei sollen zunächst die gesetzlichen Grundlagen und Indikationsvoraussetzungen für diese tertiäre Präventionsleistung geklärt werden, bevor das stationäre Heilverfahren nach dem Osnabrücker Modell genauer dargestellt wird.

3 Die Rehabilitation von berufsbedingt Hauterkrankten

Im Rahmen dieser Untersuchung kamen ausschließlich von berufsbedingten Hauterkrankungen Betroffene zu Wort, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung in ein stationäres Heilverfahren aufgenommen wurden. Um den Ablauf der hier durchgeführten Untersuchung, aber auch die Aussagen der betroffenen Interviewpartner für den Leser möglichst nachvollziehbar zu gestalten, soll diese Maßnahme der stationären Rehabilitation genauer betrachtet und vorgestellt werden. Hierbei soll zunächst kurz auf die gesetzliche Grundlage eingegangen werden, um dann im Anschluss das stationäre Heilverfahren nach dem Osnabrücker Modell vertiefend zu erläutern.

Maßnahmen, die zur Behandlung bzw. Vorbeugung von Berufsdermatosen entwickelt werden, werden üblicherweise in die Ebenen primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterteilt. Die Rehabilitation wird allgemein dem Bereich der tertiären Prävention zugeordnet. Ziel von tertiären Präventionsmaßnahmen ist nach Hurrelmann/Laaser die „[...] möglichst weitgehende Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und Lebensqualität nach einem einschneidenden Krankheitsereignis [...]“, um mögliche Folgestörungen und Folgeerkrankungen zu vermeiden (Hurrelmann/Laaser 2006, S. 754). Darüber hinaus geht es auch um ökonomische Gesichtspunkte. So können frühzeitig eingeleitete Präventionsmaßnahmen dazu beitragen – nach anfänglicher Mehrbelastung –, langfristig Kosten für den Versicherungsträger, aber auch für die Solidargemeinschaft zu senken (Schwanitz 2002, Diepgen et al. 2005, Weisshaar et al. 2012). Der Anspruch, frühzeitig Präventionsmaßnahmen einzuleiten, um Arbeitsunfähigkeit mit nachfolgender Rente zu verhindern, hat im Bereich der Berufsdermatosen zur Erarbeitung eines hierarchisch gegliederten Präventionskonzepts geführt. Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention sind so gestuft, dass für alle Schweregrade der beruflichen Hauterkrankung Interventionsansätze angeboten werden können und einen wichtigen Schritt zu einem gestuften Disease-Management in der Berufsdermatologie darstellen (Skudlik/John 2006).

Im Bereich der primären Prävention geht es in erster Linie um die Beeinflussung von risikobezogenen Parametern (Hurrelmann/Laaser 2006). Für den Bereich der Berufsdermatologie geht es entsprechend um die Verhinderung von Berufsdermatosen bei Beschäftigten in allen hautgefährdenden Berufen. Hier greifen z. B. Regelwerke und Verordnungen für möglichst hautschonende Arbeitsplätze (z. B. TRGS). Des Weiteren sind Berufseingangsuntersuchungen, wie sie das Jugendarbeitsschutzgesetz (1976) vorsehen, aber auch öffentliche Präventionskampagnen, wie z. B. die Kampagne der Deutschen Gesetz-

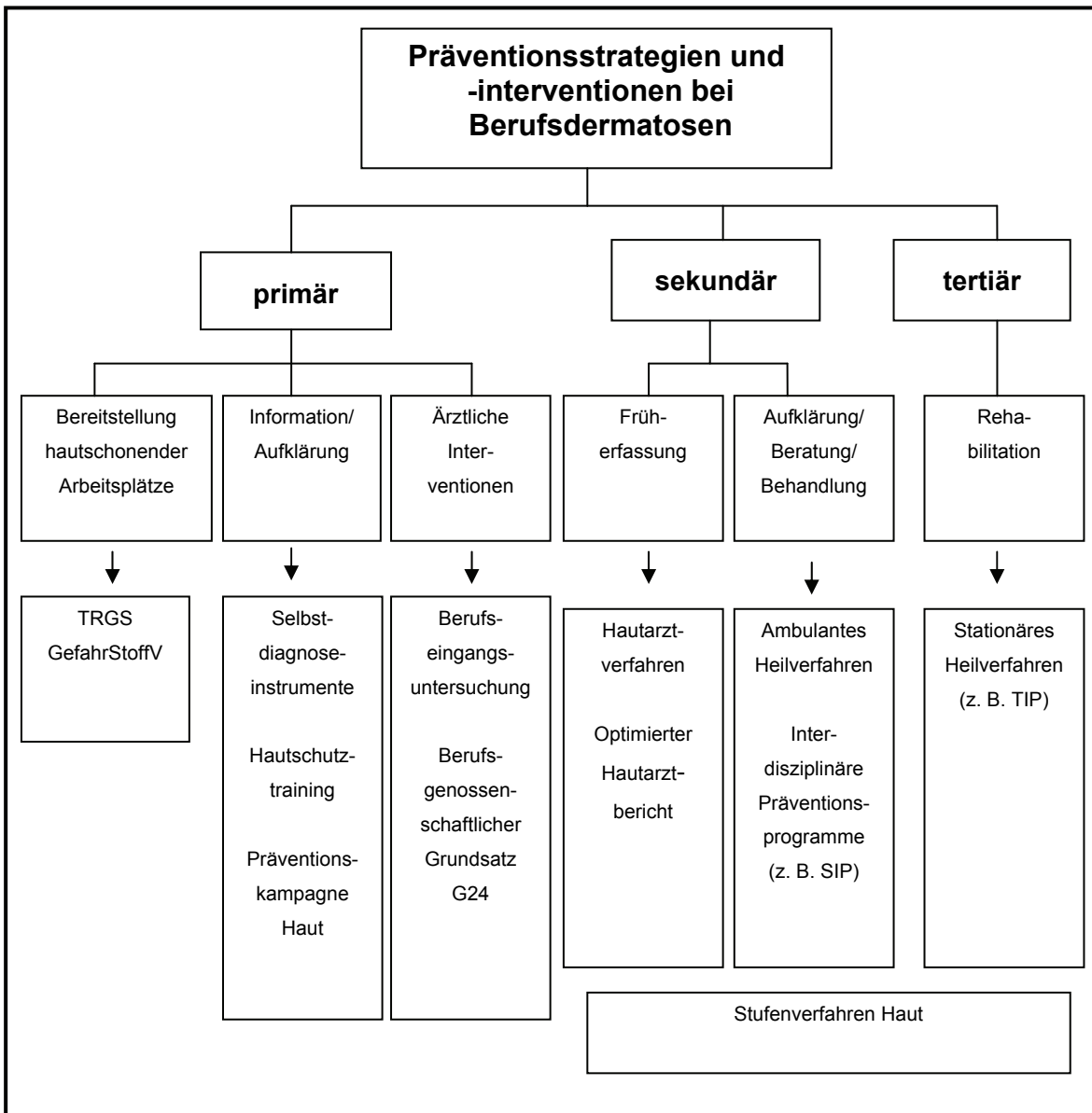
lichen Unfallversicherung aus dem Jahr 2007/08 „Die Haut – Die wichtigsten 2m² deines Lebens!“, zu nennen, die ein Problembewusstsein nicht nur bei Beschäftigten und Arbeitgebern schaffen sollen (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung o. J.).

Sekundäre berufsdermatologische Präventionsmaßnahmen richten sich an Beschäftigte, bei denen es bereits zu Krankheitserscheinungen gekommen ist (Hurrelmann/Laaser 2006). Hierzu zählt das Hautarztverfahren mit dem optimierten Hautarztbericht. Das Hautarztverfahren dient der Früherfassung von Berufsdermatosen und umfasst gewerbedermatologische Frühinterventionen (z. B. Ersatz von gefährdenden Arbeitsstoffen, Schutzkleidung etc.), therapeutische Maßnahmen (ambulante Heilbehandlung), aber auch pädagogische Interventionen wie die „sekundäre Individualprävention“ (= SIP), welche gesundheitspädagogische und ärztliche Beratung umfasst (Wilke et al. 2012, Blome/John 2007).

Zu den tertiären Präventionsstrategien der Berufsdermatologie zählt das stationäre Heilverfahren oder auch die „stationäre tertiäre Individualprävention“ (= TIP), dessen primäres Ziel die Sicherung des Berufsverbleibs ist (Skudlik 2008, Weisshaar et al. 2012). Das stationäre Heilverfahren richtet sich an Betroffene, deren beruflich verursachte Hauterscheinungen im Rahmen der ambulanten Therapie nicht zur Abheilung kommen bzw. rezidivieren, und die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit droht. Für diese schweren Fälle sind nach John/Skudlik (2006) verstärkte Bemühungen sowohl im Bereich der Diagnostik als auch im Bereich der Therapie und (gesundheitspädagogischen) Schulung und Motivation notwendig, um dem primären Ziel des Berufsverbleibs möglichst nah zu kommen. Diese Maßnahmen können am ehesten im Rahmen eines stationären Aufenthaltes gewährleistet und koordiniert werden (Skudlik et al. 2008).

Abbildung 1 gibt einen Überblick über die von Mertin (2009) herausgearbeiteten Interventionsmaßnahmen im Bereich der Berufsdermatologie.

Abbildung 1: Präventionsstrategien und -interventionen bei Berufsdermatosen (Mertin 2009, S. 20)



3.1 Gesetzliche Grundlage und Indikationen für das stationäre Heilverfahren

Die gesetzliche Grundlage für die Leistungserbringung bei beruflich bedingten Hauterkrankungen liegt im VII. Sozialgesetzbuch begründet. Der § 1 verpflichtet die Gesetzliche Unfallversicherung zur Prävention, Rehabilitation und Entschädigung bei beruflich bedingten Erkrankungen, Wegeunfällen, Arbeitsunfällen etc. Hier heißt es:

„Aufgabe der Unfallversicherung ist es, nach Maßgabe der Vorschriften dieses Buches

(1). mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten,

(2). nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen.“

(Siebtes Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung, § 1)

In dieser gesetzlichen Vorgabe wird der Grundsatz „Reha vor Rente“ deutlich. Im Rahmen des hierarchisch gestuften Präventionskonzepts bei Berufsdermatosen stellt das stationäre Heilverfahren die letzte mögliche Maßnahme zur Verhinderung einer Berufskrankheit und somit einer Berufsunfähigkeit mit Rentenanspruch dar. Entsprechend ist eine der ersten Indikationsvoraussetzungen für diese stationäre Rehabilitationsmaßnahme, dass der Betroffene konkret von der Gefahr des Aufgabezwangs der beruflichen Tätigkeit bedroht ist, also der Eintritt einer Berufskrankheit Haut (= BK Nr. 5101) nach der Berufskrankheiten-Verordnung kurz bevorsteht. Dabei liegt es im Ermessen des Unfallversicherungsträgers, den Zeitpunkt der Zuweisung festzulegen, z. B. direkt nach erfolgter Meldung bei besonders ungünstigen oder schwerwiegenden Befunden oder aber auch später, wenn alle zur Verfügung stehenden sekundär-präventiven Maßnahmen nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben (Skudlik 2007). Schwantes et al. (2010) sehen einen Bedarf für ein stationäres Heilverfahren, wenn zusätzlich zum Hautbefund eine reduzierte Patientencompliance und schwerwiegende Begleiterkrankungen oder Behinderungen vorliegen. Hier bleibt allerdings unklar, worin sich diese reduzierte Patientencompliance äußert bzw. welcher Art die Begleiterkrankungen oder Behinderungen zu sein haben. Skudlik (2007) und John/Skudlik (2006) ermitteln neben der drohenden Berufsaufgabe durch die BK 5101 folgende Indikationen für ein stationäres Heilverfahren bei Berufsdermatosen:

- wiederholte Heilverfahren („Refresher-TIP“) bei älteren Versicherten mit häufigen Rezidiven zur Vermeidung der Tätigkeitsaufgabe (keine Umschulungsmöglichkeit)
- Minderung der BK-Folgen (bei anerkannter BK 5101 mit schlechter Heilungstendenz)
- Verlaufsbeobachtung (zur Vervollständigung der Diagnostik, bei fraglicher Kausalität, Abgrenzung einer Eigendynamik)

3.2 Das stationäre Heilverfahren nach dem Osnabrücker Modell

An der Universität Osnabrück wurde 1987 ein klinisch-wissenschaftlicher Schwerpunkt zur Prävention von Berufsdermatosen gegründet. Schon zu diesem Zeitpunkt wurde Wert auf Interdisziplinarität gelegt, so dass die Gründung unter Einbeziehung von Dermatologie, Allergologie, Hautphysiologie, Umweltmedizin, Gesundheitspädagogik und Gesundheitspsychologie erfolgte. Daraus hervorgegangen ist das durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) geförderte Modellprojekt „Stationäre Prävention für hautkranke Versicherte“. Im Rahmen dieses Forschungsprojekts konnte gezeigt werden, dass ein Jahr nach Teilnahme an der Präventionsmaßnahme noch 66 % der Patienten ihrer beruflichen Tätigkeit nachgingen. Aufgrund dieser Ergebnisse steht die tertiäre Individualprävention (TIP) allen Versicherten der gesetzlichen Unfallversicherung seit 1999 offen (John/Skudlik 2006, Schwanitz 2002).

Das stationäre Heilverfahren nach dem Osnabrücker Modell ist gekennzeichnet durch seine interdisziplinäre Ausrichtung und seine enge Verzahnung von ambulanten und stationären Heilverfahren, die eine nahtlose Betreuung und Beratung der Versicherten sowohl ambulant als auch stationär sicherstellt. In diesem Punkt unterscheidet sich das modifizierte stationäre Heilverfahren von „klassischen“ stationären berufsdermatologischen Heilverfahren, welche eher monodisziplinär und ohne ausreichende Verknüpfung mit erforderlichen nachstationären therapeutischen und arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen durchgeführt wurden (John/Skudlik 2006, Skudlik et al. 2009a).

Die Interdisziplinarität des stationären Heilverfahrens nach dem Osnabrücker Modell äußert sich in den Komponenten der drei Wissenschaftsdisziplinen Dermatologie (Diagnostik und Therapie zur Stabilisierung des Hautzustandes), Gesundheitspädagogik (Gruppen- und Einzelschulungen zum Hautschutz, Motivation zur Verhaltensänderung) und Gesundheitspsychologie (z. B. Schulungen zum Juckreizmanagement, Rauchentwöhnung, Entspannung/Stressmanagement), wobei der Schwerpunkt auf den medizinischen und gesundheitspädagogischen Maßnahmen liegt (Skudlik 2007). An den zwei- bis dreiwöchigen stationären Aufenthalt schließt sich eine nachstationäre Arbeitskarenz von etwa drei Wochen an, so dass die Patienten insgesamt etwa sechs Wochen der beruflichen Tätigkeit fernbleiben. Diese Zeitspanne ist nach Skudlik et al. (2008a) notwendig, um eine vollständige Barriereregeneration zu erreichen. Der präferierte ganzheitliche Ansatz des Osnabrücker Modells hat zum Ziel, gesundheitsförderliches Verhalten in Beruf und Alltag langfristig zu fördern, um auf diese Weise die Chancen auf den Berufsverbleib zu stei-

gern. Die Heilung bzw. deutliche Besserung des Hautzustandes, der Erhalt der Lebensqualität sowie die Minimierung der sozioökonomischen Kosten sollen auf diese Weise langfristig erreicht werden (Skudlik et al. 2008b).

Basierend auf diesen positiven Vorerfahrungen mit dem Osnabrücker Modell wird seit 2005 seitens der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung die prospektive Multi-Center-Studie „Medizinische-Berufliches Rehabilitationsverfahren Haut – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens (ROQ)“ gefördert (Weisshaar et al. 2012, Skudlik et al. 2009b). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass dieses Modell einer integrierten Versorgung sowohl in Hinblick auf Berufsverbleib, Erkrankungsschwere und Lebensqualität der Betroffenen, aber auch hinsichtlich ökonomischer Aspekte für die Solidargemeinschaft jeweils mit Verbesserungen einherging (Weisshaar et al. 2012). Die Übertragung des Osnabrücker Modells auf weitere Zentren der Berufsdermatologie und beteiligte ambulante Praxen in der Bundesrepublik kann folglich als gelungen betrachtet werden.

In diesem Zusammenhang sei insbesondere auf die Tatsache verwiesen, dass nach Skudlik et al. 2009b und Weisshaar 2012 et al. der langfristige Präventionserfolg des Heilverfahrens nach dem Osnabrücker Modell unter anderem wesentlich von der Umsetzung der optimierten Hautschutzmaßnahmen am Arbeitsplatz abhängt. Hieraus wird deutlich, dass ein erfolgreicher Ablauf des Prozesses der Verhaltensänderung und somit der volitionalen Phase (Schwarzer 2004) einen elementaren Baustein des Behandlungserfolgs darstellt. Im Rahmen des stationären Heilverfahrens sind insbesondere die gesundheitspädagogischen Bemühungen darauf ausgerichtet, diese zu initiieren bzw. positiv zu verstärken (Wulfhorst 2006b).

Im Rahmen der hier durchgeführten Untersuchung (siehe ab Teil II Studie) steht dieser Prozess der Verhaltensänderung aus Sicht einzelner Betroffener im Zentrum des Forschungsinteresses. Um die Schilderungen der Interviewpartner auch aus der theoretischen Metaebene heraus verstehen bzw. interpretieren zu können, erscheint es notwendig, die im Rahmen des stationären Heilverfahrens diesen Prozess maßgeblich beeinflussende Wissenschaftsdisziplin der Gesundheitspädagogik näher zu betrachten, um schließlich die gesundheitspädagogische Anwendungsebene der Patientenschulung in die theoretischen Analysen einzubeziehen.

4 Gesundheitspädagogik

Der Begriff der Gesundheitspädagogik wird in der jüngeren Literatur verstärkt diskutiert und dabei oft mit anderen – häufig schon länger diskutierten – affinen Begriffen, wie z. B. „Gesundheitsbildung“, „Gesundheitsberatung“ oder „Gesundheitsförderung“ verknüpft, was teilweise zu einer verwirrenden Begriffsvielfalt führt. In dieser Arbeit wird auf das Begriffsverständnis von Wulfhorst (2002) und die von ihr entwickelte Definition der Gesundheitspädagogik zurückgegriffen.

Ihrer Definition nach soll die Gesundheitspädagogik als ein übergeordneter *Dachbegriff* verstanden werden,

„[...] unter dem sämtliche bisherigen, auf die Beeinflussung gesundheitsrelevanten Verhaltens, die Vermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte, die Förderung gesundheitsrelevanter Verhältnisse – sofern sie unmittelbar das in erster Linie zu fokussierende Verhalten bedingen – bezogene Theorien, Modelle, Konzeptionen, Maßnahmen und Methoden zusammengefasst werden können, unter der zentralen Voraussetzung, dass sie wissenschaftlich begründet sind, beschäftigt sich die Gesundheitspädagogik mit Erkenntnissen und Methoden zur Beeinflussung des gesundheitsfördernden persönlichen und sozialen Verhaltens.“ (Wulfhorst 2002, S. 33)

Die Gesundheitspädagogik wird dabei als wissenschaftliche Teildisziplin der Erziehungswissenschaften angesehen, die sich ausdrücklich auch mit der erziehungswissenschaftlichen Reflexion des Gegenstandsbereiches beschäftigt. Gesundheitspädagogische Maßnahmen müssen dementsprechend theoriegeleitet und überprüfbar sein. Das Erkenntnisinteresse gesundheitspädagogischer Forschung basiert nach dieser Definition auf dem Kompetenzbereich 4 der Ottawa Charta (WHO 1986): „Persönliche Kompetenzen entwickeln“ (Wulfhorst 2002, Wulfhorst/Hurrelmann 2009). Ziel gesundheitspädagogischer Maßnahmen ist es, die Adressaten in ihrer persönlichen Entwicklung und ihren sozialen Fertigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung, Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten zu unterstützen. Sie sollen so befähigt werden, mehr Einfluss auf ihre Gesundheit und Lebenswelt auszuüben und ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu vollziehen, die ihrer Gesundheit zugutekommen (WHO 1986). Hurrelmann (2006) leitet daraus folgenden Anspruch an die Gesundheitspädagogik ab:

„Ziel der gesundheitspädagogischen Bemühungen ist es, eine Verinnerlichung des Wissens und einen Übergang der vermittelten Informationen in die Selbststeuerung des Individuums zu erreichen.“ (Hurrelmann 2006, S. 16).

Der Erkenntnisschwerpunkt der Gesundheitspädagogik liegt hier in der Entwicklung von Veränderungsstrategien, die sich direkt auf das Verhalten des Adressaten auswirken (Hurrelmann 2006). Deutlich wird in diesen beiden Definitionen der Gesundheitspädagogik der Theoriebezug, der die Gesundheitspädagogik in der Metaebene der wissenschaftlichen (Teil-)Disziplin der Erziehungswissenschaften verortet (Wulfhorst/Hurrelmann 2009).

Zwick (2004) hält fest, dass die Gesundheitspädagogik nach wie vor eher als Handlungsfeld, denn als pädagogische Teildisziplin fungiert, da es nach wie vor keine originären gesundheitspädagogischen Theorien gibt. Nach wie vor stammt der theoretische Unterbau der Gesundheitspädagogik überwiegend aus anderen Bezugsdisziplinen, wie der Gesundheitssoziologie, Gesundheitspsychologie und der Medizin (Wulfhorst 2002, Wulfhorst 2006).

4.1 Patientenschulung im Kontext der Gesundheitspädagogik

Geht es um die Beschreibung konkreter gesundheitspädagogischer Interventionen und Maßnahmen, so lassen sich diese Praxisfelder der Gesundheitspädagogik unter dem Begriff der *Gesundheitserziehung* subsumieren. In der Literatur werden in diesem Zusammenhang auch weitere Begrifflichkeiten, wie z. B. Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsförderung, Gesundheitsberatung, Gesundheitsbildung etc., diskutiert (Sabo 2003, Hörmann 2009), wobei diese Diskussion häufig sehr ideologisch geprägt ist (biomedizinisches Krankheitsmodell versus Salutogenese-Modell). Im Rahmen dieser Arbeit wird daher erneut auf das Begriffsverständnis von Wulfhorst zurückgegriffen, da hier weniger von der ideologischen als von der ideengeschichtlichen Entstehung der Begriffe her argumentiert wird. Hiernach wird die Gesundheitserziehung der Anwendungsebene der Gesundheitspädagogik untergeordnet. Mit Gesundheitserziehung sind demnach alle gezielten Interventionen gemeint, „die über die Beeinflussung des individuellen Verhaltens des Menschen zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit beitragen, die Verantwortung für die eigene Gesundheit festigen und einen Menschen befähigen, aktiv an der Gestaltung der natürlichen und gesellschaftlichen Umwelt teilzunehmen.“ (Wulfhorst/Hurrelmann 2009, S. 14).

Abbildung 2: Gesundheitspädagogik als Theorie von der Gesundheitserziehung (Wulfhorst 2006, S. 827)



Da Patientenschulungen auf die Beeinflussung von gesundheitsrelevantem Verhalten abzielen und es sich hierbei um eine originär pädagogische Aufgabe handelt, lassen sich diese dem Anwendungsfeld der Gesundheitserziehung zuordnen (siehe Abbildung 2). Im Rahmen dieser Arbeit werden Schulungsmaßnahmen, die auf die Veränderung von gesundheitsrelevantem Verhalten abzielen, als gesundheitspädagogisch bezeichnet. In den folgenden Kapiteln soll sich der Maßnahme der Patientenschulung aus der gesundheitspädagogischen Perspektive weiter angenähert werden.

4.2 Definition Patientenschulung

Patientenschulungen haben seit dem Aufkommen erster Programme für Diabetes-mellitus in den USA der 20er Jahre des letzten Jahrhunderts stetig an Bedeutung gewonnen. Heute sind sie aus der medizinischen Versorgung insbesondere von chronischen Erkrankungen nicht mehr wegzudenken (Warschburger 2003a, Hermanns/Kulzer 2003). Petermann (1997) kennzeichnet mit dem Begriff „Patientenschulung“ Interventionen, die „chronisch Kranke in die Lage versetzen sollen, ihre Krankheit und die damit verbundenen Belastungen eigenständiger (eigenverantwortlicher) zu bewältigen.“ (Petermann 1997, S. 3). Diese Definition aus den Anfängen der deutschsprachigen Forschung zur Patientenschulung erscheint noch relativ unspezifisch. Schon um einiges konkreter wirkt hier die aktuelle Definition der Arbeitsgruppe „Patientenschulung“ des Förderschwerpunktes „Rehabilitationswissenschaften“: „Patientenschulungen sind interaktive Gruppenprogramme für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Sie haben das Ziel, die Mitarbeit (Compliance) der Betroffenen bei der medizinischen Behandlung zu verbessern und ihre Fähigkeiten zum selbstverantwortlichen Umgang mit ihrer Erkrankung (Selbstmanagement) in Kooperation mit professioneller Hilfe zu stärken. Der Patient [...] soll in die Lage versetzt werden, informierte Entscheidungen bezüglich seiner Lebensführung zu treffen (Empowerment).“ (Ströbl/Friedel-Huber/Küffner et al. 2007, S. 11).

Diese Definition geht auf einen Expertenkonsens im Rahmen des Delphi-Verfahrens zur Ermittlung von Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen zurück (Ströbl et al. 2007). Im Rahmen dieses Verfahrens wurden ebenfalls indikationsübergreifende, formale Mindestanforderungen an Patientenschulungen bestimmt, die einer einheitlichen Verwendung des Begriffs „Patientenschulung“ dienen sollen. Folgende Kriterien sind für Maßnahmen, die das Label „Patientenschulung“ verdient haben sollen, als Voraussetzung bestimmt worden:

- „Es muss ein **Manual** vorhanden sein, welches über Zielgruppe, mini- bis maximale Gruppengröße, Ziele und Inhalte, methodisches Vorgehen und Schulungsmaterialien informiert.
- Als unverzichtbare **Ziele** einer jeden Patientenschulung gelten Wissenserwerb, Training von Fertigkeiten, Motivation zu gesundheitsgerechtem Lebensstil, Krankheitsbewältigung und das Training krankheitsspezifischer sozialer Kompetenzen.
- In Bezug auf die Wahl der **Methode** werden aktivierende Methoden (z. B. Diskussion, Kleingruppenarbeit, Rollenspiel) als unverzichtbar angesehen. Ausdrücklich wird da-

rauf hingewiesen, dass Veranstaltungen, die ausschließlich frontale Vermittlungsmethoden anwenden, keine Patientenschulung darstellen. Aktivierende Methoden sollen in jeder Schulungseinheit zum Einsatz kommen. Zudem soll die Schulung Elemente enthalten, die den Transfer in den Alltag fördern.“ (Ströbl et al. 2007, S. 14)

Die hier als konstituierend betrachteten Aspekte einer Patientenschulung sind weitestgehend konvergent mit der Literatur (siehe hierzu die Auswertung von Mertin 2009). Angemerkt werden muss jedoch, dass aus pädagogischer Sicht insbesondere bei der Definition der „Ziele“ und der „Methode“ sprachliche Ungenauigkeiten zu bemängeln sind. So scheint das „Training von Fertigkeiten“ eher eine „Methode“ als ein „Ziel“, und der Anspruch, „[...] Elemente [zu] enthalten, die den Transfer in den Alltag fördern“ weniger eine methodische Entscheidung, als eine Zielformulierung zu sein. Hieraus erwächst zwar noch keine grundsätzlich falsche Definition; dennoch wird in diesen sprachlichen Ungenauigkeiten deutlich, wie gering bisher der gesundheitspädagogische Einfluss auf die Theoriebildung sogar im Bereich der pädagogischen Kernkompetenz – der Schulung – ist. Nach Auffassung der Autorin könnte die Gesundheitspädagogik hier durch z. B. didaktische Forschung zu einer Weiterentwicklung und Verbesserung von Patientenschulungen beitragen.

Als Arbeitsdefinition wird daher auf die Definition von Mertin (2009) zurückgegriffen, der auf Basis der vorhandenen Literatur folgende Begriffsbestimmung vornimmt und hierbei auch die pädagogische Perspektive berücksichtigt:

„Patientenschulungen sind edukative Gruppenprogramme, die durch ein strukturiertes und standardisiertes Vorgehen darauf ausgerichtet sind, Personen mit einer chronischen Erkrankung durch die Vermittlung informations- und verhaltensorientierter Inhalte zu einer eigenverantwortlichen Krankheitsbewältigung zu befähigen.“ (Mertin 2009, S. 32)

Der gesundheitspädagogische Schwerpunkt dieser Arbeit wird im folgenden Kapitel vertieft.

4.3 Ziele von Patientenschulung aus didaktischer und gesundheitspädagogischer Perspektive

Verfolgt man die aktuelle wissenschaftliche Literatur, die sich aus didaktischer Perspektive mit dem Konstrukt „Ziele“ von Lehr-/Lernprozessen auseinandersetzt, so kommt man an dem Begriff der „Kompetenz“ bzw. „Kompetenzförderung“ nicht vorbei (Frank 2013, Arnold 2010, Gnahs 2007). In der Literatur zur Patientenschulung findet der „Kompetenzbegriff“ zwar bisher wenig Beachtung, da die meisten (deutschsprachigen) Veröffentlichungen überwiegend in der Gesundheitspsychologie oder Medizin verortet sind und der Kompetenzbegriff vornehmlich auf bildungspolitische Diskussionen zurückgeht (Gnahs 2007). Diese Arbeit möchte sich mit der Thematik der Patientenschulung jedoch vor allem aus dem Blickwinkel der Gesundheitspädagogik nähern und die bisherigen (psychologisch-medizinischen) Erkenntnisse um die pädagogische Perspektive ergänzen. Aus diesem Grunde erscheint es sinnvoll, für den Bereich der Patientenschulung eine Aufbereitung der Begrifflichkeit „Kompetenz“ vorzunehmen, auch wenn dieser Bereich in der fachwissenschaftlichen Diskussion zur Patientenschulung bisher nicht betrachtet wurde.

Weinert (2001) definiert **Kompetenzen** als „[...] die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können“ (Weinert 2001, S. 27). Kompetenzen stellen somit die Verbindung zwischen Wissen und Können her und dienen der Befähigung zur Bewältigung unterschiedlicher Situationen. Durch „Performance“, also die Bewältigung einer Situation durch konkretes Handeln, zeigt sich diese Fähigkeit zum „kompetenten Handeln“ (Klieme 2004, Sloane/Dilger 2005).

Hat eine pädagogische Intervention das Ziel, Handlungskompetenz zu fördern, so muss bei der Lernzielformulierung berücksichtigt werden, dass diese Kompetenzen nur langfristig aufgebaut werden können (Glahs 2007, Klieme 2004). Somit entziehen sie sich, anders als die traditionellen Lernziele, eher einer zeitnahen Überprüfung, denn das Ziel der Kompetenzförderung ist, dass der Lernende das Gelernte angepasst an die konkrete Situation anwenden kann. Entsprechend schwierig gestaltet sich die Operationalisierung von Zielen im Bereich der Handlungskompetenz (Klieme 2004, Soane/Dilger 2005). Für den Bereich der Patientenschulung bedeutet dies beispielsweise, dass der Patient in der Lage ist, bei Anzeichen von akuten Verschlechterungen der Situation entsprechend kom-

petent zu handeln. Diese Handlungssituationen müssten durch Operationalisierung vorweggenommen werden. Eine konstruierte Handlungssituation kann aber nie die individuelle Realität des einzelnen Patienten abbilden, so dass die Performance in dieser konstruierten Situation nur bedingt Rückschlüsse auf erworbene oder vorhandene Kompetenzen des Betroffenen zulässt (Klug Redman 2009). Zielt eine Patientenschulung darauf ab, Handlungskompetenz im Bereich der Krankheitsbewältigung zu verbessern, so muss sich dies insgesamt auf das didaktische Konzept der Schulung auswirken, also auch entsprechende Methoden gewählt werden, die es den Patienten ermöglichen, ihre Handlungskompetenz im Bereich Krankheitsbewältigung zu verbessern.

Strauch et al. (2009, S. 20) erachten folgende vier didaktische Prinzipien als maßgeblich für die Kompetenzentwicklung:

Handlungsorientierung: Hiermit ist ein Vermittlungsweg gemeint, der anwendungsbezogenes Wissen und Handlungsfähigkeit fördert.

Eigenaktivität des Schulungsteilnehmers: Im Gegensatz zur bloßen Wissensvermittlung soll bei der Kompetenzförderung die Handlungsfähigkeit des Rezipienten verbessert werden. Entsprechend sollen Schulungen mit diesem Anspruch Lernumgebungen bieten, die dem Lernenden viele praktische Anteile und Möglichkeiten zum Ausprobieren und Anwenden des Gelernten ermöglichen.

Subjektorientierung: Schulungsinhalte sollen so aufgebaut werden, dass sie auf den Handlungsproblemen der Teilnehmer aufbauen und sich weniger an fachsystematischen Sachlogiken orientieren.

Kompetenzorientierung: Hiermit ist die Orientierung der Inhalte an bereits erworbenen Kompetenzen des Schulungsteilnehmers gemeint. Strauch et al. (2009) wollen dies als eine Abkehr von einer Defizitorientierung hin zur Kompetenzorientierung verstanden wissen.

So zielt die Forderung des didaktischen Prinzips der „Handlungsorientierung“ nach Strauch et al. (2009) auf die Auswahl der richtigen „Methoden“ ab – die „Eigenaktivität des Schulungsteilnehmers“ muss sich auf die Auswahl geeigneter „Medien“ auswirken. Die „Subjekt-“, als auch die „Kompetenzorientierung“ bedarf Überlegungen sowohl zu der richtigen Auswahl der Inhalte als auch zu einer genauen Analyse der anthropologischen und soziokulturellen Bedingungen der Teilnehmerschaft. Während des stationären Aufent-

tes der berufsdermatologisch Erkrankten zielt vor allem das Hautschutzseminar auf die Verbesserung der Handlungskompetenz der Betroffenen ab. In Kapitel 6.1 ist dargelegt, durch welche didaktischen Entscheidungen die Stärkung der Handlungskompetenz angestrebt wird. Als weitere didaktische Maßnahme wurde den Teilnehmern dieser Untersuchung eine von der Autorin entwickelte Broschüre (siehe 6.1.6. und Anhang) zur Verfügung gestellt. In dieser Studie soll überprüft werden, ob mit Hilfe dieses Mediums der Prozess der Verhaltensänderung unterstützt werden kann und so schlussendlich auch die Handlungskompetenz im Bereich der Krankheitsbewältigung verbessert wird (siehe Kapitel 1).

In dem vorausgegangenen Abschnitt wurde die didaktische Frage nach dem „Ziel“ vornehmlich aus der pädagogischen Sicht zu Schulungen allgemein beleuchtet. Im Folgenden soll es um die Frage nach den spezifischen Zielen von Patientenschulungen gehen. Hierzu finden sich vornehmlich in der (gesundheits-)psychologischen Literatur entsprechende Aussagen, die in den nachfolgenden Abschnitten dargelegt werden und hinsichtlich gesundheitspädagogischer Bezüge überprüft werden sollen.

Die Ziele von Patientenschulungen sind vielfältig. Faller et al. (2011b) sehen die Ziele von Patientenschulungen einem Wandel unterzogen, den sie auf einen Paradigmenwechsel im Bereich der Konzeption von Rehabilitationsmaßnahmen allgemein zurückführen: Weg vom paternalistischen Modell der Arzt-Patient-Beziehung, hin zu einem kooperativen, partizipativen Modell der Arzt-Patient-Beziehung. Der Rehabilitand soll die Rehabilitationsziele mitgestalten und entsprechende Maßnahmen bestimmen, wie diese Ziele erreicht werden sollen. Dies führt dazu, dass Rehabilitanden in viel stärkerem Maße als früher mitgestalten und steuern müssen. Dieser – von Faller (2001b) beschriebene – Paradigmenwechsel verdeutlicht abermals die Wichtigkeit gesundheitspädagogischer Bemühungen. Denn Patienten, die mitgestalten und bestimmen sollen (Faller 2011b), müssen diese persönliche Kompetenz in den meisten Fällen erst entwickeln (siehe Kompetenzbereich 4 der Ottawa-Charta, WHO 1986) und benötigen entsprechende gesundheitspädagogische Unterstützung (Hurrelmann 2006, Wulfhorst/Hurrelmann 2009).

Der veränderte Anspruch an den Patienten lässt sich auch in den heutigen Zielen von Patientenschulungen, die sich nicht mehr allein auf eine Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten beschränken, ablesen.

Mertin (2009) ermittelte in seiner Analyse über Zielausrichtungen von heutigen Patientenschulungen neben den Konstrukten *Wissen/Fertigkeiten* und *Compliance* auch „neuere“

Konstrukte wie *Selbstmanagement* und *Empowerment* als häufige Zielgrößen. Die folgenden Ausführungen fassen die von Mertin (2009) diskutierten Zielausrichtungen kurz zusammen und analysieren die jeweilige Zielgröße auf Kompetenz- bzw. traditionell ausgerichteten Lernzielgehalt.

Wissen und Fertigkeiten: Hiermit sind krankheits- und behandlungsspezifisches Wissen bzw. Fertigkeiten gemeint. Bei der Betrachtung der Literatur zu Patientenschulungen fällt auf, dass *Wissen* in seiner Bedeutung für den Patienten unterschiedlich bewertet wird. Während einige Autoren (Petermann 1997, Bott 2000, Warschburger 2003) *Wissen* als entscheidende Basis für alle weiteren Schulungsziele betrachten, sehen andere Autoren (Faller et al. 2011b, Vogel 2001) *Wissen* eher als ein „notwendiges Übel“ an, dem andere Schulungsziele (siehe nachfolgende Ausführungen in diesem Kapitel) überzuordnen sind. Die Wissensvermittlung kann als eine gesundheitspädagogische Kernkompetenz betrachtet werden, denn laut Hurrelmann (2006, S. 16) ist die „Verinnerlichung des Wissens“ ein konkretes Ziel gesundheitspädagogischer Bemühungen und auch Wulfhorst betrachtet „die Vermittlung gesundheitsrelevanter Inhalte“ (2002, S. 33) als eine originär gesundheitspädagogische Aufgabe.

Compliance: Der Compliance-Begriff wird in der Literatur mit unterschiedlichem Schwerpunkt betrachtet. Petermann (2004) versteht unter dem Compliance-Begriff das kooperative Verhalten eines Patienten im Rahmen der Therapie. Andere übersetzen Compliance mit „Therapietreue“ oder „Therapiegehorsam“ (Heesen et al. 2006). Ströbl et al. (2007) definieren Compliance als die Mitarbeit von Patienten bei der medizinischen Behandlung (siehe hierzu auch Teil I, Kapitel 4.2). Auch Mertin (2009) konnte in seinen Ausführungen aufzeigen, dass im Bereich der „Compliance“ als Zielgröße von Patientenschulungen kein Konsens in der Literatur zu finden ist. Während einige Autoren die Verbesserung der Compliance als wichtiges Ziel von Patientenschulungen betrachten (Waschburger 2003, Faller 2001, Mühlig 2001, Reusch/Mühlig 2000), kritisieren andere das Compliance-Konzept als nicht mehr zeitgemäß, da es zu sehr auf einem autoritären Arzt-Patienten-Verhältnis basiere, was dem vorherrschenden Paradigma der Gesundheitsförderung nicht entspreche. Anstelle des Compliance-Begriffs werden Zielgrößen wie „Empowerment“ (Faller et al. 2011b, Vogel 2001) oder „Selbstmanagement“ (Klug Redman 2008, Bott 2000) angeführt. Andere Autoren gehen weniger paradigmatisch vor. So sieht die aktuelle Definition des Zentrums für Patientenschulung Compliance als gleichberechtigtes Ziel neben Selbstmanagement und Empowerment (Ströbl et al. 2007).

Petermann (2004) betont, dass Compliance nicht als Therapiegehorsam missverstanden werden darf. Er sieht den Faktor der Mitarbeit des Patienten an der Therapie als zentrales Kennzeichen von Compliance an. Der Patient soll schrittweise seine Krankenrolle aktiver gestalten und zunehmend mehr Verantwortung im Kontext des Krankheitsmanagements übernehmen. Compliance ist nach dieser Definition die Verhaltensweise eines Patienten, die komplex, dynamisch und kontextabhängig ausfällt (Petermann 2004, S. 90 f.). Legt man eine solche Definition zu Grunde, so wird deutlich, dass für ein compliant Verhalten Handlungskompetenz notwendig ist, die durch gesundheitspädagogische Bemühungen, wie sie von Wulfhorst (2002) und Hurrelmann (2006) verstanden werden, gefördert werden können. Wird Compliance lediglich als Therapiegehorsam verstanden, so deutet dies auf ein eher veraltetes, weil paternalistisch ausgerichtetes Verständnis in der Arzt-Patienten-Beziehung hin (Faller 2001b). Wird solch ein Verständnis zu Grunde gelegt, gibt es keinen gesundheitspädagogischen Handlungsspielraum.

Selbstmanagement: Mit der Förderung des *Selbstmanagements* ist gemeint, Teilnehmer zu einer besseren Selbststeuerung ihrer Krankheit anzuleiten und sie möglichst aktiv zu einer (krankheitsbezogenen) Problembewältigung zu befähigen (Kanfer et al. 2012). Bleichhardt (2000) versteht unter Selbstmanagement die Steigerung der Selbstwirksamkeit und des eigenverantwortlichen Gesundheitsverhaltens bei Patienten mit chronischen Erkrankungen. Mertin (2009) schließt aus dieser Verknüpfung von Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement für die Schulungspraxis ein synonymes Verständnis der beiden Begrifflichkeiten. Dem wird hier zugestimmt, denn beide Begrifflichkeiten haben ihren Ursprung in der sozial-kognitiven Theorie von Bandura (Schwarzer 2004, Kanfer 2012) und greifen somit auf das gleiche theoretische Konstrukt zurück.

Über das oben beschriebene Verständnis von Selbstmanagement besteht in der Literatur weitgehend Einigkeit (Bott 2000, Warschburger 2003, Bleichhardt 2000, Petermann 1997, zit. nach Mertin 2009). Zudem existieren bereits konkrete, evaluierte Schulungskonzepte zur Verbesserung von Selbstmanagement bei chronisch Kranken (Klug Redman 2008), was als weiteres Indiz für ein gut untersuchtes und definiertes Konstrukt gewertet werden kann.

In der oben genannten Definition zum *Selbstmanagement* kommt klar zum Ausdruck, dass die Befähigung zur Problembewältigung ein zentrales Anliegen des Selbstmanagements ist. Damit zeigt das Konstrukt *Selbstmanagement* Überschneidungen zu originär

gesundheitspädagogischen Zielen (Hurrelmann 2006, Wulfhorst 2003) und kann durch entsprechende gesundheitspädagogische Maßnahmen erreicht werden.

Empowerment: Mertin (2009) konnte in seinen Ausführungen zu Schulungszielen herausarbeiten, dass mit dem Aufkommen der Diskussion über Selbstmanagement als Ziel zunehmend auch *Empowerment* als weiteres Schulungsziel herausgestellt wurde. Entsprechend lässt sich bei einigen Autoren eine starke inhaltliche Nähe zum Begriff des Selbstmanagements ausmachen. So findet sich bei Bleichhardt (2000) und Faller (2001) diese Deckungsgleichheit, die Empowerment als Fähigkeit zum selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung definieren (zit. nach Mertin 2009). Der gemeinsame Nenner der meisten Empowerment-Definitionen im Bereich der Patientenschulung bildet das Konzept der Selbstbestimmung. Dieses Verständnis entspricht dem Ursprung der Empowermentidee, nämlich die politische Teilhabe von Bürgern stärken zu wollen. Sie geht und auf den Sozialwissenschaftler Julian Rappaport zurück, der Empowerment als einen Prozess, bei dem Menschen lernen, ihr eigenes Leben selbst zu meistern: „[...] *by which people gain mastery over their lives.*“ definierte (Rappaport 1987, zit. nach Heesen et al. 2006).

Trotz dieser gemeinsamen Basis „Selbstbestimmung“ variieren die Begriffsverständnisse zu Empowerment als Ziel von Patientenschulungen. Einige Autoren bleiben relativ abstrakt in ihrer Definition. So sehen Ströbl et al. (2007) Empowerment als Ziel von Patientenschulungen, bei denen der Patient in die Lage versetzt wird, „[...] informierte Entscheidungen bezüglich seiner Lebensführung zu treffen.“ (Ströbl et al. 2007, S. 11, siehe auch Teil I, Kapitel 4.2). Faller (2001) und Vogel (2001) teilen diese Auffassung, konkretisieren ihre Vorstellungen dazu aber mit unterschiedlichen Akzenten: Nach Faller (2001) kann dieses Empowerment erreicht werden, indem die Patienten entsprechend über Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen verfügen. Diese Auffassung unterstützt auch Vogel (2001), für ihn ist Empowerment aber zusätzlich die Voraussetzung für einen erfolgreichen Transfer des Schulungsinhaltes in den Alltag. Um diesen Transfer zu leisten, ist nach seiner Auffassung die Selbstwirksamkeitserwartung besonders bedeutsam. Mertin (2009) schließt aus dieser Verknüpfung, dass – folgt man den Ausführungen Vogels (2001) – Selbstwirksamkeit ein Mittel zur Erreichung von Empowerment ist. Wiederum einen anderen Akzent setzen Heesen et al. (2006): Hier wird Empowerment als ein Sammelbegriff von Patientenfähigkeiten verstanden, welche den Patienten zum informierten *expert patient* machen, der zum einen kritische Therapieansätze bewertet und zum anderen persönliche Ziele und Werte reflektiert.

Die dargelegten Definitionen machen deutlich, dass bisher noch keine einheitliche Konzeptualisierung zu Empowerment als Ziel von Patientenschulungen vorliegt (vgl. auch Mertin 2009). Postuliert eine Schulung „Empowerment“ als ein Schulungsziel, so müsste zusätzlich eine konkrete Definition erfolgen, was im Rahmen dieser Schulung als „Empowerment“ verstanden werden soll.

Betrachtet man die Zielgröße Empowerment hinsichtlich ihrer Bezüge zu dem hier zu Grunde gelegten gesundheitspädagogischen Verständnis, zeigen sich abermals deutliche Überschneidungen: Wird unter Empowerment die Fähigkeit verstanden, informierte Entscheidungen zu treffen (Ströbl 2007), so können gesundheitspädagogische Bemühungen dazu beitragen, die notwendigen, gesundheitsrelevanten Inhalte zu vermitteln (Wulfhorst 2002). Folgt man dem Verständnis von Vogel (2001), der Empowerment als eine Voraussetzung für den Transfer der Schulungsinhalte in den Alltag und somit als *Handlungsvoraussetzung* versteht, so sind ebenfalls entsprechende gesundheitspädagogische Interventionen sinnvoll, da nach Hurrelmann (2006, S. 16) der „[...] Übergang der vermittelten Informationen in die Selbststeuerung des Individuums [...]“ ein Ziel gesundheitspädagogischer Bemühungen ist.

Zusammenfassend betrachtet ist erkennbar, dass es für alle postulierten Ziele einer Patientenschulung deutliche Überschneidungen zur Gesundheitspädagogik, wie sie von Wulfhorst (2002) und Hurrelmann (2006) verstanden wird, gibt. Hieraus lässt sich ableiten, dass im Bereich der Patientenschulung verstärkt gesundheitspädagogische Überlegungen berücksichtigt werden sollten, da das originär (gesundheits-)pädagogische – nämlich die Entwicklung von Veränderungsstrategien, die sich auf das Verhalten von Patienten auswirken (Hurrelmann 2006), – auch das zentrale Anliegen von Patientenschulungen darstellen.

4.4 Synopse zur Gesundheitspädagogik und Patientenschulung in Verbindung zur Fragestellung

Betrachtet man die in Kapitel 4.3 herausgearbeiteten Ziele einer Patientenschulung, so wird deutlich, dass alle genannten Ziele (Wissen/Fertigkeiten, Compliance, Selbstmanagement und Empowerment) deutlich auf das *Verhalten* bzw. auf eine gewünschte *Verhaltensänderung* der Rezipienten abzielen. Die Schulungsteilnehmer sollen in die Lage versetzt werden, durch ihr eigenes Verhalten den Krankheitsverlauf und/oder Genesungsprozess positiv zu beeinflussen. Von einer Verhaltensänderung spricht man sowohl, wenn

ein (gesundheitsschädliches) Verhalten aufgegeben wird (z. B. das Waschen mit aggressiven Reinigungssubstanzen), als auch, wenn ein (gesundheitsförderliches) Verhalten (z. B. das Arbeiten mit geeigneten Schutzhandschuhen) aufgenommen wird. Dabei unterscheiden sich die genannten Ziele *Wissen/Fertigkeiten*, *Compliance*, *Selbstmanagement* und *Empowerment* allenfalls in ihrer paradigmatischen Zuordnung: Während *Wissen/Fertigkeiten* und *Compliance* eher dem traditionellen biomedizinischen Modell von Gesundheit und Krankheit zugeordnet werden können, sind *Selbstmanagement* und *Empowerment* Begrifflichkeiten, die eher dem jüngeren biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit entsprechen (Knoll et al., S. 21). Dennoch beinhalten die neueren Begrifflichkeiten *Selbstmanagement* und *Empowerment* auch Komponenten von Wissen und Compliance, sie ergänzen diese Konstrukte allerdings um weitere Aspekte, wie z. B. „eigenverantwortliches Handeln“ und „selbstbestimmt entscheiden“ (Klug Redman 2008, S. 29). Vor allem für das Konstrukt *Empowerment* erscheinen die definierenden Komponenten relativ abstrakt, was die Überführung dieses Ziels in konkrete methodisch, inhaltliche und mediale Entscheidungen erschwert. Dies soll nicht bedeuten, dass *Empowerment* als solches als verzichtbare Schulungskomponente angesehen wird, vielmehr bleibt zu diskutieren, ob *Empowerment* nicht eher eine politische Haltung ist, in deren Geist die Schulungssituation stattfindet, und weniger als ein konkretes Schulungsziel betrachtet werden sollte (siehe hierzu auch Mertin 2009).

Als Fazit lässt sich festhalten, dass als übergeordnetes Schulungsziel die Verbesserung der Krankheitsbewältigung zu nennen ist. Es zeigte sich, dass didaktische Entscheidungen vor allem eine verbesserte Krankheitsbewältigung ermöglichen. Eine verbesserte Krankheitsbewältigung umschließt immer eine Änderung im jeweiligen Verhalten des Betroffenen, so dass der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst werden kann. Diese Entwicklung von Veränderungsstrategien stellt einen originär gesundheitspädagogischen Erkenntnissschwerpunkt dar (Hurrelmann 2006). Nach Wulfhorst (2002) sollten gesundheitspädagogische Interventionen auf entsprechenden Theorien und Modellen basieren. Es gibt verschiedene Modelle, die Erklärungsansätze zur Verhaltensänderung bieten, z. B. das „Transtheoretische Modell“ (= TTM), die „Theory of Planned Behavior“, das „Health-Belief-Modell“ oder der „Health-Action-Process-Approach (= HAPA)“. Im Rahmen der Planung von gesundheitspädagogischen Interventionen, wie z. B. Patientenschulungen, sollten nach Wulfhorst (2002) eine oder mehrere dieser Theorien bei der Konzeption berücksichtigt werden.

Im Rahmen des stationären Heilverfahrens für berufsbedingte Hauterkrankungen besteht die gesundheitspädagogische Intervention aus einer 4-moduligen Patientenschulung zum Thema Hautschutz. Für die Patientenschulung des stationären Heilverfahrens bei berufsbedingten Hauterkrankungen wurde das HAPA-Modell als theoretischer Bezugsrahmen gewählt. Die didaktische Ausrichtung der Hautschutzschulung im Rahmen des stationären Heilverfahrens ist demzufolge so gewählt, dass sie die Modellvorstellungen des HAPA zur Verhaltensänderung berücksichtigen. Das folgende Kapitel wird daher die Modellvorstellungen des HAPA näher beleuchten, bevor im Weiteren die Hautschutzschulung und ihre Bezüge zum HAPA erläutert werden.

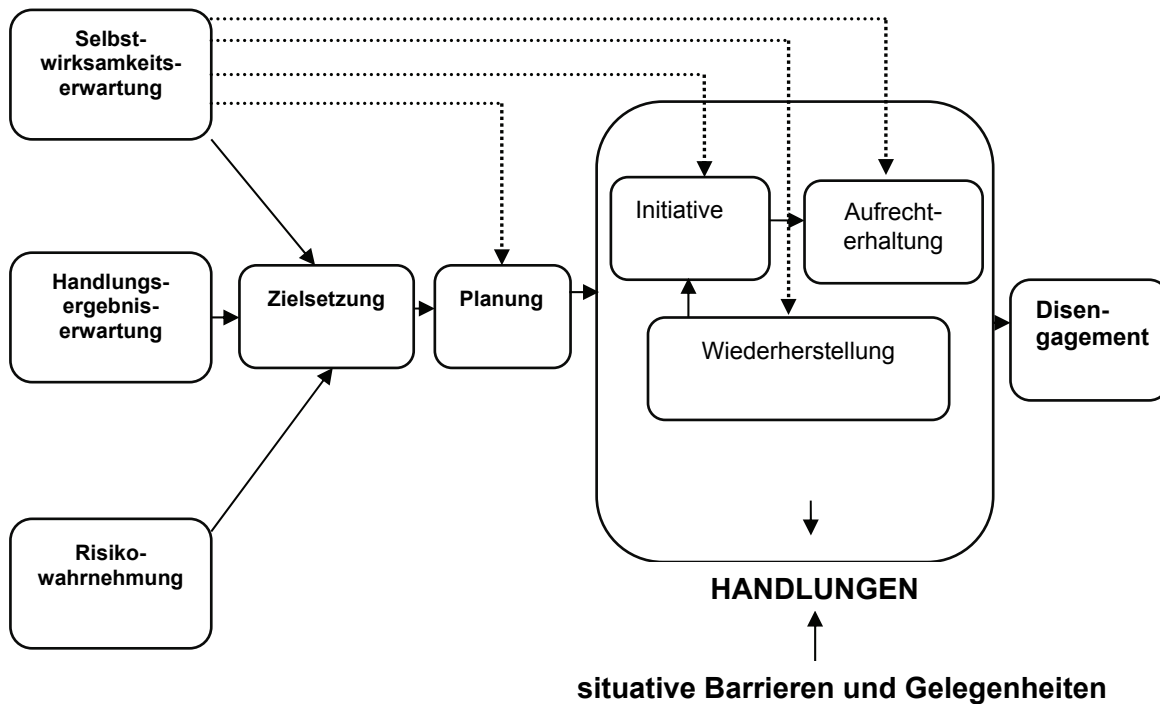
5 Analyse der forschungsrelevanten Bezugstheorie: Health-Action-Process-Approach (= HAPA) nach Schwarzer

Die Forschung sieht unterschiedliche Parameter, die gesundheitsrelevantes Verhalten und Überzeugungen beeinflussen und bei der Konzeption von gesundheitspädagogischen Interventionen, wie z. B. Patientenschulungen, zu berücksichtigen sind. In der aktuellen Diskussion wird dem Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung bzw. Kompetenzerwartung ein besonders hoher Stellenwert beigemessen (Knäuper/Schwarzer 2000, Ehlebrecht-König/Bönisch 2002). Kompetenz- bzw. Selbstwirksamkeitserwartung drücken optimistische Annahmen bezüglich der Kontrollierbarkeit bzw. Steuerbarkeit personalen Handelns aus. Folglich können sich Patientenschulungen nicht allein auf die Vermittlung von gesundheitsrelevantem Wissen beschränken, sondern müssen motivationale Prozesse und Aspekte der Handlungsregulation berücksichtigen, um erfolgreich Einfluss auf das gesundheitsrelevante Verhalten nehmen zu können (Bott 2000, S. 21). Heckhausen und Gollwitzer (1987) erkannten diesen Zusammenhang und entwickelten das Rubikonmodell, welches den Handlungsfluss in eine Phase der Motivation (Intentionsbildung) und eine Phase der Volition (Intentionsrealisierung) unterteilt. Ein Modell, welches unter anderem diese Aspekte integriert, ist das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens, welches in der englischen Literatur als *Health-Action-Process-Approach-Modell* (= *HAPA-Modell*) bezeichnet wird. Das Modell geht zurück auf Schwarzer (1992, 2004), der es als Stadien- oder Sequenzmodell zur Erklärung und Vorhersage gesundheitsförderlicher und -schädigender Verhaltensweisen entwickelt hat.

5.1 Das HAPA-Modell als theoretischer Bezugsrahmen

Bei dem HAPA-Modell handelt es sich um ein dynamisches Modell, welches sich im Gegensatz zu anderen dynamischen Gesundheitsmodellen, wie z. B. dem *Transtheoretischen Modell* (= *TTM*) von Prochaska und DiClemente (1983) oder dem *Precaution Adoption Process Model* (= *PAPM*) von Weinstein (1998), auf zwei Stadien im Prozess der Gesundheitsverhaltensänderung beschränkt: zum einen die präintentionale Motivation und zum anderen die postintentionale Volition (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (Schwarzer 2004, S. 91)



Verschiedene Untersuchungen stützen diesen Modellansatz der zwei Metastadien (motivational/volitional) im HAPA-Modell (Lippke et al. 2004a, Schwarzer/Schütz 2007). Die Ergebnisse verschiedener empirischer Untersuchungen legen zudem nahe, dass es sinnvoll ist, Interventionen, die auf eine gesundheitsrelevante Verhaltensänderung abzielen, stadienspezifisch anzupassen, wobei das HAPA-Modell besonderen Wert auf postintentional/volitional ausgerichtete Mechanismen legt (Sniehotta/Schwarzer 2003). Diese Ergebnisse entsprechen dem Grundgedanken des Modells, wonach der Rezipient den Weg der Verhaltensänderung in Sequenzen durchläuft, d. h. bevor das Stadium der Motivation nicht mit entsprechender Intention abgeschlossen wurde, sind Interventionen, die auf eine Verbesserung volitionaler Aspekte abzielen, kaum effektiv. Als weiteren wichtigen Grundgedanken formuliert Schwarzer (2004), dass die Selbstwirksamkeitserwartung der entscheidende Prädiktor auf jeder Stufe der Verhaltensänderung ist.

Das HAPA-Modell wurde in der vorliegenden Studie als theoretischer Bezugsrahmen gewählt, da es bereits gut untersuchte Erklärungsansätze für die Interpretation des Prozesses der Gesundheitsverhaltensänderung bietet. Zudem bildet es den ganzen Prozess der Verhaltensänderung ab, indem es sowohl die Motivation als auch die Phase der Planung und Handlungsausführung mit ihren jeweiligen Prädiktoren berücksichtigt. Da für die hier vorliegende Untersuchung die Phase der Volition mit der Initiierung und Aufrechterhaltung

der Handlung auch gegen Distraktoren von besonderem Interesse ist, bietet sich das HAPA-Modell besonders an, da es ebenfalls einen Schwerpunkt auf volitionale Prozesse legt. Das HAPA-Modell versteht den Weg zur Verhaltensänderung – wie auch andere dynamische Modelle – als mehrschrittigen Prozess. Dennoch eignet es sich für diese Untersuchung besser als beispielsweise das TTM, welches zum einen mit sehr strikten Zeitvorgaben für das Erreichen der verschiedenen Stadien arbeitet (vom Stadium der Handlung zum Stadium der Aufrechterhaltung müssen sechs Monate vergangen sein) und zum anderen bisher seine Erklärungsmuster vornehmlich für den Bereich der Raucherentwöhnung bestätigen konnte (Knoll et al. 2011, S. 54).

Ziel dieser Untersuchung ist es, die Modellvorstellungen des HAPA-Modells mittels qualitativer Forschungsmethoden zu überprüfen. Zu diesem Zweck wurden die besonders relevant erscheinenden Konstrukte und Prädiktoren (z. B. Planungsverhalten, Umgang mit Barrieren, Art der gebildeten Intentionen) in entsprechende Fragen in den Interviewleitfäden übertragen. Ähnliches gilt für den Vorgang der Interviewanalyse. Hier wurde ein besonderer Schwerpunkt auf die Bildung von Kategorien gelegt, die einen Bezug zum HAPA-Modell ermöglichen.

Aufgrund der dargestellten Relevanz des HAPA-Modells für diese Untersuchung sollen die verschiedenen Stadien und Konstrukte im Folgenden genauer dargelegt und in einen Bezug zu der vorliegenden Untersuchung gebracht werden.

5.2 Die motivationale Phase

In der motivationalen Phase kommt es zur gedanklichen Auseinandersetzung mit dem gewünschten Gesundheitsverhalten, die möglichst in einer entsprechenden Intention mündet. Dabei werden im HAPA-Modell drei Konstrukte als Prädiktoren für die Intentionbildung angenommen: Selbstwirksamkeitserwartungen, Handlungsergebniserwartungen und Risikowahrnehmung.

Selbstwirksamkeitserwartungen

Das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartungen geht zurück auf die sozial-kognitive Theorie von Bandura (1997). Sie spielt ebenfalls im TTM eine entscheidende Rolle. Selbstwirksamkeit meint die Einschätzung der eigenen Kompetenz einer Person, ein Verhalten auch in schwierigen Situationen ausführen zu können. Personen, die über eine

ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung verfügen, denken erfolgsorientiert und antizipieren erreichbare positive Ergebnisse durch unterschiedliche Strategien (Luszczynska/Sutton 2007). „Ich bin mir sicher, dass ich mir zukünftig mehr Zeit für meine Handpflege nehmen kann, auch wenn meine Kollegen dies erst mal missbilligen!“, wäre ein Beispiel für eine positive Selbstwirksamkeitserwartung. Schwarzer (2004) misst der Selbstwirksamkeit nicht nur in der Phase der Intentionsbildung eine hohe Bedeutung zu, sondern sieht sie auch als den entscheidenden Prädiktor in der Handlungsplanung und -ausführung, da „hohe Selbstwirksamkeitserwartungen das Setzen von Zielen, die Investition von Anstrengung, die Ausdauer und die Rückfallvermeidung erleichtern.“ (Schwarzer 2004, S. 92).

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde die allgemeine Selbstwirksamkeit mit Hilfe der *Skala zur Ermittlung der Allgemeinen Selbstwirksamkeit* (Schwarzer/Jerusalem 1999) ermittelt. Die Ergebnisse dieser Skala bildeten die Basis für die Rekrutierung der Interviewpartner (vgl. Kapitel 1.4).

Aufgrund der besonderen Bedeutung der Selbstwirksamkeit für diese Untersuchung, wird im Kapitel 5.4.2 die Selbstwirksamkeit noch einmal aufgegriffen und Forschungsergebnisse zur Selbstwirksamkeit im HAPA-Modell, die für diese Studie relevant erscheinen, dargestellt.

Risikowahrnehmung

Die Risikowahrnehmung meint die persönliche Bewertung eines gesundheitlichen Risikos. Personen, die ihr eigenes Risiko für das Entstehen oder Wiederaufleben einer Erkrankung als gering erachten, werden kaum eine zukünftige Verhaltensänderung anstreben. Um eine Verhaltensänderung zu erreichen, ist es also notwendig, dass die betroffene Person Einsicht hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und ihrer Gesundheit zeigt und ein realistisches Bild der eigenen Bedrohung gewinnt. Ein Beispiel für Risikowahrnehmung im berufsdermatologischen Bereich wäre die Einschätzung zum Risiko der Gefahr von Folgeerkrankungen wie einer Typ-IV-Sensibilisierung oder der Gefahr des Arbeitsplatzverlustes.

Handlungsergebniserwartungen

Die Handlungsergebniserwartung entstammt – wie auch die Selbstwirksamkeitserwartung – der sozial-kognitiven Theorie von Bandura (1997). Sie wird ebenfalls im TTM als eine Variable für die Verhaltensänderung angenommen, wird hier jedoch als „Entscheidungsbalance“ titulierte.

Kommt eine Person zu der Erkenntnis, dass ihr bisheriges Verhalten mit einem Krankheitsrisiko verbunden ist, und möchte sie dieses Risiko minimieren, so ist es notwendig, dass diese Person Handlungsalternativen erkennt, die es ihr ermöglichen, die wahrgenommene Bedrohung zu reduzieren. Um eine Verhaltensänderung zu erreichen, müssen die Handlungsalternativen also bekannt sein. Die möglichen Handlungsalternativen werden hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile abgewogen: „Wenn ich vermehrt Schutzhandschuhe trage, wird mein Hautbild sich verbessern.“ versus „Wenn ich vermehrt Handschuhe trage, werde ich nicht mehr so schnell arbeiten“. Diese Kognitionen machen deutlich, dass die Person die möglichen Handlungsalternativen kennt, sie bedeuten aber noch nicht, dass die Person in der Lage ist, sie in konkretes Verhalten umzusetzen. Hier spielt erneut die Selbstwirksamkeit eine entscheidende Rolle. Schwarzer (2012) betrachtet daher diese beiden Konstrukte als wichtigste Prädiktoren für die Intentionenbildung, mit welcher die motivationale Phase schließt. Nach der Zielbildung treten Personen in die postintentionale Phase der Volition.

5.3 Die volitionale Phase

In der volitionalen Phase sollen die Intentionen in ein Verhalten umgesetzt werden. Einige Untersuchungen konnten jedoch belegen, dass bloße Intentionen nicht ausreichen, um ein neues Verhalten umzusetzen (z. B. Gollwitzer 1998). Orbell und Sheeran (1998) konnten zudem zeigen, dass diese Probleme weniger auf Schwierigkeiten, eine Intention zu bilden gründen, sondern auf volitionalen Problemen, also der Aufgabe, das Ziel auch in ein tatsächliches Verhalten umzusetzen. Um diese Intentionen-Verhaltenslücke zu schließen, sieht Schwarzer (2004) die **präaktionale Phase** vor, in der das angestrebte Verhalten konkret geplant wird.

Schwarzer (2012) unterscheidet Handlungsplanung (action-planning) und Bewältigungsplanung (coping-planning). Im Rahmen der **Handlungsplanung** werden konkrete Wann-Wie-Wo-Pläne formuliert. Es wird angenommen, dass das Auftreten der auslösenden

Reizsituation (Wenn-Teil) die entsprechend geplante Aktion auslöst (Dann-Teil). Bezogen auf Hautschutzverhalten könnte zum Beispiel der Einsatz von Pflegecreme konkret geplant werden: „Wenn ich Feierabend habe (Wenn-Teil) und vor meinem Spint stehe (Wo-Teil), creme ich mir erst die Hände mit der Pflege ein, bevor ich meine Jacke anziehe (Wie-Teil)“. Durch die Wenn-Dann-Beziehung der Handlungsplanung kann ein Teil der Verhaltenskontrolle an die Umwelt abgegeben werden, da durch das Eintreffen der Situation eine Art „Automatismus“ in Gang gesetzt wird. Ziegelmann/Lippke (2007) konnten zudem nachweisen, dass, je konkreter die Handlungspläne ausfallen, diese umso einfacher umgesetzt werden können.

Bewältigungsplanung zielt darauf ab, persönliche Risikosituationen zu antizipieren und entsprechende Bewältigungsstrategien zurechtzulegen. Sniehotta et al. (2006) konnten nachweisen, dass Personen, die zusätzlich zu Handlungsplänen Bewältigungsreaktionen auf antizipierte Risikosituationen formulierten, eher ihr angestrebtes Verhalten umsetzen konnten, als Personen, die gar keine Pläne oder nur Handlungspläne formulierten. „Ich werde meine Einmalhandschuhe immer in ausreichender Zahl mit mir führen, damit ich sie bei Bedarf auch schnell einsetzen kann und sie nicht erst von XY holen muss“, wäre ein Beispiel für eine Bewältigungsstrategie, um eine schnelle Umsetzung der Schutzmaßnahme zu ermöglichen und so die Barriere *Bequemlichkeit* oder *Zeitmangel* zu umgehen. Bewältigungspläne unterstützen folglich die in den Handlungsplänen spezifizierten Absichten (Lippke/Wiedemann 2007).

Da für die hier vorliegende Untersuchung das Konstrukt der Planung von besonderer Relevanz ist, werden die Forschungsergebnisse zu diesem Bereich in Kapitel 5.4.1 noch einmal genauer aufgeschlüsselt.

Die Initiierung der Handlung und ihre Aufrechterhaltung stehen im Zentrum der **aktionalen Phase**. Hierbei können sowohl die Ausführung eines neuen Verhaltens als auch das Unterlassen eines unerwünschten Verhaltens zum Tragen kommen. In beiden Fällen ist eine Abschirmung des neuen Verhaltens gegenüber Distraktoren wichtig. Dies bedeutet, dass eine kontinuierliche Handlungsausführungskontrolle stattfindet, die dazu dient, das Verhalten beizubehalten. Diese Kontrolle muss so lange aufrechterhalten werden, bis das Verhalten zu einer Gewohnheit geworden ist. Wie schon in der motivationalen Phase wirkt sich auch in dieser volitionalen Phase die *Selbstwirksamkeit* als prädiktiv aus. Schwarzer (2012) unterscheidet diese volitionale Selbstwirksamkeit nochmals in zwei Konstrukte: Zum einen die Aufrechterhaltungs-Selbstwirksamkeit (maintenance-selfefficacy), welche

Aufschluss gibt, inwieweit die Bereitschaft reicht, ein Verhalten trotz Schwierigkeiten aufrechtzuerhalten. Und zum anderen die Wiederherstellungs-Selbstwirksamkeit (recovery-selfefficacy), welche die persönliche Einschätzung widerspiegelt, ein Verhalten auch nach längerer Pause oder nach einem Rückfall wiederaufzunehmen (Knoll et al. 2011). Insgesamt wirkt sich das Ausmaß der Selbstwirksamkeitserwartungen nach Schwarzer (2004) während der aktionalen Phase auf die Anstrengung und Beharrlichkeit der Zielverfolgung aus:

„Personen mit Zweifeln an der eigenen Kompetenz antizipieren erfolglose Szenarien, sorgen sich um mögliche eigene Handlungsdefizite und geben tendenziell früher auf. Optimistische Selbstwirksamkeitserwartungen eröffnen positive Erfolgsszenarien, die das eigene Handeln leiten und selbst angesichts von Hindernissen und Rückschlägen ausdauernde Zielverfolgung begünstigen.“ (Schwarzer 2004, S. 95)

In der sich nun anschließenden **postaktionalen Phase** kommt es zu einer Handlungsbeurteilung, in welcher Erfolge und Misserfolge einer subjektiven Bewertung unterzogen werden. Diese Interpretationen wirken sich auf die Volitionsstärke und Selbstwirksamkeit aus, was sich in der Folge unmittelbar positiv oder negativ auf das neue Verhalten auswirken kann. Kommt eine Person zum Beispiel zu der Bewertung, dass sich das Hautbild deutlich verbessert hat, und führt sie diese Besserung auf ihr verbessertes Hautschutzverhalten zurück, so wird sich diese Bewertung wahrscheinlich positiv auf das Fortführen des Hautschutzverhaltens auswirken und die Selbstwirksamkeit erhöhen („*Ich* habe es geschafft, mein Hautbild durch mein neues Verhalten zu verbessern!“). Wird der Erfolg hingegen anderen Umständen und nicht der eigenen Kompetenz zugeschrieben (z. B. „Mein Hautbild hat sich verbessert, weil ich an meinem neuen Arbeitsplatz weniger zu tun habe!“), so kann dies zukünftigen Versuchen, Hautschutz einzusetzen, abträglich sein. Möglich ist auch, dass es zur Aufgabe des neuen Verhaltens kommt, was Schwarzer (2004) als *postaktionale Zielentbindung* bzw. *Disengagement* beschreibt. Hierfür werden häufig Mangel an Volitionsstärke und Selbstregulationsfehler verantwortlich gemacht. Ein berufsdermatologisches Beispiel wäre, dass trotz Einsatz von Hautschutzmaßnahmen, die Besserung des Hautbildes hinter den Erwartungen der betroffenen Person zurückbleibt: „Obwohl ich mich bemüht habe, Hautschutz einzusetzen, hat sich mein Hautbild nicht wesentlich verbessert! Der Aufwand lohnt für mich einfach nicht!“. Eine solche Bewertung ist der Volitionsstärke abträglich und führt wahrscheinlich zum Abbruch der Bemühungen.

5.4 Forschungsergebnisse zum HAPA-Modell

In einer Untersuchung zur Effektivität von Interventionsmaßnahmen zur Gesundheitsförderung konnten Nation et al. (2003) neun Merkmale herausarbeiten, die für eine effektive Maßnahme unerlässlich scheinen. Hierzu zählen unter anderem, dass die Maßnahme entsprechend theoretisch fundiert ist und das jeweilige Thema möglichst ganzheitlich bearbeitet wird. Diese Erkenntnis findet sich auch bei Luszczynska/Sutton (2007) wieder, die feststellen, dass Interventionsmaßnahmen, die auf eine Verhaltensänderung abzielen, theoriegeleitet sein sollten. In diesem Zusammenhang betonen sie, dass immer die gesamte Theorie im Rahmen der Intervention Berücksichtigung finden sollte und nicht nur einzelne Elemente – womöglich noch aus unterschiedlichen Theorien – herausgegriffen werden sollten. Zusätzlich sollte die bisher ermittelte Evidenz der Theorie bei der Entscheidung, welche Theorie zu Grunde gelegt wird, berücksichtigt werden (Luszczynska/Sutton 2007).

In den folgenden Kapiteln werden Forschungsergebnisse zum Bereich *Planung und Selbstwirksamkeit* im HAPA-Modell vorgestellt. Diese beiden Konstrukte des Modells wurden herausgegriffen, da sie für die hier bearbeitete Fragestellung handlungsleitend waren, denn das Ziel dieser Arbeit ist es, die Modellvorstellungen des HAPA am individuellen Einzelfall zu überprüfen. Zu diesem Zweck wurde die allgemeine Selbstwirksamkeit als psychologischer Parameter bei den Teilnehmern der hier durchgeführten Studie erhoben, um unter anderem überprüfen zu können, ob dieser erhobene Wert sich in den Berichten der Studienteilnehmer zum Erleben der volitionalen Phase im Bereich des Hautschutzes wiederfinden lässt bzw. direkt auswirkt, so wie es vom HAPA-Modell angenommen wird (siehe Teil II, Kap. 5). (Schwarzer 2004). Der Bereich der Planung ist in dieser Studie ebenfalls besonders berücksichtigt worden, da das HAPA-Modell auch bei diesem Konstrukt von einem prädiktiven Wert für die volitionale Phase ausgeht (Schwarzer 2004). Aus diesem Grund wurde eine Patientenbroschüre für die Teilnehmer der Untersuchung entwickelt, die im Schwerpunkt Hilfestellung bei dem Prozess der Planung des Hautschutzverhaltens geben will (siehe Teil I, Kapitel 6.1.6).

Insgesamt macht die Betonung des prädiktiven Wertes der Konstrukte *Selbstwirksamkeit* und *Planung* im HAPA-Modell und die Bedeutung dieser Konstrukte für die hier vorgelegte Untersuchung es notwendig, den Forschungsstand für diese Annahmen des HAPA-Modells genauer zu untersuchen. In den folgenden Kapiteln werden daher Forschungser-

gebnisse zum HAPA-Modell vorgestellt, die den Wert der Selbstwirksamkeit und Planung im Bereich der postintentionalen Phase herausgearbeitet haben.

5.4.1 Forschungsergebnisse zur Planung

Nach Schwarzer (2004) haben sich Handlungs- und Bewältigungsplanung als gute Interventionen erwiesen, um die Intentions-Verhaltenslücke zu schließen. Hiernach wird durch die Planung das intendierte Verhalten an einen situationsspezifischen Hinweisreiz gekoppelt und bei Auftreten dieser Situation möglichst automatisch ausgelöst (Schwarzer 2004). Um diesen Zusammenhang besser nachvollziehen zu können, sollen im Folgenden Studienergebnisse analysiert werden, welche die prädiktive Wirkung von Planung genauer belegen können.

Knoll et al. (2010) führen eine Studie von Verplanken/Faes (1999, zit. nach Knoll et al. 2010) als typische Untersuchung für den Effekt von Ausführungsintentionen an. Im Rahmen dieser Studie wurde das Ernährungsverhalten untersucht. 102 Studierende wurden unter anderem zu ihrer Intention, sich gesund zu ernähren, befragt. Die Hälfte dieser Gruppe wurde im Anschluss gebeten, ihr Ernährungsverhalten der kommenden Woche genau zu planen. Das Ergebnis zeigte, dass die Planungsgruppe sich in der untersuchten Woche deutlich gesünder ernährte als die Kontrollgruppe. Dieser Effekt ließ sich eindeutig auf die Planungsintervention und nicht auf andere Prädiktoren wie z. B. Motivationsunterschiede zurückführen. Eine weitere Planungsintervention, die sich als ein Prädiktor für die Überwindung der Intentions-Verhaltenslücke erwiesen hat, ist die Bewältigungsplanung. Im Rahmen der Bewältigungsplanung werden mögliche Barrieren und Risikosituationen antizipiert und entsprechende Bewältigungsstrategien zurechtgelegt, um trotz der eingetretenen Barriere im Sinne der Intention zu handeln. Sniehotta et al. (2006) konnten in ihrer Studie mit kardiologischen Rehabilitationspatienten nachweisen, dass zusätzliche Bewältigungsplanung einen positiven Effekt auf die Aufrechterhaltung der körperlichen Aktivität nach der Rehabilitationsmaßnahme hatte.

Bewältigungs- und Ausführungsplanung sind somit besonders geeignete Interventionen, um die Intentions-Verhaltenslücke zu überwinden. Scholz/Sniehotta (2004) gehen zusätzlich davon aus, dass diese beiden Planungsarten notwendige Voraussetzungen sind, um den Weg für die Aufrechterhaltung eines neuen Verhaltens während der aktionalen Phase zu bahnen. Für die aktionale Phase selbst scheint nach der Untersuchung von Scholz/Sniehotta (2004) allerdings die Handlungskontrolle entscheidender zu sein. Handlungs-

kontrolle bedeutet, dass eine Person sich ihrer Intentionen auch bewusst sein muss, um ihr Verhalten erfolgreich zu regulieren. Basierend auf einem Selbstregulationsmodell von Carver und Scheier (1998, zit. nach Scholz/Sniehotta 2004) setzt sich Handlungskontrolle aus drei Facetten zusammen: *Intentionsbewusstheit*, *Selbstbeobachtung* und *regulative Anstrengung*. Bezogen auf Hautschutz würde Handlungskontrolle bedeuten, dass sich eine Person zunächst ihrer *Intention* (z. B. „Unter flüssigkeitsdichten Handschuhen will ich künftig immer Baumwollhandschuhe tragen!“) *bewusst* ist. Im Rahmen der *Selbstbeobachtung* überprüft die Person dann Soll- und Ist-Zustand (z. B. „Ich habe in der vergangenen Woche sehr oft ohne Baumwollhandschuhe unter flüssigkeitsdichten Handschuhen gearbeitet!“). Wird eine Diskrepanz zwischen Soll- und Ist-Zustand festgestellt, bedarf es der *regulativen Anstrengung*, um diese Diskrepanz zu vermindern. Scholz/Sniehotta (2004) überprüften die Auswirkungen der Handlungskontrolle auf die körperliche Aktivität von kardiologischen Reha-Patienten. Sie konnten nachweisen, dass Personen, die zusätzlich zu einer kombinierten Planungsintervention (Ausführungsplanung + Bewältigungsplanung) eine Intervention zur Erhöhung der Handlungskontrolle² erhielten, die besten Langzeiteffekte bezüglich der körperlichen Aktivität erreichen konnten. Hingegen fiel der Wert der körperlichen Aktivität bei der reinen Planungsinterventionsgruppe nach einem Jahr stark ab und lag gleichauf mit der Kontrollgruppe, die keinerlei Intervention erhalten hatte (Scholz/Sniehotta 2004). Die Autoren bringt dies zu der Erkenntnis, dass Handlungskontrolle einer der entscheidenden Prädiktoren für eine langfristige Verhaltensänderung im Bereich der körperlichen Aktivität ist. Ausführungsplanung und Bewältigungsplanung bilden zwar die Grundlage, haben aber für sich genommen nicht den gleichen Effekt wie eine Intervention, die zusätzlich zur Planung auch die Handlungskontrolle berücksichtigt.

Wiedemann et al. (2009) konnten zudem aufzeigen, dass auch die Komplexität der angestrebten Gesundheitsverhaltensänderung berücksichtigt werden sollte. Ein Vergleich von zwei Längsschnittstudien zur körperlichen Aktivität und zur Zahnhygiene zeigte, dass für die komplexere Verhaltensweise (hier die körperliche Aktivität) ein höherer Schwellenwert bei der Intention überschritten werden musste als hinsichtlich der Zahnhygiene. Da Intention zur Verhaltensänderung sich prädiktiv auf Planung und Handlung auswirken, leiten

² Bei der Handlungskontroll-Intervention handelte es sich um einen kurzen Fragebogen, der in den ersten sechs Wochen wöchentlich nach Hause zugeschickt wurde. Auf dem Fragebogen waren die während eines Gespräches ermittelten Handlungs- und Bewältigungspläne wiedergegeben. In Bezug auf diese Planung wurde u. a. erfragt, ob sich die Patienten so verhalten hatten, und wenn nicht, ob sie sich an die Pläne erinnern hatten. Darüber hinaus hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, ihre Pläne zu verändern mit dem Ziel, die Handlungskontrolle weiter zu erhöhen (Scholz/Sniehotta 2004).

Wiedemann et al. (2009) aus diesen Ergebnissen ab, dass Planungsinterventionen zur Veränderung von komplexen Gesundheitsverhaltensweisen den Maßnahmen zur Intentionsteigerung vorangehen sollten.

Planung und Geschlecht: In einer finnischen Studie (Hankonen et al. 2010) wurde untersucht, inwiefern genderspezifische Aspekte sich auf Verhaltensänderungen im Bereich der körperlichen Aktivität auswirken. Zu Beginn der Untersuchung wurden die Selbstwirksamkeit und das Planungsverhalten, das aktuelle Bewegungsverhalten sowie der Grad der sozialen Unterstützung mittels Fragebogen erhoben. Zu diesem Zeitpunkt konnten genderspezifische Unterschiede nur im Bereich der sozialen Unterstützung ermittelt werden, da mehr Männer als Frauen angaben, soziale Unterstützung zu erhalten. Planungsverhalten und Selbstwirksamkeit wiesen keine genderspezifischen Unterschiede auf. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt nach drei Monaten zeigte sich, dass Frauen mehr Ausführungspläne formuliert hatten, um ihre körperliche Aktivität zu verbessern, als Männer dies taten. Die Autoren (Hankonen et al. 2010) schlossen aus den Ergebnissen, dass für Frauen aufgrund der geringeren sozialen Unterstützung ein Anstieg in der Selbstwirksamkeit und in der Planung wichtige Prädiktoren für die Verhaltensänderung sind. Für Männer scheint ein Anstieg im Planungsscore weniger bedeutsam für die Verhaltensänderung zu sein. Sie profitieren vor allem von der ohnehin höheren sozialen Unterstützung.

Planung und Alter: In einer Studie von Scholz et al. (2007) wurde untersucht, ob sich eine Planungsintervention (bestehend aus Handlungs- und Bewältigungsplänen) auf die körperliche Aktivität in unterschiedlichen Altersgruppen auswirkt. Es zeigte sich, dass die Planungsintervention die körperliche Aktivität unabhängig vom Alter verbessern konnte. Im Bereich der Bewältigungsplanung zeigte sich, dass die Gruppe der älteren Studienteilnehmer (65-82 Jahre) zum ersten Messzeitpunkt (noch während der stationären Rehabilitation) einen höheren Wert erreichte als die Altersgruppe der mittleren (54-64 Jahre) oder der jüngeren Studienteilnehmer (38-54 Jahre). Zum zweiten Messzeitpunkt (zwei Monate nach der stationären Rehabilitation) zeigte die Gruppe der älteren Teilnehmer keine weitere Zunahme im Bereich der Bewältigungsplanung, allerdings konnten die Teilnehmer der jüngeren und mittleren Altersgruppe durch die Intervention aufholen und lagen im Bereich der Bewältigungsplanung zum Zeitpunkt t 2 etwa gleichauf mit der Gruppe der älteren Studienteilnehmer. Demnach scheinen von Interventionen zur Bewältigungsplanung eher Rezipienten jüngeren und mittleren Alters zu profitieren, während ältere Rezipienten hier eher schon über ausreichende Kompetenzen zu verfügen scheinen (Scholz et al. 2010).

5.4.2 Forschungsergebnisse zur Selbstwirksamkeit in der volitionalen Phase

Luszczynska (2004) ermittelte in ihrer Studie zur Verbesserung der Brustselbstuntersuchung bei 418 jungen Frauen, dass die Selbstwirksamkeit ein entscheidender Prädiktor für die Vorhersage des Verhaltens ist. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde die Selbstwirksamkeit unterteilt in präaktionale Selbstwirksamkeit, Aufrechterhaltungs-Selbstwirksamkeit (maintenance-selfefficacy) und Wiederherstellungs-Selbstwirksamkeit (recovery-selfefficacy). Dabei zeigte sich, dass die präaktionale Selbstwirksamkeit ein wichtiger Prädiktor für die Bildung der Intention zur (regelmäßigen) Brustselbstuntersuchung ist. Hingegen stellt sich die Aufrechterhaltungs-Selbstwirksamkeit als ein entscheidender Prädiktor für die Planung des Verhaltens und die Ausführung der Verhaltensänderung im Bereich der Brustselbstuntersuchung dar. Dieser Zusammenhang konnte jedoch nur für die Interventionsgruppe dargestellt werden. Für die Kontrollgruppe, welche keine Intervention zu Verbesserung der Brustselbstuntersuchung erhalten hatte, konnte nur ein schwacher, nicht-signifikanter Zusammenhang zwischen Brustselbstuntersuchung und Selbstwirksamkeit hergestellt werden.

Pimchanok et al. (2012) untersuchten die Bedeutung der Selbstwirksamkeit und Planung im Rahmen einer experimentellen Studie zur Verbesserung des Obst- und Gemüsekonsums. Hierzu wurden 114 Studenten durch Randomisierung einer Interventionsgruppe (= Trainingsprogramm, welches sich aus einer HAPA-Modell-basierten, psychologischen Intervention zur Verbesserung der Selbstwirksamkeit und Planung sowie einer Schulung zur Gesundheit und Ernährung zusammensetzt) und einer Kontrollgruppe (nur Schulung zur Gesundheit und Ernährung). Pimchanok et al. kommen zu dem Ergebnis, dass die Interventionsgruppe signifikant mehr Gemüse und Obst konsumiert als die Kontrollgruppe. Einschränkend angemerkt werden muss jedoch, dass aufgrund des Studiendesigns nicht bestimmt werden kann, ob die Selbstwirksamkeit *oder* die Planung einen größeren Effekt hatte. Festhalten lässt sich jedoch, dass im Bereich des Obst- und Gemüseverzehr. Interventionen, welche darauf abzielen, die Selbstwirksamkeit und Planung zu verbessern erfolgreicher sind als reine Schulungsinterventionen (Pimchanok et al. 2012).

Schwarzer et al. (2007) verglichen vier Längsschnitt-Studien zur Aufnahme und Aufrechterhaltung verschiedener Gesundheitsverhalten (Einsatz von Zahnseide, Sicherheitsgurtgebrauch, Ernährungsverhalten und körperliche Aktivität). In allen vier Studien schienen Selbstwirksamkeit und Planung die entscheidenden Prädiktoren für das Gesundheitsverhalten zu sein, während die Risikowahrnehmung scheinbar kaum Einfluss auf die Auf-

nahme und Beibehaltung der vier Verhaltensweisen hatte. In einem weiteren Artikel zu diesem Längsschnittstudienvergleich präzisiert Schwarzer (2008), dass die *volitionale Selbstwirksamkeit* (= Aufrechterhaltungs- und Wiederherstellungs-Selbstwirksamkeit) sowie die strategische Planung (= Handlungs- und Bewältigungsplanung) sich im Rahmen dieser vier Längsschnittstudien als besonders geeignet herausgestellt haben, die Intention in ein tatsächliches Verhalten umzuwandeln und dieses aufrechtzuerhalten (Schwarzer 2008).

Rovniak et al. (2002) testeten in einer prospektiven Studie an 277 Studenten, inwiefern ein Zusammenhang zwischen verschiedenen Variablen der sozial-kognitiven Theorie (Bandura 1997) und körperlicher Aktivität besteht. Da das HAPA-Modell (Schwarzer 2004) in weiten Teilen die sozial-kognitive Theorie aufgenommen hat, erscheinen auch Ergebnisse zu dieser Theorie Banduras (1997) durchaus relevant für Überlegungen zum HAPA-Modell und sollen daher hier berücksichtigt werden. Zu Beginn ihrer Untersuchung erhoben Rovniak et al. (2002) die sozial-kognitiven Variablen Selbstwirksamkeit, Ergebniserwartung, soziale Unterstützung und Selbstkontrolle. Mit Hilfe dieser Variablen sollte die körperliche Aktivität acht Wochen später vorhergesagt werden. Die Ergebnisse zeigten, dass auch hier die Selbstwirksamkeit den höchsten Effekt auf die körperliche Aktivität hatte. Zusätzlich konnte ein starker Effekt für die Selbstregulation³ ermittelt werden. Soziale Unterstützung wirkte indirekt prädiktiv, da ein hoher Wert in diesem Bereich sich zusätzlich positiv auf die Selbstwirksamkeit auswirkte. Somit bestätigt auch diese Studie, dass die Selbstwirksamkeit zusammen mit der Planung (hier ermittelt innerhalb der Variable *Selbstregulation*) den stärksten prädiktiven Effekt auf eine Verhaltensänderung im Bereich der körperlichen Aktivität zu haben scheint.

Bei der Betrachtung der hier zitierten Studien fällt auf, dass insgesamt überwiegend *Selbstwirksamkeit* und *Planung* als prädiktiv für die gewünschte Verhaltensänderung ausgemacht wurden. Kaum eine Untersuchung unterscheidet hier, welcher Effekt stärker/weniger stark wirkt bzw. inwiefern die beiden Konstrukte zusammenhängen bzw. sich gegenseitig beeinflussen. Eine Ausnahme bildet die Untersuchung von Luszczynska (2004), die nachweisen konnte, dass die Aufrechterhaltungs-Selbstwirksamkeit ein entscheidender Prädiktor für die Planung des Verhaltens und die Ausführung der Verhaltensänderung im Bereich der Brustselbstuntersuchung ist. Rovniak et al. (2002) konnten

³ Unter das Konstrukt *Selbstregulation* wurde im Rahmen dieser Theorie Strategien wie Zielsetzung, Selbstüberwachung, aber auch Handlungs- und Bewältigungsplanung subsummiert (Rovniak 2002).

zudem darstellen, dass die Selbstregulation, welche unter anderem die Handlungs- und Bewältigungsplanung beinhaltet, sich positiv auf die Selbstwirksamkeit auswirkt und auf diese Weise ebenfalls indirekt prädiktiv auf das gewünschte Verhalten wirkt.

5.4.3 Forschungsergebnisse zur stadienspezifischen Gesundheitsförderung

Schwarzer (2004) stellt heraus, dass bei einer Interventionsplanung auf Basis des HAPA-Modells besonderer Wert auf die Phasenzuordnung gelegt werden sollte. Je nachdem, in welcher Phase sich der Rezipient befindet, müssen demnach solche Faktoren im Mittelpunkt der Modifikation stehen, die für das Erreichen der nächsten Stufe von Bedeutung sind. Konkret bedeutet dies, dass Interventionen maßgeschneidert werden sollten, damit sie für Personen, die sich in unterschiedlichen Phasen der Verhaltensänderung befinden, passen. Um diese stadienspezifische Maßschneidung zu gewährleisten, konnten auf Basis des HAPA-Modells und anderer Stadienmodelle (z. B. Transtheoretisches Modell) folgende drei Stadien extrahiert werden (Weinstein et al. 1998, Lippke et al. 2004, Schütz et al. 2009):

- **Nicht-intentionales Stadium:** In diesem Stadium wird noch keine Intention zur Verhaltensänderung gebildet. Lippke (2005) bezeichnet diese Personen auch als „Absichtslose“.
- **Intentionales Stadium:** In diesem Stadium hat die Person eine Intention zur Verhaltensänderung definiert.
- **Aktionales Stadium:** Personen üben das Verhalten aus, es ist aber noch nicht als Routine verankert. Im Gegensatz zu den beiden vorausgegangenen Stadien ist die Verhaltensänderung beobachtbar.

Um die individuelle Anpassung der Maßnahme an den Rezipienten zu ermöglichen, muss das Stadium, in dem sich die betroffene Person befindet, bekannt sein. Zudem müssen maßgeschneiderte Interventionen für die einzelne Subgruppe passend sein, d. h. in den verschiedenen Stadien müssen unterschiedliche „Inhalte“ bearbeitet werden.

Tabelle 1 fasst die drei Stadien der Gesundheitsförderung noch einmal zusammen und ergänzt sie um die nach Lippke et al. (2004) geeigneten Interventionsinhalte, die einen Wechsel in das nächsthöhere Stadium fördern.

Zudem konnten Lippke et al. (2005) nachweisen, dass entsprechend auch der Umkehrschluss zutrifft, nämlich dass z. B. eine Intervention, die für eine Person im nicht-intentionalen Stadium hilfreich ist, für eine andere Person im intentionalen Stadium eher unwirksam ist. Lippke et al. (2005) überprüften diese Hypothese im Rahmen einer ambulanten Rehabilitation, die um eine Planungsintervention (Erstellen von Handlungs- und Bewältigungsplänen) ergänzt wurde. Ziel dieser Planungsintervention war die Verbesserung der sportlichen Aktivität der Patienten im heimischen Umfeld. Zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme wurde die Stadienzugehörigkeit der Rehabilitanden mittels Fragebogen bestimmt und diese durch Randomisierung einer Kontrollgruppe (keine Planungsintervention) und einer Interventionsgruppe (erhält Planungsintervention) zugeordnet. Beide Gruppen wurden zwei und vier Wochen nach der Rehabilitation zu ihrem Sportverhalten befragt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigen die Hypothese, dass Planungsinterventionen auf nicht-intentionale Patienten keinen Einfluss haben, bei intentionalen Patienten optimal passen und damit am effektivsten sind und bei aktionalen Patienten nur geringe positive Effekte zeigen (Lippke et al. 2004, 2005). Diese Hypothese konnte auch von Parschau et al. (2011) bestätigt werden. Zusätzlich ermittelten Parschau et al. (2011), dass die Förderung der Selbstwirksamkeit für alle drei Stadien eine effektive Interventionsform darstellt, da Selbstwirksamkeitserwartungen sowohl bei dem Aufbau der Intention als auch für die Phase der Aufnahme und Beibehaltung des Verhaltens am relevantesten zu sein scheinen.

Schüz et al. (2009) konnten mit ihrer Untersuchung zum Einsatz von Zahnseide ebenfalls die Einteilung in diese drei Stadien bestätigen. Zudem konnten verschiedene Prädiktoren für den Wechsel von einem Stadium in das nächste ermittelt werden (siehe Tabelle 1). Auch konnte abermals der hohe prädiktive Einfluss der Selbstwirksamkeit bestätigt werden, denn Personen mit niedriger Selbstwirksamkeitserwartung waren in Bezug auf Rückfälle bzw. kein Vorankommen im Prozess der Verhaltensänderung besonders gefährdet. Zudem konnte in dieser Untersuchung ermittelt werden, dass für den Wechsel vom nicht-intentionalen in das intentionale Stadium vor allem die Ausführungsplanung der entscheidende Prädiktor ist.

Tabelle 1: Interventionsinhalte und Prädiktoren, abgestimmt auf die Stadien der Gesundheitsverhaltensänderung (Lippke et al. 2004, Schüz et al. 2009, Parschau 2011)

| Stadium | Interventionsinhalte |
|---|--|
| Nicht-intentionales Stadium = Absichtslose | <p>Risiko- und Ressourcenkommunikation. Ziel von Interventionen, die sich an Absichtslose richten, ist es, sie zum Aufbau einer Intention zur Verhaltensänderung anzuregen, damit sie in das intentionale Stadium überwechseln können (Lippke et al. 2004).</p> <p>Förderung der Selbstwirksamkeit (Parschau et al. 2011).</p> <p>Prädiktor für den Wechsel in das nächste Stadium: Ausführungspläne (Schüz et al. 2009)</p> |
| Intentionales Stadium = Absichtsvolle | <p>Erstellen von Handlungs- und Bewältigungsplänen. Ziel ist es, die Intentions-Verhaltenslücke zu überwinden und die Intention durch möglichst genaue Planung in Verhalten umzusetzen (Lippke et al. 2004).</p> <p>Förderung der Selbstwirksamkeit (Parschau et al. 2011)</p> <p>Prädiktoren für den Wechsel in das nächste Stadium: Bewältigungspläne und Selbstwirksamkeit (Schüz et al. 2009, Parschau)</p> |
| Aktionales Stadium = Handelnde | <p>Rückfallprävention. Unterstützung der Handelnden, das neue Verhalten in eine Gewohnheit zu überführen.</p> <p>Förderung der Selbstwirksamkeit (Parschau et al. 2011)</p> <p>Prädiktor für die Aufrechterhaltung: Selbstwirksamkeit. Zugleich sind Personen mit niedriger Selbstwirksamkeit besonders gefährdet, die Verhaltensänderung wieder aufzugeben (Schüz et al. 2009).</p> |

5.5 Fazit: Das HAPA-Modell im Kontext von Patientenschulungen

Das Health-Action-Process-Approach-Modell (= HAPA-Modell) ist ein dynamisches Stadienmodell, welches versucht, Erklärungsansätze und Vorhersagen zu gesundheitsförderlichem und gesundheitsschädlichem Verhalten zu liefern (Schwarzer 2004). Das Modell unterscheidet zwischen präintentionalen Motivationsprozessen und postintentionalen Volitionsprozessen, wobei der Schwerpunkt auf volitionale Prozesse, und hier vor allem auf Handlungsregulation, abzielt. Durch zahlreiche empirische Untersuchungen konnten viele Determinanten (z. B. Selbstwirksamkeit, Planung), die für den Prozess der Verhaltensänderung im HAPA-Modell als relevant betrachtet werden, weiter konkretisiert und die Annahmen aus dem Modell häufig bestätigt werden (Wiedemann et al. 2009, Scholz et al. 2007, Hankonen et al. 2010, Schüz et al. 2009, Knoll et al. 2010, Parschau et al. 2011). Das Modell bietet somit einen gut untersuchten Theorierahmen für Interventionen, die darauf abzielen, Personen zu gesundheitsrelevantem Verhalten zu motivieren, dieses

aufzunehmen und längerfristig aufrechtzuerhalten. Die Mehrzahl dieser Untersuchungen zeigte, dass die Risikowahrnehmung nur in der motivationalen Phase stimulierend wirkt, in den nachfolgenden Stufen hat sie so gut wie keinen Einfluss auf das Verhalten mehr (Lippke et al. 2004, Schwarzer et al. 2007). Hingegen wirkt sich die Selbstwirksamkeitserwartung in allen Phasen förderlich aus (Parschau et al. 2011, Schüz et al. 2009, Hankonen et al. 2010). Schwarzer (2004) führt dies zu folgender Schlussfolgerung für die Planung von Interventionen zum Gesundheitsverhalten:

„Statt einer Risikokommunikation sollte [...] also eine Ressourcenkommunikation im Vordergrund stehen. Den Personen muss die Erwartung vermittelt werden, dass sie in der Lage sind, gesundheitsbezogenes Verhalten in schwierigen Situationen erfolgreich und dauerhaft auszuüben.“ (Schwarzer 2004, S. 97)

Wie in Teil I, Kapitel 4.3 bereits herausgearbeitet, stellt dieser Interventionsbereich eines der wesentlichen Ziele von Patientenschulungen dar, denn das vornehmliche Ziel von Patientenschulungen sind Veränderungen von Einstellungen (im HAPA-Modell = Phase der Motivation) und Verhalten (im HAPA-Modell = Phase der Volition), um den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Entsprechend erscheint das HAPA-Modell als theoretisches Bezugsmodell für die Konzeption von gesundheitspädagogisch ausgerichteten Patientenschulungen gut geeignet und wurde bei der curricularen Entwicklung der Schulungsmodule im Rahmen des stationären Heilverfahrens als Bezugsmodell gewählt. Berücksichtigt man die bisherigen Forschungsergebnisse zum HAPA-Modell, so erscheinen folgende Erkenntnisse für die Konzeption von Patientenschulungen bedeutsam:

Selbstwirksamkeitserwartung Zentral für den Erfolg von Gesundheitsverhaltensänderungen ist die Selbstwirksamkeit (Schwarzer 2004, Luszczynska 2004, Hankonen et al. 2010, Parschau et al. 2011). Sie ist sowohl für Absichtslose als auch für Absichtsvolle und Handelnde ein entscheidender Prädiktor. Bandura (1997, zitiert nach Schwarzer 2004) sieht folgende vier Möglichkeiten zur Steigerung der Selbstwirksamkeit, die hier in der Reihenfolge ihrer Einflussstärke von (a) = sehr stark bis (d) = eher schwach aufgeführt sind.

- a) *Wohldosierte Erfolgserfahrungen:* Teilnehmern von Patientenschulungen sollten Erfolge vermittelt werden, die sie ihrer eigenen Anstrengung und Fähigkeit zuschreiben können. Das Vermitteln solcher Erfolge geschieht z. B. durch das Setzen von Nahzielen, die mittels Bewältigungsstrategien unterstützt werden. Dabei sollten die Teilnehmer zunehmend in die Lage versetzt werden, sich

selbstständig Ziele zu setzen. Für den Bereich des Hautschutzes wäre es z. B. möglich, dass dem Erkrankten zunächst konkrete Verbesserungsvorschläge für sein Hautschutzverhalten dargelegt werden. Gemeinsam mit dem Patienten sollte dann überlegt werden, welche Empfehlung in welcher Form umgesetzt werden könnte und wie mit möglichen Hindernissen umgegangen werden soll (= Bewältigungsstrategien). Schwarzer (2004, S. 20) erläutert in diesem Zusammenhang, dass dabei vor allem das Einüben – etwa durch Rollenspiele – von schwierigen Verhaltensweisen, z. B. das Umsetzen von Hautschutzmaßnahmen am Arbeitsplatz, auch gegen den Widerstand von Vorgesetzten/Kollegen, besonders wichtig für die Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung ist, und bezeichnet solche Übungen als „mastery experience“.

- b) *Verhaltensmodelle*: Besteht keine Möglichkeit, selbst Erfahrungen zu machen, ist es sinnvoll, Verhaltensmodelle bereitzustellen, deren Verhalten nachahmenswert erscheint. Diese sollten nach Möglichkeit dem Lernenden in Alter, Geschlecht und sonstigen Attributen ähnlich sein, um eine möglichst geringe Distanz zum Vorbild zu erfahren. Schwarzer (2004, S. 20) empfiehlt, „sich selbst enthüllende Bewältigungsmodelle“. Damit sind Personen gemeint, die möglichst das gleiche Problem (z. B. beruflich bedingt hauterkrankt) haben und von sich aus berichten, wie sie damit umgehen und wie sie Schwierigkeiten durch Selbstregulation überwunden haben. Für den Bereich der beruflich bedingt Hauterkrankten erscheinen beispielsweise andere Patienten aus möglichst ähnlichen Berufsfeldern als Modell am ehesten sinnvoll. Diese sollten bereits Erfahrungen in der Umsetzung von Hautschutzempfehlungen am Arbeitsplatz und privat gemacht haben und über ihre Erfahrungen bei der Umsetzung und überwundene Schwierigkeiten selbst berichten. Diese Berichte können nach Schwarzer (2004) auch gut als Basis für nachfolgende Rollenspiele eingesetzt werden.
- c) *Überredung*: Hiermit sind Überzeugungsversuche gemeint: Der zu Überzeugende möge doch Zutrauen in seine eigenen Kompetenzen haben. Schwarzer (2004) betont, dass diese Maßnahme zu den schwächsten Methoden der Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartungen zählt. Sie kann zudem nur funktionieren, wenn der Betroffene Vertrauen in die überredende Person hat (z. B. guter Freund). Schwarzer (2004) hält aber die Form eines „Coachings“, in dem eine kompetente Person eine weniger kompetente Person durch individuelle Krisen hindurch steuert, für sinnvoller, als reine Überredung im Sinne von „Du kannst

es!“, da diese von den Adressaten häufig argwöhnisch durchschaut würden und dann das Gegenteil vom Beabsichtigten bewirken können.

- d) *Wahrnehmung von Emotionen*: Das Erkennen der eigenen Befindlichkeit angesichts von Anforderungssituationen kann der Selbstwirksamkeitserwartung zuträglich sein, wenn diese entsprechend interpretiert werden. Wer z. B. in einer stressigen Situation ruhig und gelassen bleibt, wird aufgrund dieser Selbstwahrnehmung schließen, über gute Bewältigungskompetenzen in diesen Stresssituationen zu verfügen. Tendenziell wird es dieser Person dann auch leichter fallen, auch in beruflichen Stresssituationen das (neue) Hautschutzverhalten umzusetzen.

Da die Selbstwirksamkeit in jeder Phase der Verhaltensänderung nachweislich prädiktiven Einfluss ausübt, sollten Patientenschulungen, die das HAPA-Modell als theoretisches Bezugsmodell gewählt haben, die oben genannten Quellen zur Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartungen einsetzen. Werden diese Quellen genutzt, wären im Sinne einer maßgeschneiderten Intervention, positive Effekte sowohl bei absichtslosen als auch bei absichtsvollen und handelnden Rezipienten zu erwarten. Die hier vorliegende Studie untersucht nicht primär die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung, dennoch seien die Quellen zur Steigerung derselben hier der Vollständigkeit halber erwähnt, denn sie kommen in den Modulen der Hautschutzschulung (siehe Teil I, Kapitel 6.1 folgende) durchaus zur Anwendung.

Darüber hinaus sollten folgende empirische Befunde bei der Konzeption von Patientenschulungen, die sich auf das HAPA-Modell beziehen, in die Konzeption einer Intervention eingebunden werden:

Planung: Um die Intentions-Verhaltenslücke zu schließen, sind Planungsinterventionen hilfreich (Sniehotta et al. 2006, Knoll et al. 2010). Hier sollten sowohl Handlungs- als auch Bewältigungsplanung in die Intervention einfließen (Lippke et al. 2004, Schüz et al. 2009). Zur längerfristigen Aufrechterhaltung des Gesundheitsverhaltens erscheint es zusätzlich sinnvoll, die Planungsintervention um Handlungskontrolle zu ergänzen (Scholz/Sniehotta 2004).

Maßgeschneiderte Interventionen: Interventionen erscheinen dann besonders erfolgversprechend, wenn sie ...

- ... *das aktuelle Stadium* (absichtslos, absichtsvoll, handelnd) des jeweiligen Rezipienten berücksichtigen. Für Absichtslose erscheinen Maßnahmen zur Intentionsbildung besonders wirkungsvoll. Hierbei sollte der Grad der Komplexität der Verhaltensänderung berücksichtigt werden (je höher die Komplexität, desto mehr Intention). Für Absichtsvolle sind Planungsinterventionen besonders hilfreich. Absichtsvolle und Handelnde profitieren zudem von Interventionen, die neben der Planung auch die Handlungskontrolle verbessern (Lippke et al. 2004, Sniehotta 2006).
- ... *genderspezifische Aspekte* berücksichtigen: Hier scheinen die Forschungsergebnisse anzudeuten, dass Maßnahmen zur Verbesserung des Planungsverhaltens und zur Steigerung der Selbstwirksamkeit insbesondere für Frauen von Vorteil sind, um die Verhaltensänderung umzusetzen. Männer scheinen von diesen Interventionen kaum zu profitieren (Hankonen et al. 2010).
- ... *das Alter* der Schulungsteilnehmer berücksichtigen. Hier deuten die empirischen Befunde an, dass vor allem Rezipienten im Alter zwischen 38 und 64 Jahren besonders von Interventionen, welche die Bewältigungsplanung verbessern, profitieren. Personen über 64 Jahre scheinen hier häufig schon über ausreichende Kompetenzen zu verfügen. Zu Rezipienten im Alter unter 38 Jahren wurde keine Studie ausgewertet. Wahrscheinlich ist aber, dass noch jüngere Teilnehmer ebenfalls wie die Gruppe der 38-64jährigen mehr von Interventionen zur Bewältigungsplanung profitieren, als Teilnehmer im Alter von über 64 Jahren dies tun. Hier scheint nach Scholz et al. (2010) die Lebenserfahrung bereits ausreichende Kompetenz im Bereich der Bewältigungsplanung zu ermöglichen.

Für die hier vorliegende Untersuchung war insbesondere die Annahme der prädiktiven Bedeutung der *allgemeinen Selbstwirksamkeit* und der *Planung* für die volitionale Phase bedeutsam. Aus diesen Modellvorstellungen des HAPA wurden die beiden Themenfelder *Hautschutzverhalten im volitionalen Prozess* und *Selbstwirksamkeit* sowie die jeweiligen Forschungsfragen (siehe Teil II, Kap. 1.1 und 1.2) abgeleitet.

Im Folgenden Kapitel wird dargelegt, in welcher Form die theoretischen Überlegungen aus dem HAPA-Modell im Rahmen der gesundheitspädagogischen Interventionen des stationären Heilverfahrens nach dem Osnabrücker Modell berücksichtigt wurden.

6 Gesundheitspädagogische Maßnahmen im Rahmen des stationären Heilverfahrens

Wie in Kapitel 3.2 bereits dargestellt, ist das modifizierte stationäre Heilverfahren der tertiären Individualprävention von Berufsdermatosen (TIP) durch seine interdisziplinäre Ausrichtung gekennzeichnet (John/Skudlik 2006, Skudlik et al. 2009a, Schwanitz 2002). Von zentraler Bedeutung sind hierbei die medizinischen und gesundheitspädagogischen Maßnahmen. Im Blickpunkt dieser Arbeit liegt die gesundheitspädagogische Perspektive, so dass auf die Darstellung der medizinischen Maßnahmen an dieser Stelle verzichtet wird und allein die gesundheitspädagogischen Interventionen im Rahmen der TIP erläutert werden. Im Rahmen dieser Darstellung soll ermittelt werden, wo und in welcher Form konkrete Bezüge zum HAPA-Modell vorzufinden sind.

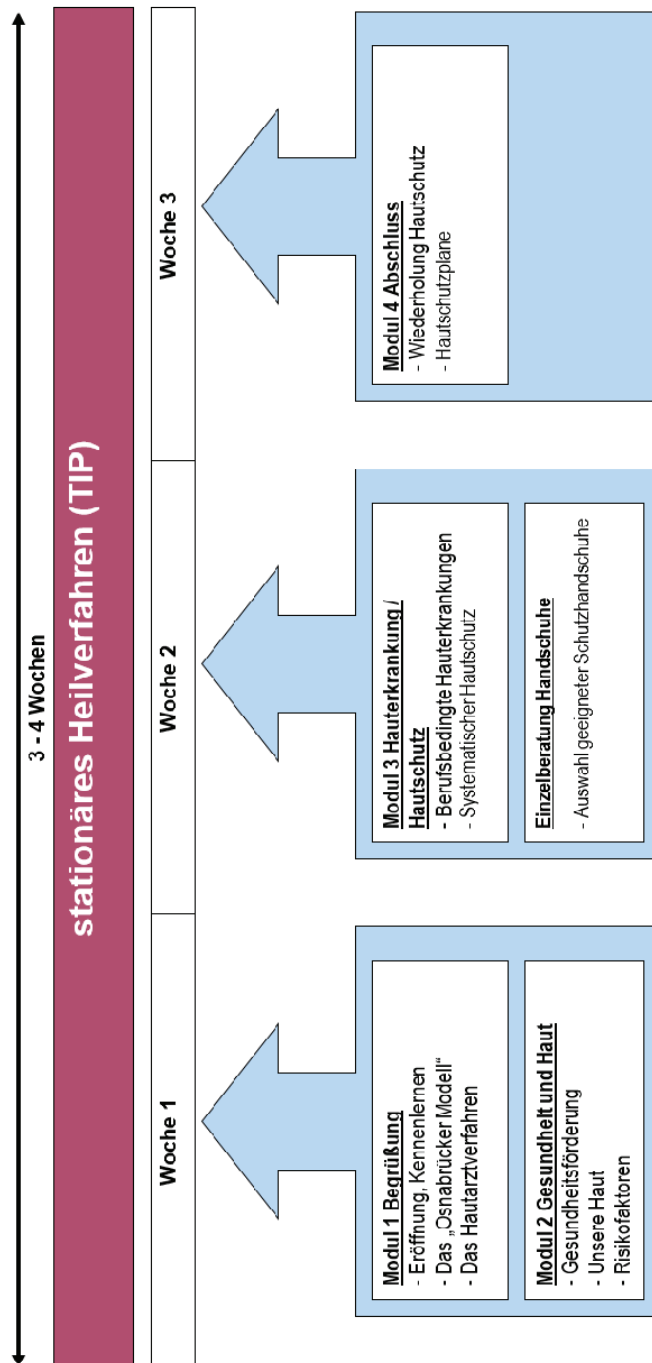
Bei den gesundheitspädagogischen Maßnahmen handelt es sich um eine Patientenschulung, die sich aus einer 4-moduligen Gruppenschulung zusammensetzt. Zusätzlich findet eine Einzelberatung der Versicherten durch einen Gesundheitspädagogen statt. Die Schulungsmaßnahmen sind wissenschaftlich begründet und in enger Anlehnung an die im Rahmen der sekundären Individualprävention entwickelten Hautschutzseminare (Wulfhorst/Schwanitz 2001, 2003) konzipiert, wobei die stationären Schulungsmaßnahmen, z. B. durch wiederholte Intervention, intensiver sind.

6.1 Das Hautschutzseminar

Das Hautschutzseminar ist eine curriculumbasierte (Hübner et al. unveröffentlichte Printversion) Patientenschulung. Sie wird geleitet durch einen Gesundheitspädagogen, der über ein abgeschlossenes Hochschulstudium für das Lehramt an berufsbildenden Schulen mit der Fachrichtung Körperpflege, Pflege oder Gesundheit verfügt. Auf diese Weise kann gewährleistet werden, dass sowohl die pädagogischen Anforderungen (didaktische Grundsätze in der Erwachsenenbildung, Motivationsstrategien, Gesprächstechniken etc.) als auch fachliche Kompetenzen (Kenntnisse über Ätiologie, Pathogenese, Diagnose, Therapie, aber auch Prävention von beruflich bedingten Hauterkrankungen) als Grundlagen bei der Seminarleitung vorhanden sind. Insgesamt finden während des 3-wöchigen stationären Aufenthaltes vier Gruppenseminare statt, die im Weiteren als „Module“ bezeichnet werden.

Abbildung 4 gibt eine Übersicht über Zeitpunkt und Inhalt dieser vier Module. Zusätzlich finden in der zweiten Woche Einzelberatungen zwischen dem jeweils seminarleitenden Gesundheitspädagogen (im Folgenden als *Seminarleitung* bezeichnet) und jedem Rehabilitanden statt, die sogenannte „Handschuhberatung“. Im Rahmen dieses Gespräches sollen individuelle Möglichkeiten zur Verbesserung des Hautschutzes am Arbeitsplatz und privat eruiert werden, wobei die Auswahl entsprechend geeigneter Schutzhandschuhe im Mittelpunkt steht.

Abbildung 4: Übersicht Schulungsmodulare im stationären Heilverfahren



6.1.1 Modul 1: Eröffnung / Kennenlernen

Das erste Modul der Hautschutzschulung findet am Tag der Anreise statt. Ziel des ersten Teils des ersten Moduls ist es vor allem, den Teilnehmern eine Orientierung zu geben und Vertrauen in die Maßnahmen des stationären Heilverfahrens aufzubauen. Gleichzeitig können sich die Teilnehmer untereinander kennenlernen. Unsicherheiten und Ängste, die womöglich durch die unbekannte Einrichtung und die fremden Personen hervorgerufen werden, sollen abgebaut und durch eine positive Atmosphäre ersetzt werden. Im Rahmen einer Vorstellungsrunde der Teilnehmer, die methodisch auf unterschiedliche Art und Weise gestaltet werden kann (siehe hierzu Hübner et al. unveröffentlichtes Manuskript 2013), wird ein erster Baustein für den Aufbau eines Gruppengefüges gelegt und ein Erfahrungsaustausch der Gruppenteilnehmer untereinander angeregt. Die Seminarleitung übernimmt im Anschluss die Vorstellung des stationären Heilverfahrens. In diesem Zusammenhang wird auch die evaluierte Wirksamkeit der stationären Maßnahme angemessen dargestellt, mit dem Ziel, die Handlungsergebniserwartung entsprechend dem HAPA-Modell positiv zu beeinflussen.

Im zweiten Teil des Moduls geht es um die gesetzliche Unfallversicherung. Die Teilnehmer sollen verstehen, welches die Aufgaben und Funktionen der gesetzlichen Unfallversicherung sind. Zudem sollen sie erkennen können, wo sie selber im Rahmen der gesetzlich festgelegten Verfahren von Hautarztverfahren und Berufskrankheitenverfahren stehen. Auf diese Weise sollen die Teilnehmer zu einer realistischen Einschätzung ihres eigenen Risikos, für z. B. Arbeitsplatzverlust aufgrund einer BK 5101, kommen. Den Teilnehmern wird verdeutlicht, dass das stationäre Heilverfahren im laufenden Hautarztverfahren eines der letzten geeigneten Mittel zur Behandlung der beruflichen Hauterkrankung ist. Damit dient dieser Teil des Moduls der realistischen Einschätzung der Risikowahrnehmung (siehe hierzu Teil I, Kapitel 5.2). Denn nur wer sein Erkrankungsrisiko für z. B. Folgeerkrankungen oder Arbeitsplatzverlust realistisch einschätzt, wird im Sinne des HAPA-Modells bereit sein, eine Verhaltensänderung auf sich zu nehmen (Schwarzer 2004).

6.1.2 Modul 2: Gesundheitsförderung / Die Haut

Im ersten Teil des zweiten Seminarmoduls geht es um Gesundheitsförderung. Die Teilnehmer sollen dazu angeregt werden, ihr eigenes Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis zu analysieren und auf dieser Basis Möglichkeiten zur persönlichen Gesundheitsförde-

rung, welche sich auch positiv auf die Hautveränderungen auswirken, zu erkennen. Es soll deutlich werden, dass Gesundheit ein Prozess ist, der individuell beeinflusst werden kann. Dieser Aspekt wird vor allem durch die Sammlung von gesundheitsfördernden Maßnahmen verdeutlicht. In Bezug auf die Hauterkrankung berichten die Teilnehmer, was sie schon getan haben, um die Gesundheit ihrer Haut zu fördern. Auf diese Weise sollen im Sinne des HAPA-Modells eine positive Handlungsergebniserwartung und Selbstwirksamkeitserwartung gefördert werden.

Im Zentrum des zweiten Teils des zweiten Moduls stehen der Aufbau und die Funktion der Haut. Um im Weiteren nachvollziehen zu können, wieso bestimmte Hautschutz- aber auch therapeutische Maßnahmen sinnvoll sind, ist es notwendig, dass die Patienten die wichtigsten Schutzfunktionen der Haut sowie die damit verbundene Relevanz einer intakten epidermalen Barriere kennenlernen. In diesem Zusammenhang ist auch der Prozess der Hauterneuerung von Bedeutung. Denn dieser mehrwöchige Erneuerungsprozess macht für die Rehabilitanden verständlich, warum die tertiäre Individualprävention sich aus einem ca. 6-wöchigen stationären Aufenthalt und poststationärer Arbeitskarenz zusammensetzt, da nur so eine vollständige Abheilung der Hautveränderungen annähernd gewährleistet werden kann. Dieses Wissen um die anatomischen und physiologischen Zusammenhänge kann sich nach Mertin (2010) und Schwarzer (2004) positiv auf die Handlungsergebniserwartung auswirken, da es die Handlungsalternativen (z. B. Hautschutz) für die Betroffenen nachvollziehbarer und somit sinnvoller macht.

Der dritte Teil des zweiten Moduls beschäftigt sich mit den endo- und exogenen Risikofaktoren der Hautgesundheit. Ziel ist es, dass die Teilnehmer durch Analyse ihrer beruflichen und privaten Situation ihre individuellen Risikofaktoren identifizieren. Durch die Erkenntnis, dass berufliche und ggf. auch private Tätigkeiten in direktem Zusammenhang mit der Hauterkrankung stehen, sollen das Interesse und die Motivation für Handlungsalternativen, die das Erkrankungsrisiko minimieren (z. B. Hautschutz), erhöht werden. Nach dem HAPA-Modell entspricht dies einer Verbesserung der Handlungsergebniserwartung.

6.1.3 Modul 3: Berufliche Hauterkrankung / Hautschutz

Die berufsbedingten Hauterkrankungen bilden den ersten Themenkomplex des dritten Moduls. Ziel ist es, den Teilnehmern die häufigsten beruflich bedingten Hauterkrankungen in Entstehung, Ablauf und Prognose verständlich zu machen und sie auf diese Weise in die Lage zu versetzen, auch ihre eigene Diagnose einordnen und verstehen zu können.

Zusätzlich werden Kenntnisse zu Typ I- und den beruflich relevanteren Typ IV-Sensibilisierungen vermittelt, so dass die Teilnehmer in der Lage sind, diese beiden Allergietypen und das damit verbundene, unterschiedliche diagnostische Vorgehen verstehen und nachvollziehen zu können. Abermals soll das so aufgebaute Wissen dazu beitragen, die im Nachfolgenden vorgestellten Möglichkeiten des systematischen Hautschutzes für die Teilnehmer plausibler zu machen und auf diese Weise die Motivation für eine Intention zur Verhaltensänderung zu steigern (Schwarzer 2004).

Das letzte Thema des Hautschutzseminars bildet der systematische Hautschutz. Ziel dieses Themenkomplexes ist es, dass die Teilnehmer erkennen, wie wichtig neben der Therapie die Umsetzung geeigneter Hautschutzmaßnahmen ist. Zur Veranschaulichung der Wirksamkeit von Hautschutzmaßnahmen wird im Rahmen dieses Modulteils auf die Methode des Experiments zurückgegriffen. Die Teilnehmer werden möglichst umfassend in den Aufbau, die Durchführung und Interpretation der Experimente eingebunden, so dass sie ihre Vorkenntnisse und Fähigkeiten zum Thema Hautschutz einbringen und anwenden können. Auf diese Weise soll nochmals positiv auf die Selbstwirksamkeit der Teilnehmer Einfluss genommen werden. Durch die Darstellung des systematischen Hautschutzes werden den Rehabilitanden Handlungsalternativen aufgezeigt. Die Kenntnis von Handlungsalternativen bedeutet jedoch noch nicht, dass diese auch umgesetzt werden. Hier ist es notwendig, dass die Selbstwirksamkeitserwartungen für die Umsetzung der relevanten Hautschutzmaßnahmen bei den Teilnehmern verstärkt werden (Schwarzer 2004, Bandura 1997). Daher werden gemeinsam mit den Teilnehmern Umsetzungsstrategien erarbeitet und diskutiert, die dem Einzelnen helfen sollen, die empfohlenen Hautschutzmaßnahmen auch gegen Widerstände und in schwierigen Situationen anzuwenden (= Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartungen).

6.1.4 Modul 4: Abschluss-Seminar

Das vierte Modul bildet den Abschluss des Hautschutzseminars. Im Vordergrund dieses Seminarteils stehen die Sicherung des Lernerfolgs und die Darstellung von persönlichen Veränderungen sowohl in der Erwartungshaltung, als auch im angestrebten Verhalten. Zu diesem Zweck wird zum einen auf die Moderationskarten aus dem Eröffnungsseminar mit den teilnehmerformulierten Erwartungen zurückgegriffen. In der Gruppe wird diskutiert, inwiefern die Erwartungen erfüllt oder nicht erfüllt wurden bzw. was dem Einzelnen gefehlt hat. Im zweiten Schritt werden die Teilnehmer aufgefordert zu berichten, welche Anregungen sie mitgenommen haben, die sie zukünftig in ihrem beruflichen und privaten Alltag

umsetzen möchten. Durch diese selbstständige Formulierung von angestrebten Veränderungen im Hautschutzverhalten wird besonders auf die präaktionale Phase im Sinne des HAPA-Modells eingewirkt, was sich positiv auf eine tatsächliche Verhaltensaussführung in der Zukunft (= volitionale Phase im HAPA-Modell) auswirken soll (Schwarzer 2004).

6.1.5 Die Handschuhsprechstunde

Bei der Handschuhsprechstunde handelt es sich um eine Einzelberatung, in der der jeweilige Patient zusammen mit dem Gesundheitspädagogen einen tätigkeitsgeeigneten Handschuhschutz ermittelt. Im Rahmen dieser Beratung werden Inhalte aus dem Seminar an die berufliche und private Hautschutzsituation angepasst und vertieft bzw. individuelle Probleme aufgegriffen und nach Lösungsmöglichkeiten gesucht. Die Handschuhsprechstunde erfolgt in enger Absprache mit dem betreuenden Dermatologen, um konkrete medizinische Probleme wie z. B. Allergien gegenüber Handschuhinhaltsstoffen angemessen zu berücksichtigen.

Zusätzlich werden die ausgewählten Handschuhe im Rahmen einer ergotherapeutischen Sitzung hinsichtlich ihrer praktischen Anwendbarkeit überprüft. Hierfür werden die ausgewählten Handschuhe vom Patienten im Rahmen einer simulierten beruflichen Tätigkeit eingesetzt. Nach erfolgter Ergotherapie erfolgt eine Rückmeldung an die betreuenden Gesundheitspädagogen und Berufsdermatologen, ggf. werden weitere Optimierungsmöglichkeiten erarbeitet.

6.1.6 Die Broschüre *Hautschutz für mich*

Die in den Kapiteln 6.1.1 bis 6.1.4 dargestellten Module des Hautschutzseminars fokussieren im Sinne des HAPA-Modells vorrangig die motivationale Phase. Um die Intentions-Verhaltenslücke zu schließen und auch die volitionale Phase zu unterstützen, wird während des Untersuchungszeitraumes (Januar 2010 bis August 2010) den Versicherten eine volitional ausgerichtete Broschüre an die Hand gegeben (siehe Anhang), welche auf der Basis des HAPA-Modells und der Ergebnisse von Sudeck (2006) von der Autorin im Vorfeld entwickelt wurde. Die Broschüre soll den Aufenthalt während der stationären Maßnahme und vor allem auch die Zeit der Arbeitskarenz begleiten und helfen, die kennengelernten Hautschutzmaßnahmen auch tatsächlich in den beruflichen und privaten Alltag zu integrieren. Zu diesem Zweck wurden fünf Kapitel in die Broschüre aufgenommen, die sukzessiv auf die Verhaltensänderung vorbereiten und schließlich die Umsetzung unter-

stützen sollen. Im Folgenden sollen die fünf Kapitel der Broschüre kurz hinsichtlich Inhalt und Ziel vorgestellt werden.

Kapitel 1 Brauche ich wirklich Hautschutzmaßnahmen? – soll die Auseinandersetzung mit dem bisherigen Verhalten und möglichen Hautschutzmaßnahmen fördern. Die Patienten sollen überlegen, welche Vor- und Nachteile oder Barrieren sie persönlich bei der Anwendung von Hautschutzmaßnahmen sehen. Dieser Prozess des Abwägens von Handlungsalternativen gehört nach dem HAPA-Modell zum Konstrukt der Handlungsergebniserwartung und ist somit eine Voraussetzung für die Formulierung von Intentionen zur Verhaltensänderung (Schwarzer 2004).

Kapitel 2 Hautschutz für mich – Im Rahmen dieses Kapitels sollen die möglichen Verhaltensänderungen zur Verbesserung des Hautschutzes konkretisiert werden. Zu diesem Zweck wird der Leser dazu aufgefordert, zu den drei Säulen des Hautschutzes „Schutz“, „Pflege“ und „Reinigung“ mögliche Verbesserungsmaßnahmen für das berufliche und private Hautschutzverhalten zu formulieren. Durch die Formulierung dieser Intentionen soll die volitionale Phase vorbereitet werden (Schwarzer 2004).

Kapitel 3 Mein persönlicher Hautschutzplan – An dieser Stelle wird der Leser aufgefordert, die Überlegungen aus Kapitel 1 und 2 in einen konkreten Handlungsplan (was-wo-wann-wie) zu überführen. Diese Handlungspläne sind in Form von „Hautschutzplänen“ der Broschüre angehängt. Die Leser werden aufgefordert, sowohl für den privaten als auch den beruflichen Bereich Ziele zum Hautschutzverhalten zu formulieren und diese in die angehängten Hautschutzpläne einzutragen. Dieses Vorgehen zielt auf die präaktionale Phase ab, in der es darum geht, die Intentionen auch tatsächlich umzusetzen. Konkrete Handlungspläne sollen hier helfen, die mögliche Intentionen-Verhaltenslücke zu schließen (Schwarzer 2004, Knoll et al. 2010).

Kapitel 4 Was ist wenn ...? Hindernisse überwinden! – In diesem Kapitel soll der Leser sich noch einmal Gedanken zu möglichen Hindernissen, die ihn von seinen Vorhaben abbringen könnten, machen. Zusätzlich sollen für diese kritischen Situationen mögliche Lösungen antizipiert werden, um die Verhaltensänderung schlussendlich doch umsetzen zu können. Gemäß dem HAPA-Modell (Schwarzer 2004, Sniehotta et al. 2006) unterstützt die Bewältigungsplanung ebenfalls die präaktionale Phase und erhöht die Wahrscheinlichkeit der tatsächlichen Verhaltensänderung in der volitionalen Phase.

Kapitel 5 *Wie geht es weiter?* – Das letzte Kapitel bereitet den Leser auf die Anwendung von Hautschutz in der Zeit der Arbeitskarenz im häuslichen Umfeld vor. Das Kapitel gibt Tipps, welche Hautschutzmaßnahmen besonders im häuslichen Umfeld zu berücksichtigen sind.

Zusammenfassend betrachtet dienen alle Kapitel der Patientenbroschüre *Hautschutz für mich* als Unterstützung in dem Prozess der Verhaltensänderung. Dabei liegt der Schwerpunkt der Broschüre nach dem HAPA-Modell auf der präaktionalen Phase, in der die Planung der Handlung im Vordergrund steht. Die aktionale Phase, in der die Abschirmung der neuen Handlung gegenüber Distraktoren vorrangig ist, wird ebenfalls in Ansätzen unterstützt, da den Patienten die Möglichkeit gegeben wird, ihre bereits formulierten Hautschutzpläne zu überarbeiten und an die gemachten Erfahrungen anzupassen.

6.2 Konsequenz für die Evaluation ausgewählter Aspekte der stationären Rehabilitation von Berufsdermatosen

Im Zentrum der gesundheitspädagogischen Interventionen im Rahmen des stationären Heilverfahrens bei Berufsdermatosen stehen die 4-modulige Hautschutzschulung und die Handschuhsprechstunde. In den vorausgegangenen Kapiteln wurden diese gesundheitspädagogischen Bausteine des stationären Heilverfahrens für Berufsdermatosen sowohl in ihrer theoretischen Fundierung als auch in ihrer praktischen Umsetzung dargestellt. Dabei wurde deutlich, dass eine Vermittlung von informations- und verhaltensorientierten Inhalten zentral ist, die das Ziel hat, die Patienten zu einer eigenverantwortlichen Krankheitsbewältigung zu befähigen.

Bei den bisher untersuchten Präventionsprogrammen im Bereich der Berufsdermatologie handelt es sich um Maßnahmen aus dem sekundär- (Wulfhorst 2001, Klippel 2004, Schlesinger 2005) und tertiärpräventiven Bereich (Skudlik et al. 2008a). Alle hier zitierten Interventionsprogramme konnten ihre Wirksamkeit belegen, wobei der Erfolg der Maßnahmen überwiegend durch die Parameter „Hautzustand“ und „Berufsverbleib“ nachgewiesen wurde. Die gesundheitspädagogische Dimension spielte bei der Überprüfung der Wirksamkeit bisher nur eine untergeordnete Rolle. Zwar ermittelten Skudlik et al. (2008a), dass 84 % der Befragten angeben, die empfohlenen Schutzmaßnahmen ein Jahr nach der stationären Maßnahme noch umzusetzen. Bei der Komplexität der umzusetzenden Schutzmaßnahmen – in der Regel sind alle drei Bereiche Schutz, Pflege und Reinigung zu berücksichtigen – ist jedoch nur schwer vorstellbar, dass alle Empfehlungen gleicher-

maßen von den 84 % der Befragten tatsächlich umgesetzt werden. Um die pädagogische Intervention im Bereich der TIP weiter zu verbessern, wäre eine detailliertere Erfassung, welche Maßnahmen gut und regelmäßig umgesetzt werden, welche nur schwer umgesetzt werden können und welche vielleicht doch weggefallen sind, hilfreich. Zudem wäre es wichtig zu erfahren, wie insgesamt der Prozess der Verhaltensänderung – also die Phase der Volition – von den Patienten erlebt wird. Den theoretischen Bezugsrahmen für die pädagogischen Interventionen im Rahmen der TIP bildet das HAPA-Modell nach Schwarzer (2004). Wie in Kapitel 5 dargestellt, zeigen Untersuchungen zum HAPA-Modell, dass die Selbstwirksamkeitserwartung als entscheidender Prädiktor sowohl in der Phase der Motivation als auch in der Phase der Volition angesehen werden kann. Hier ist von Interesse zu erfahren, ob sich diese Ergebnisse zur Selbstwirksamkeitserwartung bei Patienten mit beruflich bedingten Hauterkrankungen durch die vorliegende Studie verifizieren lassen.

Aus diesen Überlegungen können nun die in Teil II, Kapitel 1 aufgezeigten forschungsleitenden Fragestellungen abgeleitet werden.

II Studie

1 Forschungsinteresse und theoretische Legitimation der Themenfelder

Die übergreifende Fragestellung behandelt das Erleben des volitionalen Prozesses bei schweren beruflichen Hauterkrankungen aus der Sicht der betroffenen Patienten. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf dem Erleben des Hautschutzverhaltens bzw. der Verhaltensänderung in diesem Bereich. Dabei wird eine qualitative Forschungsperspektive gewählt, die aus dem Blickwinkel der Gesundheitspädagogik die Fragestellung beleuchtet. Nach Wulfhorst (2002) sind die zentralen Dimensionen gesundheitspädagogischer Interventionen „Wissen“, „Verhalten“ und „Einstellung“. Diese Dimensionen standen in den bisher durchgeführten Untersuchungen zur Wirksamkeit gesundheitspädagogischer Maßnahmen bei berufsbedingten Hauterkrankungen (Skudlik et al. 2008a, Wulfhorst 2001, Klippel 2004, Schlesinger 2005) jedoch nicht im Fokus des Forschungsinteresses und sind durch die dort besprochenen Outcome-Parameter „Hautzustand“ und „Berufsverbleib“ auch kaum abzubilden. Diese Forschungslücke will diese Untersuchung schließen.

Im Fokus des Interesses stehen daher beruflich bedingt Hauterkrankte, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung in ein stationäres Heilverfahren überwiesen worden sind. Das übergreifende Forschungsinteresse geht der Frage nach, wie diese Betroffenen die Erkrankung erleben und wie sich dieses Erleben in der gesundheitspädagogischen Dimension „Verhalten“ bei den Betroffenen darstellt (Wulfhorst 2002). Dabei bezieht sich die Dimension „Verhalten“ auf das *Hautschutzverhalten* der Betroffenen.

Das „(Hautschutz-)verhalten“ ist ebenfalls eine zentrale Dimension, die im Rahmen des HAPA-Modells (Schwarzer 2004) intensiv betrachtet wird, wobei die Dimension „Verhalten“ der Volition und hier der aktionalen Phase zuzuordnen ist (vgl. Schwarzer 2004, S. 91 ff). Die Annahmen aus dem HAPA-Modell wurden bereits in zahlreichen Untersuchungen empirisch belegt, allerdings konnte keine Untersuchung ermittelt werden, die sich dem Modell aus qualitativer Perspektive nähert. Hier setzt das Forschungsinteresse dieser Arbeit an. Ziel dieser Untersuchung ist es, die Vorstellungen des HAPA-Modells am individuellen Einzelfall zu überprüfen. Als besonders relevant für die aktionale Phase gelten die Konstrukte und Prädiktoren „Selbstwirksamkeit“ und „Planungsverhalten“ (vgl. Kapitel 5.3 und 5.4). Diese sollen im Rahmen dieser Untersuchung aufgegriffen und im Ein-

zelfall genauer analysiert werden. Ziel dieses Vorgehens ist es, Erkenntnisse zu gewinnen, die eine Weiterentwicklung und Verbesserung der stationären Maßnahme ermöglichen, so dass die Patienten in ihrem Prozess zur Krankheitsbewältigung weiter unterstützt werden können.

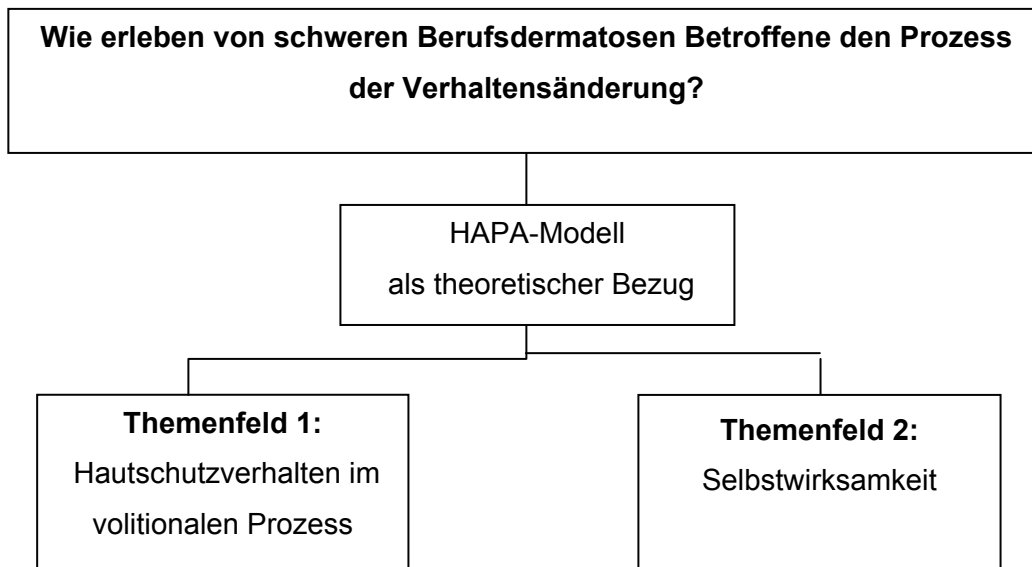
Um das Planungsverhalten und den Prozess der Verhaltensänderung in der volitionalen Phase bei dem untersuchten Kollektiv zusätzlich zu unterstützen, wurde von der Autorin eine Patientenbroschüre entwickelt, die für den Zeitraum der Untersuchung jedem Patienten des stationären Heilverfahrens ausgehändigt wurde (siehe Teil I, Kap. 6.1.6. und Anhang). Im Rahmen dieser Untersuchung soll überprüft werden, ob eine solche Broschüre von dem untersuchten Kollektiv freiwillig genutzt wird und ob die Arbeit mit dieser Broschüre als hilfreich für den Prozess der Verhaltensänderung erlebt wird.

Um tatsächlich den gesamten Prozess der Verhaltensänderung abbilden zu können, ist diese Untersuchung als qualitative Längsschnittstudie mit vier Interviewterminen geplant. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass der Entwicklungsprozess von der Motivations- bis zur Volitionsphase komplett erfasst wird. Im Rahmen von qualitativen Untersuchungen kann dieses Vorgehen zwar selten angesehen werden (Lamnek 2005, Börtz/Döhring 2005) aus den oben dargelegten Gründen erschien es jedoch angebracht und notwendig.

Die übergeordnete Fragestellung wird durch folgende zwei Themenfelder weiter präzisiert (vgl. Abbildung 5):

- Themenfeld 1: Hautschutzverhalten im volitionalen Prozess
- Themenfeld 2: Selbstwirksamkeit

Abbildung 5: Forschungsfrage und präzisierende Themenfelder



Aus den dargelegten Überlegungen zur übergeordneten Forschungsfrage und den nachgeordneten Themenfeldern werden fünf untergeordnete Forschungsfragen abgeleitet, die im Zentrum der Erhebung stehen.

1.1 Themenfeld 1: Hautschutzverhalten im volitionalen Prozess

Folgende Fragestellungen stehen in diesem Themenbereich im Fokus des Interesses:

- 1a) Wie wirkt sich das stationäre Heilverfahren auf das Hautschutzverhalten aus?
- 1b) Welche Hindernisse und Barrieren werden von den Patienten im Verlauf der Untersuchung identifiziert?
- 1c) Welche Umsetzungsstrategien (z. B. die Broschüre *Hautschutz für mich*) werden von den Betroffenen angewendet, um das Hautschutzverhalten umzusetzen?

Im Rahmen der Forschungsfrage 1a) ist von Interesse, wie sich das stationäre Heilverfahren auf das Hautschutzverhalten der Versicherten auswirkt. Diese Fragestellung beinhaltet einen Pre-post-Vergleich. Das bedeutet, dass das praktizierte Hautschutzverhalten zu Beginn des stationären Heilverfahrens mit dem Hautschutzverhalten nach Abschluss des stationären Heilverfahrens verglichen werden soll. Zum anderen erscheint der Aspekt der zunehmenden Komplexität der Hautschutzsituationen vom Zeitpunkt der Aufnahme in die stationäre Maßnahme bis zur Rückkehr in den beruflichen Alltag von besonderer Bedeutung. Um diesen Prozess der steigenden Anforderungen bzw. des möglicherweise verän-

dernten Hautschutzverhaltens abbilden zu können, werden mehrere Erhebungstermine an den jeweilig relevanten Zeitabschnitten vorgesehen.⁴ Auf diese Weise soll zum einen beleuchtet werden, ob das Hautschutzverhalten sich verändert, und zum anderen, wie die Versicherten diesen Prozess der sich verändernden Anforderungen an das Hautschutzverhalten jeweils bewältigen.

Aus gesundheitspädagogischer Sicht erscheint zusätzlich interessant, aus welchen Quellen die Versicherten ihre Anregungen zum Hautschutz beziehen und welchen Einfluss diese Quellen auf das Hautschutzverhalten haben.

Die Forschungsfrage 1b) bezieht sich auf die Erkenntnisse von Schwarzer (2004), wonach der Umgang mit Barrieren und Hindernissen bei der Bewältigung von Verhaltensänderungen eine entscheidende Rolle spielt. Deshalb soll analysiert werden, welche Hautschutzbarrieren von den Versicherten im Rahmen des Heilverfahrens identifiziert werden.

Durch die Forschungsfrage 1c) soll analysiert werden, welche Strategien von den Befragten gewählt werden, um das Hautschutzverhalten in den beruflichen und privaten Alltag zu integrieren. In diesem Zusammenhang soll auch überprüft werden, ob es Hinweise auf den Prädiktor „Planungsverhalten“ (siehe Teil I, Kapitel 5.3) gibt und ob und in welcher Weise die Patientenbroschüre *Hautschutz für mich* auf freiwilliger Basis als Hilfe bei der Umsetzung des Hautschutzverhaltens genutzt wird.

1.2 Themenfeld 2: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung

Im Zentrum dieses Themenfeldes steht die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und ihr Einfluss auf den individuellen volitionalen Prozess bei beruflich bedingt Hauterkrankten. Folgende Fragestellungen sollen dieses Themenfeld präzisieren:

- 2a) Wie wirkt sich die vorhandene allgemeine Selbstwirksamkeit auf den Umgang mit Barrieren und Hindernissen bei den interviewten Patienten aus?
- 2b) Wie wirkt sich die vorhandene allgemeine Selbstwirksamkeit auf die Einstellung der Patienten zu ihrer Haut bzw. zu Hautschutz aus?

⁴ Als besonders relevante Zeitabschnitte wurden folgende vier Zeitpunkte definiert: die Aufnahme in das stationäre Heilverfahren (= t1), die Entlassung aus dem stationären Heilverfahren (= t2) sowie der Zeitpunkt nach der Arbeitskarenz unmittelbar vor dem beruflichen Wiedereintritt (= t3) und vier Wochen nach dem beruflichen Wiedereintritt (= t4).

Durch dieses Themenfeld sollen die Erkenntnisse von Schwarzer (2004) in die Betrachtungen und Analysen mit einfließen. Wie in Kapitel 5 zuvor erläutert, ist das *Health-Action-Process-Approach-Modell* (= *HAPA-Modell*) nach Schwarzer (2004) ein Modell, mit dessen Hilfe eine Erklärung und Vorhersage von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen möglich ist. Im Rahmen der Handlungsplanung und Handlungsausführung scheint nach Schwarzer (2004) die Selbstwirksamkeitserwartung einen entscheidenden, prädiktiven Einfluss auf diese volitionalen Prozesse zu haben. Entsprechend formuliert Schwarzer: „Wahrgenommene Selbstwirksamkeit ist während der Handlungsversuche [...] dazu erforderlich, Hindernisse zu überwinden und sich immer wieder, auch bei Rückschlägen, zu erneuten Versuchen zu motivieren.“ (Schwarzer 2004, S. 96) Diese Annahme soll im Rahmen dieses Themenfeldes aufgegriffen und im Rahmen der Forschungsfrage 2a) für die vorliegende Untersuchungseinheit überprüft werden.

Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung umfasst alle Lebensbereiche und soll den Grad der optimistischen Einschätzung der generellen Lebensbewältigungskompetenz zum Ausdruck bringen (Schwarzer 2004). Aus dieser These lässt sich die Hypothese bilden, dass beruflich bedingt Hauterkrankte mit höheren Werten in der allgemeinen Selbstwirksamkeit eine positivere Einstellung zu ihrer Haut und Hautschutz haben, als beruflich bedingt Hauterkrankte mit geringerer allgemeiner Selbstwirksamkeit. Diese Hypothese soll im Rahmen der Forschungsfrage 2b) für den individuellen Einzelfall überprüft werden.

1.3 Methodische Überlegungen

Die Entscheidung, ob im Rahmen einer Untersuchung nach qualitativen oder quantitativen Forschungsstrategien vorgegangen werden sollte, orientiert sich grundsätzlich an der Art des Forschungsthemas und dem Ziel der Untersuchung. Nach Börtz/Döring (2002, S. 687) ist das zentrale Anliegen qualitativer Forschung, soziale und psychologische Phänomene aus Sicht der Akteure zu rekonstruieren, während quantitative Forschung eher dazu dient, Populationen zu beschreiben und Hypothesen zu prüfen.

Betrachtet man die dargestellten Themenfelder (siehe Teil II Kapitel 1.1 und 1.2), wird deutlich, dass in dieser Arbeit vor allem individuelle Einstellungen und Verhaltensweisen zum Hautschutz bei beruflich bedingt Hauterkrankten von Interesse sind sowie die Frage, welchen Einfluss das stationäre Heilverfahren auf das individuelle Erleben und Verhalten der Betroffenen hat. Dieser Forschungsschwerpunkt spricht somit eher für ein qualitatives Forschungsdesign.

Bei ersten Pretests mittels Fragebogen zeigte sich zudem, dass es schwierig ist, insbesondere die Fragestellungen aus Themenfeld 1: Hautschutzverhalten (siehe Teil II Kapitel 1.1) durch vorformulierte Items abzudecken. Es wurde deutlich, dass es **nicht** das *eine, einzig richtige* Hautschutzverhalten gibt, sondern dass das „richtige“ Hautschutzverhalten von individuellen Faktoren wie beruflicher Belastung, Art der Erkrankung und momentanem Hautzustand abhängig ist. Entsprechend gibt es nicht *die eine Hautschutzmaßnahme*, sondern es bedarf einer Reihe von Maßnahmen aus den Bereichen „Hautreinigung“, „Hautpflege“, „Hautschutz“, die – angepasst an die individuelle Situation – zu berücksichtigen sind. Als Beispiel sei hier die Hautreinigung im Bereich der Krankenpflege im Vergleich zur Hautreinigung im Handwerk genannt. Während in der Krankenpflege eine Empfehlung zur Hautreinigung lautet: „Möglichst wenig waschen, mehr desinfizieren!“, gilt für das Handwerk: „Starke Verschmutzungen der Hände vermeiden. Reinigung möglichst nur mit reibemittelfreien Reinigungsmitteln!“

Zudem besteht die Gefahr, dass durch ein quantitativ ausgerichtetes Vorgehen die Messung selbst bereits ein Problembewusstsein bei den Befragten schafft und diese sich veranlasst fühlen könnten, vermeintlich erwünschte Antworten anzukreuzen (Börtz/Döring 2005). Im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme, die von der gesetzlichen Unfallversicherung finanziert ist, erscheint es daher sehr wahrscheinlich, dass Fragen bezüglich des Hautschutzverhaltens auf einem vorformulierten Fragebogen von den Befragten in Richtung des gewünschten Verhaltens „abgekreuzt“ werden. Diese Tendenz konnte bereits von Wiedl (2009) für das zu untersuchende Kollektiv bestätigt werden. Dieses Problem der standardisierten Antwortvorgaben beschreiben auch Mayring (2002) und Lamnek (2005). Sie geben zu bedenken, dass bei quantitativen Befragungen die eingesetzten Forschungsinstrumente die Befragten nicht zu Wort kommen lassen, sondern sie auf das Reagieren auf vorgegebene Kategorien durch „Kreuzchen machen“ reduzieren (Mayring 2002). Ebenso können Antwortvorgaben, wenn sie nicht den eigentlichen Antworten der Befragten entsprechen, zu ungenauen Daten mit einer geringen Reliabilität führen (Lamnek 2005, Börtz/Döring 2005).

Um diese Nachteile zu vermeiden, bedarf es also einer Methode, die möglichst sensitiv die intra- und interindividuellen Unterschiede im Hautschutzverhalten und im Erleben der Erkrankung aufdeckt. Øvretveit (2002) hält diese Sensitivität der Erhebungsmethode für besonders wichtig, wenn alle Veränderungen, die von einer Intervention bewirkt wurden, aufgedeckt werden sollen.

Ob und in welcher Form sich das individuelle Hautschutzverhalten bzw. das Erleben der Erkrankung verändert hat und ob das stationäre Heilverfahren bzw. einzelne Bausteine desselben hierauf einen Einfluss genommen haben, lässt sich somit nur schwierig innerhalb eines quantitativen Paradigmas aufdecken, sondern bedarf eines eher explorativen Vorgehens. Aus diesen Überlegungen heraus erscheint ein qualitatives Vorgehen zur Analyse der Themenfelder (siehe Teil II, Kapitel 1.1 und 1.2) sinnvoll. Denn durch eine qualitative Form der Datenerhebung kann am ehesten eine individuelle Betrachtung gewährleistet werden, wie auch der von Mayring formulierte Grundgedanke zur qualitativen Forschung verdeutlicht:

„Postulat 1: Gegenstand humanwissenschaftlicher Forschung sind immer Menschen, Subjekte. Die von der Forschungsfrage betroffenen Subjekte müssen Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchung sein!“ (Mayring 2002, S. 20)

1.3.1 Auswahl und Begründung des qualitativen Forschungsverfahrens

Im Rahmen qualitativer Forschung sind unterschiedliche Erhebungsverfahren möglich. Für die hier vorliegende Fragestellung bedarf es einer Erhebungsmethode, welche es ermöglicht, die Konstrukte „Handlungsplanung“ und „Handlungsausführung“ und „allgemeine Selbstwirksamkeit“ des HAPA-Modells (Schwarzer 2004) bei beruflich bedingt Hauterkrankten zu untersuchen. Folglich bedarf es einer qualitativen Methode, die ein solch theoriegeleitetes Vorgehen ermöglicht.

Hopf et al. (1995) haben hierzu ein Verfahren entwickelt, welches explizit mit einem theoretischen Vorwissen in die Erhebung hineingeht. Ziel des Vorgehens bei Hopf et al. ist es, die aus der Theorie entwickelten Hypothesen **fallbezogen** – und nicht in generalisierender Weise – zu überprüfen, zu präzisieren und weiterzuentwickeln. In dieser Hinsicht unterscheidet sich dieses Verfahren, welches von Kuckartz (2010) auch als „*thematisches Codieren*“ bzw. von Hopf et al. (1995) als „*theorieorientierte qualitative Forschung*“ bezeichnet wird, stark von der Herangehensweise der Grounded Theory, welche in erster Linie einen *theoriegenerierenden Ansatz* verfolgt. Ausgangspunkt der Forschung in der Grounded Theory soll nach Strauss und Glaser eine absolute Theoriefreiheit des Forschenden sein. Erst im Rahmen der Datenauswertung sollen begrifflich-theoretische Konzepte allein aus dem Datenmaterial generiert werden. Häufig wird qualitative Forschung im Sinne der Grounded Theory verstanden (Lamnek 2005), allerdings halten Hopf et al.

(1995, S. 17) dieser Theorieoffenheit als Voraussetzung von qualitativer Analyse entgegen:

„Wir gehen davon aus, dass der explizite Bezug auf Theorietraditionen – sofern mit den zugrundeliegenden Theorien in kritischer Weise umgegangen wird – nicht automatisch eine Verengung des eigenen Blickes bedeutet. Vielmehr bieten Hypothesen [...] die Möglichkeit, im Forschungsfeld gezielter, genauer und aufmerksamer zu suchen und auch die Erhebungsinstrumente spezifischer auszuwählen. Hierdurch kann die Sensibilität in der Wahrnehmung bestimmter Phänomene und Einzelheiten vergrößert werden. Selbst die Aufmerksamkeit für Beobachtungen, die dem eigenen theoretischen Vorverständnis widersprechen, wird in mancher Hinsicht durch explizit formulierte Vorannahmen erhöht, da diese einen bewussten Umgang mit dem eigenen Vorverständnis ermöglichen können.“

Da es sich auch in dieser Untersuchung um ein theoriegeleitetes Forschungsvorhaben mit einer spezifischen Fragestellung handelt, erscheint das Untersuchungsverfahren nach Hopf et al. (1995), das im weiteren Verlauf als *thematisches Codieren* bezeichnet werden soll, als die angemessene qualitative Methode zur Datenauswertung.

Die Tatsache, dass der Erhebung ein theoretisches Vorverständnis zu Grunde liegt, und mit dem *thematischen Codieren* ein entsprechendes Untersuchungsverfahren ausgewählt wurde, muss auch bei der Methode der Datenerhebung berücksichtigt werden. Um dem zu entsprechen, wurde die qualitative Methode des **problemzentrierten Interviews mit Hilfe eines halbstandardisierten Leitfadens** (Bortz/Döring 2004, Lamnek 2005) gewählt. Die auf Witzel (1982) zurückgehende Methode des problemzentrierten Interviews erscheint geeignet, da der Interviewer hier mit einem bestehenden wissenschaftlichen Konzept in die Datenerhebung geht. Dieses Konzept soll dann mittels der Daten ggf. modifiziert werden. Aus den Vorüberlegungen zum Problembereich wird ein Interviewleitfaden generiert, welcher die wesentlichen Aspekte des Problembereiches abdeckt. Er dient vor allem dazu, all jene Themenbereiche, die der Befragte von sich aus erschöpfend behandelt hat, abzustreichen bzw., wenn dies nicht erfolgt ist, vertiefend nachzufragen (vgl. Lamnek 2005, Witzel 2000). Vorteil eines solchen Leitfadens ist es, dass die Daten und Ergebnisse der unterschiedlichen Interviews vergleichbar werden. Dennoch bleibt genügend Spielraum, spontan aus der Interviewsituation heraus neue Fragen und Themen einzubeziehen, die bei der Konzeptgenerierung u. U. noch nicht berücksichtigt worden sind (Bortz/Döring 2004, S. 315).

1.3.2 Auswahl und Begründung quantitativer Forschungsansätze

Um dem Themenfeld 2 gerecht zu werden, ist es sinnvoll, die allgemeine Selbstwirksamkeit der Befragten zu ermitteln. Um diese psychometrisch erfassen zu können, wurde von Schwarzer/Jerusalem im Jahre 1999 der „Fragebogen zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE)“ entwickelt, welcher von Wiedl (2009) am vorliegenden Kollektiv validiert wurde. Der Fragebogen besteht aus zehn Items und misst die allgemeine optimistische Selbstüberzeugung. Das Ergebnis des Tests soll Aufschluss darüber geben, wie groß das Vertrauen der Testperson in die eigenen Fähigkeiten ist, schwierige Situationen zu meistern. Der Erfolg wird hierbei der eigenen Kompetenz zugeschrieben.

Das quantitative Verfahren ermöglicht an dieser Stelle, unabhängig von der Wahrnehmung der Forscherin, Interviewpartner mit unterschiedlichen Werten in der allgemeinen Selbstwirksamkeit zu rekrutieren. Auf diese Weise kann die Frage, ob die allgemeine Selbstwirksamkeit einen Einfluss auf das Hautschutzverhalten oder das Erleben der Erkrankung hat, unter Umständen erschöpfender beantwortet werden. Dieses quantitative Vorgehen lässt sich nach Mayring (2001) als eine Integration von qualitativen und quantitativen Daten auf der Personenebene beschreiben. Die Verknüpfung von quantitativen und qualitativen Daten auf der Personenebene kann im Rahmen der Einzelfallanalysen behilflich sein bei der Typenbildung und unter Umständen zur induktiven Fallverallgemeinerung beitragen (Mayring 2002). Für das vorliegende Untersuchungsvorhaben bedeutet dies, dass durch die Kombination der allgemeinen Selbstwirksamkeit mit den Daten der Fallanalysen unter Umständen verborgene Strukturen und Orientierungen bei den Untersuchungsteilnehmern aufgedeckt und diese mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen verglichen werden können. Gegebenenfalls kann auf diese Weise zur Verallgemeinerung der Einzelfallanalysen bei ähnlichen Kontextbedingungen beigetragen werden.

Zur Erhebung der allgemeinen Selbstwirksamkeit wird der Fragebogen zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) von Schwarzer und Jerusalem (1999) eingesetzt.

1.3.3 Forschungsdesign

Das Forschungsdesign, von Mayring (2002) auch als Untersuchungsplan bezeichnet, umfasst das Untersuchungsziel und den Untersuchungsablauf. Ziel dieser Untersuchung ist es, einen genaueren Einblick in das Erleben von und den Umgang mit Haut und Haut-

schutz bei beruflich bedingt Hauterkrankten zu bekommen und in diesem Zusammenhang zu ermitteln, inwiefern sich das stationäre Heilverfahren auf diese Aspekte im Verlauf eines festumschriebenen Zeitraums⁵ auswirkt. Da im Rahmen dieser Untersuchung sowohl qualitative als auch quantitative Methoden zum Einsatz kommen, gilt es nun, einen Untersuchungsablauf zu finden, der diese beiden Methoden im Sinne der Forschungsfragen miteinander verknüpft. Einen Überblick über den zeitlichen Ablauf der Untersuchung bietet:

Tabelle 2: Überblick zeitlicher Ablauf der Untersuchung

| Zeiten | Kurzbeschreibung |
|--------------------------------|---|
| Mai 2009 – August 2009 | Entwicklung der Patientenbroschüre <i>Hautschutz für mich</i> |
| August 2009 – September 2009 | Erste Erprobung und Überarbeitung der Broschüre bei den Versicherten im Rahmen des stationären Heilverfahrens |
| September 2009 – Dezember 2010 | Entwicklung und Erprobung der Interviewleitfäden für die vier Untersuchungszeitpunkte t1, t2, t3, t4 |
| Januar 2010 – August 2010 | Durchführung der Interviews und Transkription |
| ab August 2010 | Auswertung der Interviews |

1.4 Rekrutierung der Stichprobe

Durch das in Kapitel 3 bereits erläuterte Forschungsinteresse kommen für die vorliegende Untersuchung nur Teilnehmer in Frage, die im Rahmen ihrer beruflich bedingten Hauterkrankung in das stationäre Heilverfahren in Osnabrück aufgenommen wurden. Entsprechend dem Themenfeld 2 soll der Frage nachgegangen werden, ob und wie sich die allgemeine Selbstwirksamkeit auf das Krankheitserleben und auf volitionale Prozesse bei beruflich bedingt Hauterkrankten **im Einzelfall** auswirkt. Es erscheint daher sinnvoll, den quantitativ ermittelten Wert der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (= SWE) als Basis für die Rekrutierung der Befragten zu bestimmen. Für einen sinnvollen Vergleich ist es notwendig, eine Stichprobe zusammenzustellen, in der Teilnehmer sowohl mit hohen

⁵ Der Zeitraum beginnt mit dem Tag der Aufnahme, wobei im Interview t1 die Teilnehmer auch retrospektiv über ihr Erleben von Haut und Hautschutz berichten, erstreckt sich über die beiden weiteren Interviewtermine zum Zeitpunkt der Entlassung (t2) und nach der Arbeitskarenz (t3) und endet mit dem Zeitpunkt t4, vier Wochen nach beruflichem Wiedereinstieg.

als auch mittleren und niedrigen SWE-Werten vertreten sind. Zu diesem Zweck wurde den Versicherten am Tag der Aufnahme der Test *Fragebogen zur Ermittlung der allgemeinen Selbstwirksamkeit* (Schwarzer/Jerusalem 1999) vom medizinischen Fachpersonal ausgehändigt (siehe Anhang) und sie wurden gebeten – sofern sie an der Untersuchung teilnehmen wollten – diesen Fragebogen ausgefüllt bei der Seminarleitung im Begrüßungsseminar⁶ wieder abzugeben. Durch den frühen Zeitpunkt der SWE-Bestimmung sollte gewährleistet werden, dass die Teilnehmer noch weitestgehend unbeeinflusst vom stationären Heilverfahren ihren aktuellen Istzustand wiedergeben. Die abgegebenen Fragebögen wurden am Morgen des zweiten Tages von der Autorin ausgewertet. Insgesamt wurde angestrebt, jeweils drei Teilnehmer mit hohen SWE-Werten, drei Teilnehmer mit mittleren SWE-Werten und drei Teilnehmer mit niedrigen SWE-Werten in die qualitative Untersuchung aufzunehmen. Zur Einordnung des jeweils ermittelten SWE-Wertes diente eine bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (Schuhmacher et al. 2001). In dieser Normierungsstichprobe (Schuhmacher et al. 2011) lag der Mittelwert bei 29,38 und die Standardabweichung bei 5,36. Aus diesem Grund wurde im Rahmen der hier durchgeführten Studie der jeweils ermittelte SWE-Wert als geringer SWE-Wert eingestuft, wenn dieser eine Standardabweichung unterhalb des Mittelwerts lag. Ein hoher SWE lag entsprechend vor, wenn der erreichte Wert mehr als eine Standardabweichung oberhalb dieses Mittelwertes lag.

Bei entsprechendem SWE-Wert wurde der jeweilige Teilnehmer direkt im Anschluss an das Hautschutzseminar am zweiten Tag angesprochen. Stimmte der Versicherte nach Vorstellung des Forschungsvorhabens der Teilnahme zu, wurde für den gleichen Tag ein Termin für das erste von vier Interviews vereinbart (Interview t1, siehe hierzu Abbildung 6).

Die Basis für die Rekrutierung der Stichprobe bildete also der zu Beginn des stationären Aufenthaltes ermittelte Wert der allgemeinen Selbstwirksamkeit. Dieses Vorgehen wird durch die Tatsache legitimiert, dass in der vorliegenden Untersuchung nach Schmidt (1997) und Hopf (1995) ein am Einzelfall hypothesenprüfendes Vorgehen gewählt wird: Es soll am Einzelfall überprüft werden, ob die Ergebnisse von Schwarzer (2004) bezüglich des Einflusses der allgemeinen Selbstwirksamkeit auf Handlungsplanung und Handlungsausführung für die hier vorliegenden Einzelbetrachtungen relevant sind. Aus diesem

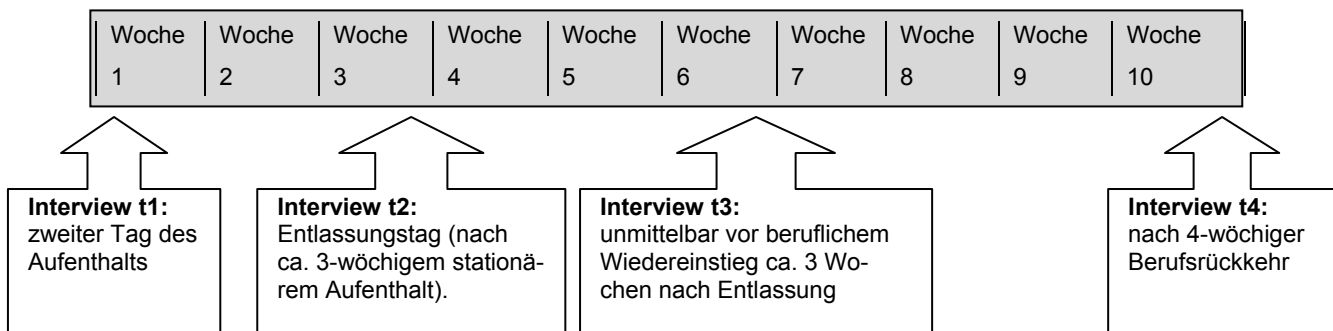
⁶ Das Begrüßungsseminar ist das 1. Modul der Hautschutzschulung. Es findet am Tag der Aufnahme in den frühen Abendstunden statt.

Grunde kann auf eine weiter gefasste Rekrutierung, wie sie zum Beispiel beim theoretical sampling in der Methodologie der Grounded Theory (Glaser/Strauss 1967 zit. nach Lamnek 2005) üblich ist, verzichtet werden.

1.5 Darstellung der Interviewsituation

Um die Entwicklung im Umgang mit der Erkrankung vor, während und nach dem stationären Heilverfahren abbilden zu können, werden für die teilnehmenden Versicherten **vier Interviewtermine** angesetzt (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Übersicht Interviewtermine



Auf diese Weise wird, wie in Kapitel 3.1 bereits erläutert, dem Themenfeld 1: *Hautschutzverhalten im volitionalen* Prozess im besonderen Maße Rechnung getragen. Im Zentrum dieses Themenfeldes stehen die Ermittlung des Hautschutzverhaltes und von Verhaltensänderungen in diesem Bereich. Auch ist hier von besonderem Interesse, wie die Versicherten mit der steigenden Komplexität der Anforderung an das eigene Hautschutzverhalten umgehen. Daher ist es wichtig, zu den jeweils neuralgischen Zeitpunkten (siehe t1 bis t4 in Abbildung 6) zeitnah Interviews zu führen, um eine gute Erinnerung an Handlungen und Empfindungen im jeweilig betrachteten Zeitraum sicherzustellen. Tabelle 3 stellt dar, welche Instrumente und Interviewthemen zu den unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkten eingesetzt wurden bzw. im Fokus des jeweiligen Interviews standen.

Tabelle 3: Chronologische Übersicht Instrumente und Interviewthemen

| Zeitpunkt | Eingesetzte Instrumente |
|-----------|--|
| t1 | <ul style="list-style-type: none"> - Fragebogen zur Erhebung soziodemographischer Daten (Aufnahmetag) - Fragebogen zur Ermittlung der allgemeinen Selbstwirksamkeit (Schwarzer 2001) (Aufnahmetag) - Halbstrukturiertes Leitfadeninterview zur Ermittlung des bisherigen Hautschutzverhaltens, von Erfahrungen und Empfindungen |
| t2 | <ul style="list-style-type: none"> - Halbstrukturiertes Leitfadeninterview mit dem Themenschwerpunkt „Planungsverhalten“ und „Erfahrungen und Empfindungen während des stationären Aufenthaltes“ |
| t3 | <ul style="list-style-type: none"> - Halbstrukturiertes Leitfadeninterview mit dem Themenschwerpunkt „Hautschutzverhalten in der Arbeitskarenz: Erfahrungen und Empfindungen“ |
| t4 | <ul style="list-style-type: none"> - Halbstrukturiertes Leitfadeninterview mit dem Themenschwerpunkt: „Hautschutzverhalten beim beruflichen Wiedereinstieg: Erfahrungen und Empfindungen“ |

Alle Interviews wurden in den Räumlichkeiten der Klinik, in der auch das stationäre Heilverfahren angesiedelt ist, durch die Autorin selbst durchgeführt. Dies war ebenso zu den Interviewterminen t3 und t4 möglich, da die Versicherten generell zu diesen Terminen erneut in der Klinik zur medizinischen Kontrolle erscheinen. Der Autorin wurde die Möglichkeit gegeben, die Interviews entweder in einem Büroraum oder einem Besprechungsraum der medizinischen Abteilung durchzuführen. Durch entsprechende Vorkehrungen konnten Störungen von Dritten bei allen Interviews vermieden werden. Dieses Freisein von äußeren Störungen erschien wichtig, um die Basis für eine entspannte Gesprächsatmosphäre zu schaffen. Zu Beginn des ersten Interviews (t1) wurden die Teilnehmer noch einmal über das genaue Vorgehen der Untersuchung aufgeklärt. Sie wurden ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Interviews durch Tonbandaufzeichnungen festgehalten werden und dass sie jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne irgendwelche Konsequenzen, die Interviews abbrechen können. Der Inhalt des Aufklärungsgespräches wurde den Teilnehmern auch in schriftlicher Form vorgelegt und von den einverständigen Teilnehmern unterschrieben (siehe Anhang). Die Aufzeichnung der Interviews erfolgte mit einem Diktiergerät, welches eine Aufnahmedauer von maximal 37 Stunden gewährleistet. Auf diese Weise konnte auch eine Unterbrechung durch sonst u. U. notwendige Kassettenwechsel ausgeschlossen werden.

In den ersten Kontakten zeigten die Studienteilnehmer in der Mehrzahl zunächst eine gewisse Unsicherheit bzw. Distanziertheit gegenüber der Interviewerin. Entsprechend den

Hinweisen von Witzel (2000) zu der Gestaltung des problemzentrierten Interviews wurde versucht, diese Unsicherheit und Distanz durch ein etwas ausführlicheres, alltagsähnliches Gespräch abzubauen. Im Rahmen dieser ersten Kontaktaufnahme wurde häufig noch einmal erläutert, was das Erkenntnisinteresse dieser Untersuchung ist, und dass vor allem die persönlichen Erfahrungen und Erkenntnisse der Interviewten zum Thema Haut, beruflich bedingter Hauterkrankung und Hautschutz von Interesse sind und dass diese Erfahrungen und Erkenntnisse als persönliche Expertise der Befragten anerkannt und ausschließlich in anonymisierter Form ausgewertet werden (Witzel 2000). Im Laufe des Interviews wird auf eine sensible und akzeptierende Gestaltung des Kommunikationsprozesses geachtet, damit die Befragten sich ernst genommen fühlen und möglichst ungehemmt und offen berichten.

Den Einstieg in das Interview bildete – zu allen Interviewzeitpunkten – eine offen gestellte Eingangsfrage, welche die Interviewten ermutigen soll, über ihre bisherigen Erfahrungen mit ihrer Haut und Hauterkrankung zu berichten. Durch allgemeine Sondierungsfragen, Ad-hoc-Fragen sowie spezifische Sondierungsfragen (Witzel 2000) wurde versucht, den Gesprächsfluss der Interviewten so zu lenken, dass das zentrale Thema nicht aus der Sicht fiel und eine möglichst umfassende Betrachtung erfuhr.

Obwohl angestrebt wurde, den Interviewleitfaden lediglich als Gedächtnisstütze einzusetzen und nicht in ein klassisches Frage-Antwort-Spiel zu verfallen, wurde in einigen Interviews doch eine zunehmende Steuerung durch den Leitfaden notwendig. Dies geschah insbesondere dann, wenn der Interviewte sich nur sehr kurz äußerte und auch auf offen formulierte, vertiefende Fragen kein weiterer Erzählfluss folgte.

Zum Abschluss des Interviews wurden die Interviewten aufgefordert, Aspekte des Themas, die noch nicht angesprochen wurden, aber für den Interviewten von Relevanz sind, anzufügen oder Fragen zum Thema an den Interviewer zu stellen.

Der überwiegende Teil der Interviewten berichtete sehr aufgeschlossen über die persönlichen Erfahrungen mit der Hauterkrankung und über das eigene Hautschutzverhalten. Ein kleiner Teil blieb eher einsilbig und verschlossen.

1.6 Darstellung der Datenaufbereitung

Sowohl qualitativ als auch quantitativ erhobene Daten bedürfen einer entsprechenden Aufbereitung. Erst nach Abschluss dieser Aufbereitungstätigkeit kann die Phase der Datenauswertung erfolgen.

1.6.1 Aufbereitung der qualitativen Interviews

Um die Interviews der Analyse zugänglich zu machen, wurden alle Interviews zeitnah und vollständig transkribiert. In dieser Studie findet hierzu eine Orientierung an den von Flick (2005) veröffentlichten Transkriptionsregeln statt. Flick argumentiert, dass bei psychologischen und soziologischen Fragestellungen Sprache ein „[...] Medium zur Untersuchung bestimmter Inhalte ist [...]“ und daher „[...] übertriebene Genauigkeitsstandards nur in Sonderfällen notwendig sind [...]“ (Flick 2005, S. 253). Da es sich bei diesem Forschungsvorhaben um eine solche, eher psychologische Fragestellung handelt, wurden die Transkriptionsregeln (siehe Abbildung 7) so bestimmt, dass sie eine gute Lesbarkeit und Handhabbarkeit des Textes ermöglichen und die inhaltstragenden Bestandteile unverfälscht wiedergegeben werden. Die in Word 2007 transkribierten Interviews wurden für die nachfolgende Analyse in das Computerprogramm *MAXQDA* eingelesen.

Abbildung 7: Transkriptionsregeln

Transkriptionsregeln

- Wiederholungen und Unvollständigkeiten werden weggelassen.
Beispiel: „Ja, also, ich denke, ich denke mal ...“ wird zu: „Ja, also ich denke mal ...“
- Füllworte, z. B. „ehm“, werden weggelassen.
- Dialektfärbungen werden eingedeutscht („habn wa“ = „haben wir“, „dat“ = „das“ etc). Nur echte Dialektausdrücke bleiben und werden nach Gehör geschrieben.
- Unverständliche Wörter werden als Klammern mit Fragezeichen dargestellt:
z. B.: (???) – je nach Länge dessen, was nicht verstanden wurde.
- Bei Pausen, Stockungen u. ä. Punkte verwenden: ... , bei längeren Pausen mehrere Punkte. Wenn der Grund der Pause ersichtlich ist, z. B. Husten, wird dieser in Klammern angegeben. Beispiel: „Ja, ich glaube (hustet), ich glaube, das mit den Cremes hat gut geholfen.“
- „Zustimmungslaute“ durch den Interviewer, wie z. B. „Mhmm“, „Aha“ etc., die ohne eine nachfolgende Äußerung in Satzform (Frage, Aufmunterung etc.) erfolgen, werden ausgelassen.

1.6.2 Aufbereitung der quantitativen Daten

Zu den quantitativen Daten gehören die soziodemographischen Daten und der Fragebogen zur Ermittlung der allgemeinen Selbstwirksamkeit (Schwarzer 2001). Diese beiden Fragebögen wurden, zusammen mit einem ersten aufklärenden Patientenanschreiben (vgl. Anhang), an alle aufgenommenen Patienten des stationären Heilverfahrens am Tag der Aufnahme verteilt. Sofern die Patienten sich einverstanden erklärten, wurde der Fragebogen von ihnen am ersten Tag ausgefüllt und zu dem Begrüßungsseminar am gleichen Tag wieder mitgebracht. Im Begrüßungsseminar wurde der Fragebogen dann von der jeweiligen Seminarleitung eingesammelt. Die Aufbereitung und Analyse der Daten erfolgte mit Hilfe des Statistikprogrammes SPSS 18.0 für Windows.

Damit, entsprechend dem vorgesehenen Studiendesign (vgl. Teil I, Kapitel 1.4), mögliche Teilnehmer für die Untersuchung angesprochen werden konnten, erfolgte eine Auswertung der allgemeinen Selbstwirksamkeit direkt am zweiten Tag nach der Aufnahme. Gemäß dem Bedarf an Teilnehmern mit hohen, mittleren und niedrigen⁷ Werten in der allgemeinen Selbstwirksamkeit wurden jeweils Versicherte nach Auswertung der Bögen am gleichen Tag durch die Autorin angesprochen und bei Interesse ein Interviewtermin (t1) für den Nachmittag des gleichen Tages vereinbart.

1.7 Qualitative Datenauswertung: Thematisches Codieren nach HOPF et al. (1995)

Das von Hopf et al. (1995) ausgearbeitete qualitative Auswertungsverfahren unterscheidet vier hintereinander angeordnete Schritte:

1. Entwicklung der Auswertungskategorien
2. Codieren des Materials
3. Erstellen von Fallübersichten
4. Vertiefende Analyse von ausgewählten Fällen

Im Folgenden sollen diese vier Schritte näher erläutert werden:

⁷ Als Referenzwerte wurden die Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Studie zur Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (Schuhmacher et al. 2001) eingesetzt.

1.7.1 Erster Schritt: Entwicklung der Auswertungskategorien

Die Entwicklung der Auswertungskategorien beginnt etwa zeitgleich mit der Entwicklung des Interviewleitfadens. Hierzu gehört nach Hopf et al. (1995) eine möglichst präzise Formulierung der Forschungsfragen. Dazu kann auch gehören, dass Theorien und darauf bezogene Begriffe und Kategorien schon vor der Erhebung festgelegt werden. Diese auf den theoretischen Vorannahmen beruhenden Kategorien werden als Vorannahmen bzw. als „Entwürfe“ verstanden, die im Laufe der Erhebung noch abgeändert werden können. Die Kategorien repräsentieren dabei Themen; sie ähneln Überschriften, die mehr oder weniger präzise sein können. Im Zuge des Auswertungsprozesses können diese Auswertungskategorien weiter ausdifferenziert werden. Anhand der in Kapitel 3 dargestellten Themenfelder wurden Fragestellungen für die Interviewleitfäden generiert. Hieran schloss sich die Entwicklung eines Codierleitfadens, mit dessen Hilfe einzelne Fragen ersten groben Kategorien zugeordnet wurden. Tabelle 4 gibt einen Ausschnitt aus dieser Arbeit wieder.

Tabelle 4: Übersicht zum entwickelten Codierleitfaden

| Themenfeld | Fragen | Antwortkategorien |
|---|---|---|
| TF 1: Hautschutzverhalten Forschungsfrage: Wie wirkt sich das stationäre Heilverfahren auf das Hautschutzverhalten aus? | <u>t1-Fragen</u> Wie sind Sie mit akuten Hautverschlechterungen umgegangen? | <u>t1-Kategorien</u> t1_Hautschutzverhalten bei Schüben |
| | Was haben Sie schon alles ausprobiert, um Ihre Hauterkrankung in den Griff zu kriegen? | t1_Therapien vom Arzt t1_alternative Heilmethoden |
| | Welche Hautschutzmaßnahmen haben Sie schon durchgeführt? | t1_Hautschutzverhalten - t1_Hautschutz - t1_Hautreinigung - t1_Hautpflege - t1_Handschuhe |
| | Wie empfinden Sie die Hautschutzmaßnahmen? | t1_Einstellung zum Hautschutz |
| | Wie zufrieden sind Sie mit sich selber, was die Umsetzung von Hautschutz angeht? Wären Sie grundsätzlich | t1_Zufriedenheit mit Hautschutzverhalten |

| Themenfeld | Fragen | Antwortkategorien |
|------------|---|--|
| | bereit, noch mehr in aktiven Hautschutz zu investieren? | |
| | Wenn es mit dem Hautschutz mal nicht geklappt hat, woran lag es dann? | t1_Hindernisse/Barrieren für Hautschutz |
| | Was erhoffen Sie sich von Ihrem Aufenthalt hier? | t1_Einstellung zum stationären Heilverfahren |

1.7.2 Zweiter Schritt: Codieren des Materials

Mit Hilfe dieses Codierleitfadens werden in diesem zweiten Schritt alle Interviews durchgearbeitet. In jedem Interview werden die Passagen, die explizit oder implizit Informationen zu der Kategorie enthalten, identifiziert. Durch weitere Analyse der nun einzelnen Kategorien zugeordneten Aussagen erfolgt eine weitere Ausdifferenzierung der Kategorien. Dies bedeutet, dass die einzelnen Kategorien mit entsprechenden Ausprägungen versehen werden. Als Beispiel sei hier die Kategorie *t1_Hindernisse/Barrieren für Hautschutz* genannt. Auf der Basis des Materials werden nun verschiedene Ausprägungen der Kategorie unterschieden, z. B.:

1. keine Zeit
2. Faulheit
3. Vergesslichkeit
4. benötigter Hautschutz nicht zur Hand
5. Befragter kann keine Hindernisse für Hautschutz identifizieren

Lässt sich eine zum Thema passende Antwort nicht diesen bisher gebildeten Ausprägungen der Antwortkategorie *Hindernisse/Barrieren* zuordnen, so wird eine weitere Ausprägung gebildet, die dieser neuen Antwort entspricht. Auf diese Weise können alle Erfahrungen und Antworten erfasst werden, und es geht keine Information verloren.

1.7.3 Dritter Schritt: Erstellen von Fallübersichten

Der dritte Schritt der Analyse dient der Übersicht. Es wird ein Überblick über die Personen und ihre Merkmalskonstellationen geschaffen, indem zu ausgewählten Kategorien tabella-

rische Übersichten erstellt werden. Diese Fallübersichten dienen der besseren Transparenz und ermöglichen eine bessere intersubjektive Überprüfbarkeit des Materials.

Hopf et al. (1995) schlagen vor, dass auf der Basis solcher Fallübersichten Häufigkeitsanalysen erfolgen können. Dabei ist es sowohl möglich, einzelne Merkmale deskriptiv auszuwerten (= „univariate Auswertung“), als auch, Zusammenhänge zwischen zwei oder mehr Kategorien darzustellen („bi-“ bzw. „multivariate Auswertung“). Bei bivariaten Auswertungen können insbesondere Kreuztabellen wertvolle Hinweise für die weitere Analyse bieten. Zum einen ermöglichen sie einen guten Überblick über Kategorie-Konstellationen in der Untersuchungseinheit, die ohne diese Form der Darstellung unter Umständen nicht wahrgenommen worden wären. Wenn auf diese Weise Fälle aufgedeckt werden, die eine interessante Kategorienkonstellation aufweisen, so kann dies die Begründung für die Auswahl des betreffenden Falls zu einer vertiefenden Analyse sein. Diese vertiefende Analyse von ausgewählten Fällen entspricht dem vierten und letzten Schritt der Analyse.

1.7.4 Vierter Schritt: Vertiefende Analyse von ausgewählten Fällen

In diesem letzten Schritt steht die Einzelfallanalyse im Mittelpunkt. Nach Hopf et al. (1995) erfolgt hier eine theoriebezogene Einzelfallinterpretation, wobei hier insbesondere Fälle von Interesse sein können, auf welche die Hypothese gerade *nicht* zutrifft. Die Aufbereitung der Fallbeispiele erfolgt so, dass möglichst durch Bezugnahme auf Interviewtexte in detaillierter Weise Zusammenhänge aufgezeigt werden. Ein Beispiel für die vorliegende Untersuchung könnte die Hypothese der Selbstwirksamkeitserwartung im Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit dem eigenen Hautschutzverhalten darstellen. Auf Basis des HAPA-Modells wäre zu erwarten, dass Personen mit mittlerer bis hoher Selbstwirksamkeit eher zufrieden mit ihrem persönlichen Hautschutzverhalten sind als Personen mit niedriger Selbstwirksamkeit. Es wäre also besonders interessant, Fälle, die dieser Hypothese nicht entsprechen, genauer zu analysieren. Dabei soll keine tiefenpsychologische Analyse erfolgen, sondern eher eine konzentrierte Beantwortung theoretischer Fragen. Die hierfür ausgewählte Person soll nicht als Persönlichkeitsstudie verstanden werden, sondern als „Fall von ...“ ? (Kuckatz 2010).

III Ergebnisteil

1 Beschreibung der Stichprobe

Der Ergebnisteil beginnt mit einer Beschreibung der in die Studie einbezogenen Stichprobe von Patienten, die aufgrund der Schwere ihrer beruflich bedingten Hauterkrankung an einem stationären Heilverfahren teilnehmen. In diesem Zusammenhang wird auch der quantitativ ermittelte Wert zur allgemeinen Selbstwirksamkeit dargestellt, der vertiefend im Rahmen der Analyse zum Themenfeld 2 aufgegriffen wird. Aufbauend auf diese Stichprobenbeschreibung erfolgt die Ergebnisdarstellung entlang den beiden definierten Themenfelder und den untergeordneten Forschungsfragen.

1.1 Soziodemographische Faktoren

Die in die Studie einbezogene Stichprobe besteht aus N = 14 Patienten (7 Männer, 7 Frauen), die aufgrund der Schwere ihrer beruflichen Hauterkrankung in ein stationäres Heilverfahren überwiesen wurden. Alle 14 Interviewpartner haben Deutsch als Muttersprache. Zur Altersverteilung finden sich folgende Zuordnungen.

Tabelle 5: Alter zum Interviewzeitpunkt

| Alter (N = 14) | Häufigkeit |
|----------------|------------|
| Unter 20 | - |
| 20-29 | 5 |
| 30-39 | 2 |
| 40-49 | 6 |
| 50-59 | 1 |
| Über 60 | - |
| Gesamt | 14 |

Die Tabelle 5 zeigt, dass zum Zeitpunkt der Interviews die Hälfte der Befragten im Alter von 20 bis 39 Jahren ist. Das Durchschnittsalter liegt bei 36,9 Jahren. Zu ihrem Familien-

stand gaben neun Interviewte an, in einer festen Partnerschaft zu leben bzw. verheiratet zu sein.

Von den 14 Interviewpartnern arbeiten 5 im Bereich Pflege, jeweils 3 Interviewpartner arbeiten in den Bereichen Bau bzw. Metall, je ein Interviewpartner ist in den Bereichen Friseur, Gesundheit bzw. Nahrungsmitteln tätig (siehe Tabelle 7⁸). Die Mehrheit der Interviewpartner verfügt über einen Haupt- bzw. mittleren Schulabschluss, zwei Interviewpartner verfügen über die Fachhochschulreife (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Schulbildung

| | | Häufigkeit | Prozent | Gültige Prozente | Kumulierte Prozente |
|--------|---|------------|---------|---------------------|------------------------|
| Gültig | Hauptschule/Volksschule | 6 | 42,9 | 42,9 | 42,9 |
| | Realschule/ Polytechnische Oberschule | 6 | 42,9 | 42,9 | 85,7 |
| | Fachhochschulreife | 2 | 14,3 | 14,3 | 100,0 |
| | Gesamt | 14 | 100,0 | 100,0 | |

Durch die in der Regel im Vorfeld stattfindenden sekundärpräventiven Maßnahmen haben 2/3 der Interviewten (n = 9; siehe Abbildung 3) bereits an einer Hautschutzschulung teilgenommen. Da der Zeitpunkt der Zuweisung zum stationären Heilverfahren im Ermessen des jeweiligen Unfallversicherungsträgers liegt, ist es ebenfalls möglich, dass zu früheren Zeitpunkten, z. B. direkt nach Meldung der berufsbedingten Hauterkrankung bei besonders ungünstigen Erkrankungskonstellationen, eine Zuweisung in das stationäre Heilverfahren erfolgt (vgl. Skudlik 2007, Skudlik/Schwanitz 2004). In diesem Fall haben die Betroffenen noch keine Hautschutzschulung besucht. Für das hier interviewte Kollektiv traf dies in 5 Fällen zu (siehe Tabelle 7). Dieser Ermessensspielraum im Rahmen der Zuweisung durch den jeweiligen Unfallversicherungsträger könnte ebenfalls eine Erklärung für die sehr großen Unterschiede in der Erkrankungsdauer bis zur Aufnahme in das stationäre Heilverfahren erklären. Im Durchschnitt waren die Interviewpartner 5,5 Jahre vor Aufnahme in das stationäre Heilverfahren erkrankt. 3 Interviewpartner gaben an, weniger als

⁸ Die Definition der Berufsgruppen geht auf Skudlik 2007 zurück.

ein Jahr erkrankt zu sein, auf der anderen Seite lässt sich bei 5 Interviewten eine Erkrankungsdauer von 8 Jahren und länger ermitteln (siehe Tabelle 9).

Tabelle 7: Berufsgruppen und Teilnahme an ambulanter Hautschutzschulung

| | | Teilgenommen an Hautschutzschulung | | Gesamt |
|--------------|----------------|------------------------------------|------|--------|
| | | ja | nein | |
| Berufsgruppe | Metall | 2 | 1 | 3 |
| | Friseur | 1 | 0 | 1 |
| | Pflege | 4 | 1 | 5 |
| | Gesundheit | 1 | 0 | 1 |
| | Nahrungsmittel | 0 | 1 | 1 |
| | Bau | 1 | 2 | 3 |
| Gesamt | | 9 | 5 | 14 |

Leider gelang es nicht, mit allen 14 Interviewpartnern auch zum Zeitpunkt t3 und t4 zu sprechen. Zum Zeitpunkt t3 gelang es nicht, mit Herrn C und Herr E ein Gespräch zu führen, zum Zeitpunkt t4 konnte kein Interview mit Herrn N geführt werden. In allen drei Fällen waren die Interviewpartner zu anderen als den ursprünglich vereinbarten Nachuntersuchungsterminen erschienen. Da die Autorin hiervon im Vorfeld nicht in Kenntnis gesetzt worden war, kamen in diesen drei Fällen nicht alle vier Interviews zustande (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Anzahl der Interviews t1-t4

| Zeitpunkt | Zeitpunkt t1 Aufnahme in das stationäre Heilverfahren | Zeitpunkt t2 Entlassung aus dem stationären Heilverfahren | Zeitpunkt t3 Nach der Arbeitskarenz/ | Zeitpunkt t4 Ca. vier Wochen nach dem beruflichen Wiedereinstieg |
|-----------------------|--|--|---|---|
| Zahl der Interviewten | N = 14 | N = 14 | N = 12 | N = 13 |
| Fehlende Interviews | 0 | 0 | 2 | 1 |

1.2 Ermittelte Selbstwirksamkeitserwartung

Wie in Teil I, Kapitel 2 erläutert, bildet die Basis für die Rekrutierung der Stichprobe der Wert der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, welcher mit Hilfe des *Fragebogens zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung* (SWE) (Schwarzer/Jerusalem 1999) ermittelt wird.

Während des Erhebungszeitraumes vom Januar 2010 bis August 2010 wurde der Fragebogen zur allgemeinen Selbstwirksamkeit von 152 Patienten des stationären Heilverfahrens freiwillig ausgefüllt. 16 Bögen waren nicht vollständig ausgefüllt und wurden daher nicht in die Auswertung aufgenommen, so dass für diesen Fragebogen eine Gesamtstichprobe von $N = 136$ vorliegt. Aus dieser Stichprobe konnten, wie in Teil II, Kapitel 2.2 beschrieben, 14 Patienten als Gesprächspartner für die Interviews gewonnen werden.

Mit Hilfe der bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung zur Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (Schuhmacher et al. 2001) konnten die im Rahmen dieser Studie ermittelten SWE-Werte entsprechend eingeordnet werden. Die Untersuchung von Schuhmacher et al. (2001) erbrachte einen Mittelwert von 29,38 und eine Standardabweichung von 5,36. Aus diesem Grund wurden SWE-Werte als gering eingestuft, wenn diese eine Standardabweichung unterhalb des Mittelwerts lagen, ein hoher SWE lag entsprechend vor, wenn die Werte mehr als eine Standardabweichung oberhalb des Mittelwertes lagen. Da die Testergebnisse des SWE nur volle Punktwerte liefern, wurden die Werte entsprechend auf- bzw. abgerundet. Tabelle 9 gibt einen Überblick über die erreichten Punktwerte der Interviewpartner im SWE-Test. Von den 14 Interviewpartnern erreichten 3 einen Punktwert, der als niedrig einzustufen ist. Alle übrigen sind im mittleren Bereich einzuordnen. Leider gelang es lediglich, einen Teilnehmer mit hohem SWE-Wert für die Interviews zu rekrutieren. Der Punktwert liegt hier bei 35.

Tabelle 9: Übersicht SWE-Werte der Interviewpartner

| Interviewte (n = 14) | Niedriger SWE (Punktwert zwischen 10-24) | Mittlerer SWE (Punktwert zwischen 25-34) | Hoher SWE (Punktwert zwischen 35-40) | Erkrankt seit |
|-----------------------------|---|---|---|---------------|
| Frau M | 20 | | | 8 Jahren |
| Herr C | | | 35 | 1 Jahr |
| Herr D | | 26 | | 4 Jahren |
| Frau A | | 30 | | 10 Monaten |
| Herr B | | 28 | | 9 Jahren |
| Herr L | 21 | | | 11 Monaten |
| Frau J | | 29 | | 8 Monaten |
| Frau G | | 30 | | 10 Jahren |
| Frau H | | 29 | | 13 Jahren |
| Herr E | 21 | | | 11 Jahren |
| Herr K | | 25 | | 4 Jahren |
| Herr I | | 33 | | 4 Jahren |
| Herr N | | 32 | | 5 Jahren |
| Frau F | | 31 | | 1 Jahr |

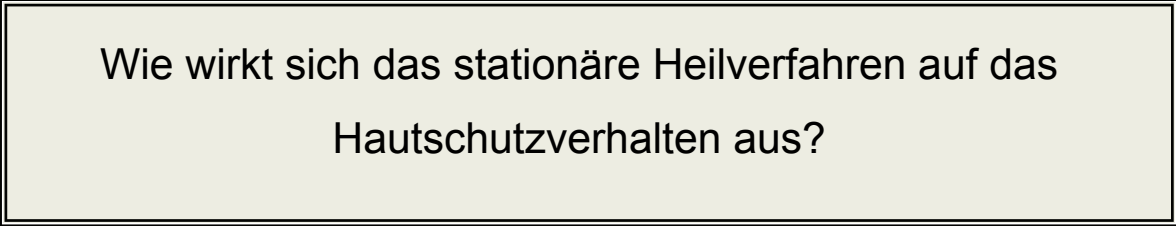
2 Themenfeld 1: Hautschutzverhalten

Das *Themenfeld 1: Hautschutzverhalten im volitionalen Prozess* beinhaltet drei Fragestellungen, die für das tiefere Verstehen dieses Prozesses als maßgeblich erachtet wurden:

- 1a) Wie wirkt sich das stationäre Heilverfahren auf das Hautschutzverhalten aus?
- 1b) Welche Hindernisse und Barrieren werden von den Patienten im Verlauf der Untersuchung identifiziert?
- 1c) Welche Umsetzungsstrategien (z. B. die Broschüre *Hautschutz für mich*) werden von den Betroffenen angewendet, um das Hautschutzverhalten umzusetzen?

Der Analyseprozess beginnt mit Forschungsfrage 1a) des Themenfelds 1 *Hautschutz im volitionalen Prozess* (siehe Abbildung 8).

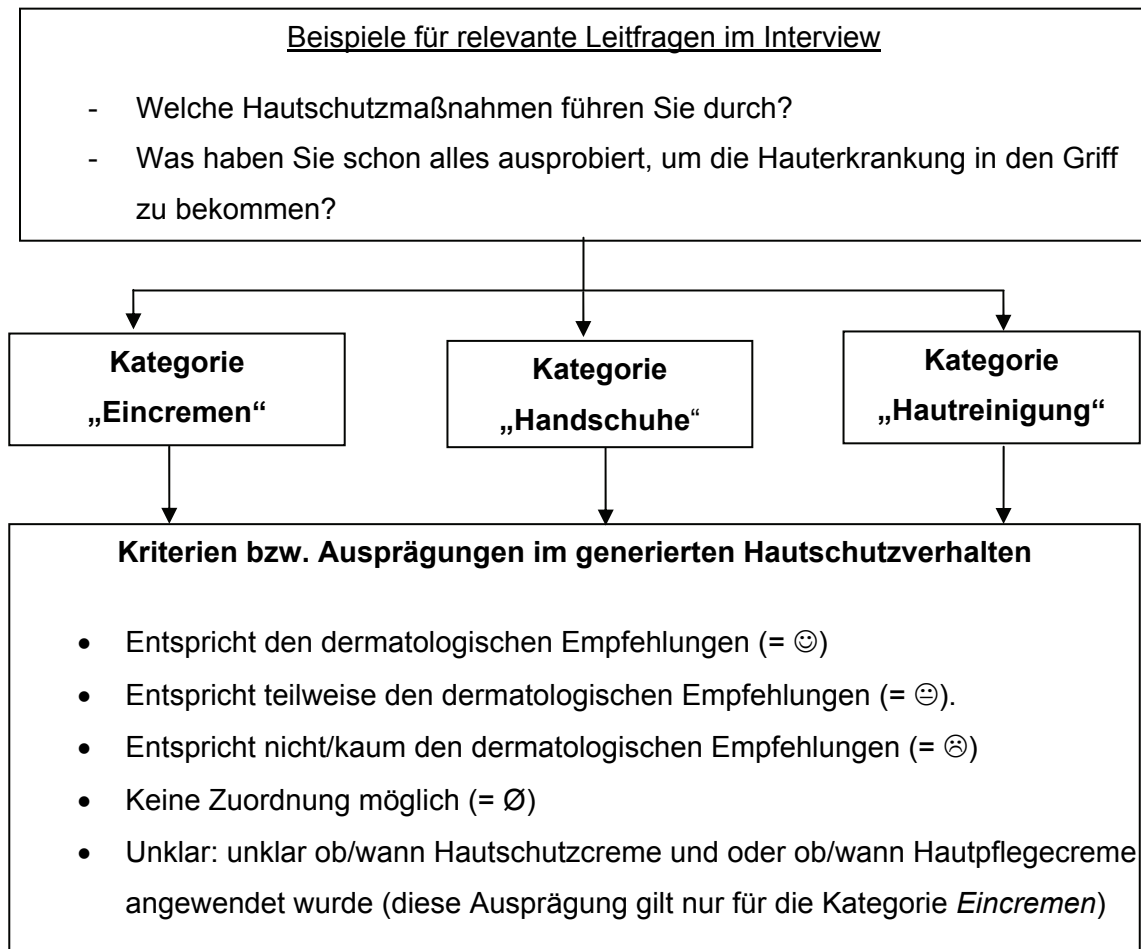
Abbildung 8: Themenfeld Hautschutz Forschungsfrage 1a



Wie wirkt sich das stationäre Heilverfahren auf das
Hautschutzverhalten aus?

Wie in Teil II, Kapitel 7 beinhaltet die Beantwortung der Forschungsfrage „*Wie wirkt sich das stationäre Heilverfahren auf das Hautschutzverhalten aus?*“ einen Pre-post-Vergleich. Hierzu ist es notwendig, das Hautschutzverhalten vor (= Interviewzeitpunkt t1) und nach (= Interviewzeitpunkt t4) dem stationären Heilverfahren zu ermitteln. Um eventuell vorgefundene Verhaltensänderungen als positiv oder negativ einschätzen zu können, ist es zusätzlich erforderlich, Kriterien für die Beurteilung des Hautschutzverhaltens zum Zeitpunkt der Aufnahme in das stationäre Heilverfahren zu generieren. Diese kriterienorientierte Einschätzung des Hautschutzverhaltens zum Zeitpunkt der Aufnahme in das stationäre Heilverfahren bildet die Basis für die nachfolgende Prozessbetrachtung. Zum besseren Verständnis des Analyseprozesses dient Abbildung 9, die im Folgenden weiter erläutert werden soll.

Abbildung 9: Kategorien und Ausprägung zum Hautschutz zum Zeitpunkt t1



Im Rahmen der Textanalyse wurden zunächst alle relevanten Gesprächsabschnitte, die implizit oder explizit Aussagen zum Hautschutzverhalten enthalten, markiert. Hierbei fiel zunächst auf, dass die in der Literatur übliche Unterteilung des Hautschutzes in die Bereiche Hautschutz (bestehend aus Hautschutzcreme und Handschuhen), Hautpflege (bestehend aus Hautpflegecreme und damit verbundene Maßnahmen, z. B. Handkuren) und Hautreinigung (z. B. Fartasch et al. 2008) als Kategorisierungsleitfaden nur bedingt auf die Darstellungen der Interviewpartner angewendet werden konnte. Durch induktive Analyse der Interviewtexte wurden stattdessen folgende Kategorien im Bereich Hautschutz gebildet:

- Eincremen mit den Unterkategorien Hautschutzcreme und Hautpflege
- Therapie
- Handschuhe
- Hautreinigung

Im zweiten Schritt ging es darum, die identifizierten Aussagen zum Hautschutz hinsichtlich ihrer dermatologischen Sinnhaftigkeit zu bewerten. Entsprechend wurden die zu den Hautschutzkategorien „Eincremen“, „Handschuhe“ und „Hautreinigung“ zugeordneten Aussagen mit einer der folgenden Ausprägungen versehen.

- Entspricht den dermatologischen Empfehlungen
- Entspricht teilweise den dermatologischen Empfehlungen
- Entspricht nicht/kaum den dermatologischen Empfehlungen
- keine Zuordnung möglich
- unklar (nur für die Kategorie *Eincremen*)

Der Definitionsbereich der vier verschiedenen Ausprägungen ist der Tabelle 4 zu entnehmen. Für den Bereich der „Therapie“ wurde auf eine Bewertung im Sinne der oben formulierten Ausprägungen verzichtet, da hier zum einen eine entsprechende Facharztausbildung notwendig wäre und zum anderen eine sachgemäße Beurteilung sich nicht allein auf retrospektive Äußerungen der Befragten stützen sollte.

Bei mehrfachen Aussagen mit unterschiedlichen Ausprägungen innerhalb einer Kategorie, wurde im Rahmen eines dritten Analysedurchgangs versucht, einen Konsens aus den unterschiedlichen Ausprägungen zu bilden. Folgendes Beispiel soll diesen Prozess verdeutlichen:

I: Was haben Sie denn schon so ausprobiert, um das in den Griff zu bekommen?

Frau A: (...)Und wenn man dann zwischendurch cremt kriegt man keinen Handschuh mehr an ... mit der Creme. An die Möglichkeit Baumwollhandschuhe da drunter zu ziehen hab ich ... da hab ich mir nie Gedanken drüber gemacht.
Interview t1, Frau A; Zeile 19 ff.

Es wird klar, dass Frau A zwar im Rahmen ihrer Tätigkeit als Altenpflegerin regelmäßig Handschuhe einsetzt, bisher aber keine Baumwollunterziehhandschuhe verwendet hat. In dem Tätigkeitsfeld der Altenpflege wird dies, vor allem bei Tätigkeiten, die eine längere Handschuhtragedauer erfordern, zur Minderung von Mazerationserscheinungen empfohlen. Daher wurde dieser Textabschnitt mit der Ausprägung „*Entspricht nicht den dermatologischen Empfehlungen*“ versehen.

An anderer Stelle werden von Frau A weitere Aussagen zum Umgang mit Handschuhen gemacht:

Frau A: Ich trage jetzt seit, ähm ..., na ungefähr vier Wochen ... oder dreieinhalb Wochen überwiegend Baumwollhandschuhe unter Gummihandschuhen im Haushalt bzw. unter Vi-

nylhandschuhen ... Zum Duschen ... und äh, Pflegecreme habe ich eigentlich erst hier gekriegt. Impuls: Arbeit? Ich hatte bei der Arbeit dann auch schon teilweise Baumwollhandschuhe an ..., ähm ..., na ja, ganz einfach weil ich gedacht hab: Versuch mal einfach mit 'nem Baumwollhandschuh drunter. Man hat ja auch schon so von dem ein oder anderem Kollegen, die auch Hautprobleme haben ... versuch das einfach mal. Hab ich dann mal versucht ...

(Interview t1 Frau A Zeile 23 ff).

In diesem Interviewabschnitt wird deutlich, dass Frau A seit kurzer Zeit teilweise Baumwollunterziehhandschuhe einsetzt. Die Äußerungen vermitteln allerdings noch eine gewisse Unsicherheit im Umgang mit Baumwollunterziehhandschuhen und machen deutlich, dass es sich bisher, zumindest bei der Arbeit, nicht um eine routinemäßige Anwendung handelt. Aus diesem Grunde wurde diesem Textabschnitt im Bereich der Kategorie „Handschuhe“ die Ausprägung „Entspricht teilweise den dermatologischen Empfehlungen“ zugeordnet. Die beiden aufgedeckten Ausführungen von Frau A zur Kategorie „Handschuhe“ sind also mit der Ausprägung „*Entspricht nicht den dermatologischen Empfehlungen*“ und „*Entspricht teilweise den dermatologischen Empfehlungen*“ versehen worden. Um zu einem Konsens in der Ausprägung in der Kategorie „Handschuhe“ bei Frau A zu gelangen, wurden beide Textstellen noch einmal nebeneinander betrachtet. Es ist ersichtlich, dass Frau A lange Zeit wenig oder keine Baumwollhandschuhe als Unterziehhandschuhe verwendet hat und auch wenig auf die korrekte Anwendung der Handschuhe (Hände häufig nicht richtig abgetrocknet) geachtet hat. Seit wenigen Wochen hat Sie dieses Verhalten allerdings zumindest teilweise im beruflichen Bereich „*Ich hatte bei der Arbeit dann auch schon teilweise Baumwollhandschuhe an ...*“ (Frau A Zeile 23 ff.) und im privaten Bereich überwiegend: „*Ich trage jetzt seid, ..., na ungefähr vier Wochen ... oder dreieinhalb Wochen überwiegend Baumwollhandschuhe unter Gummihandschuhen im Haushalt bzw. unter Vinylhandschuhen*“ (Frau A Zeile 23) verändert. Um dieser jüngsten Entwicklung Rechnung zu tragen, erscheint hier die Ausprägung „*Entspricht teilweise den dermatologischen Empfehlungen*“ am ehesten als zutreffend.

Tabelle 10: Übersicht Ausprägung Hautschutzverhalten

| Ausprägung | Definitionsbereich |
|---|---|
| Entspricht den dermatologischen Empfehlungen. | Aus den Äußerungen wird deutlich, dass der Befragte über richtiges Hautschutzverhalten im Rahmen seiner beruflichen und privaten Tätigkeiten informiert ist, sich gut auskennt und die Empfehlungen weitestgehend konsequent umsetzt. Die Äußerungen vermitteln, dass es nur selten Situationen gibt, in denen der entsprechende Hautschutz nicht angewendet wird. |
| Entspricht teilweise den dermatologischen Empfehlungen | Aus den Äußerungen wird deutlich, dass der Befragte teilweise richtiges Hautschutzverhalten im Rahmen seiner beruflichen und privaten Tätigkeiten anwendet, aber auch häufig Situationen mit unzureichendem Hautschutz vorkommen. Ebenfalls werden dieser Kategorie Äußerungen zugeordnet, in denen unklar bleibt, wie genau die Empfehlungen umgesetzt werden (z.B. Handschuhwechsel bevor die Hände anfangen zu schwitzen). |
| Entspricht nicht/kaum den dermatologischen Empfehlungen | Aus den Äußerungen wird deutlich, dass in der jeweiligen Hautschutzkategorie bisher so gut wie keine dermatologisch relevante Empfehlung zum Hautschutz umgesetzt wurde oder diese falsch angewendet wurden. |
| Keine Aussagen zu der Kategorie | Es konnten keine Aussagen zu der Kategorie identifiziert werden, die eine Zuordnung zu einer entsprechenden Ausprägung ermöglicht hätten. |
| Unklar | Gilt nur für die Kategorie <i>Eincremen</i> . Aus den Äußerungen wird deutlich, dass der Befragte sich eincremt, allerdings bleibt unklar, ob Hautschutz- oder Hautpflegecreme eingesetzt wird. |

Diese kriterienorientierte Einschätzung des bisherigen Hautschutzverhaltens aus dermatologischer Sicht, ist nur zu diesem Zeitpunkt (= t1) von Bedeutung, da es im weiteren Verlauf weniger um die dermatologische Perspektive des jeweiligen Ist-Zustandes geht, als vielmehr um die individuelle Prozessbetrachtung der Verhaltensänderung. Auf Basis der dermatologischen Einschätzung des Hautschutzverhaltens zum Zeitpunkt der Aufnahme in das stationäre Heilverfahren wird im weiteren Verlauf überprüft, wie im Einzelfall beispielsweise das Reinigungsverhalten, welches zum Zeitpunkt t1 z. B. mit *entspricht den dermatologischen Empfehlungen* beurteilt wurde, sich im weiteren Verlauf entwickelt. Werden in einem solchen Fall vom Betroffenen dennoch Verbesserungspotenziale im Reinigungsverhalten gesehen und diese auch umgesetzt? Oder wird womöglich das bereits „gute“ Reinigungsverhalten aufgegeben? Wenn ja mit welchen Gründen? Diese und ähnliche Fragestellungen stehen bei den weiteren Interviewanalysen im Vordergrund und machen eine dermatologische Einschätzung, wie sie zum Zeitpunkt t1 vorgenommen wurde, überflüssig.

Die nun folgenden Kapitel geben die Auswertung der Interviews in der Kategorie *Hautschutzverhalten* mit seinen induktiv gebildeten Unterkategorien *Eincremen*, *Schutzhandschuhe*, *Hautreinigung* und *Therapie* vom Zeitpunkt t1 wieder, in der das von den Gesprächspartnern beschriebene Hautschutzverhalten aus dermatologischer Perspektive analysiert und entsprechend bewertet wird.

2.1 Hautschutzverhalten zum Zeitpunkt t1

Um mögliche Auswirkungen des stationären Heilverfahrens auf das individuelle Hautschutzverhalten der Befragten erfassen zu können, ist es notwendig, den Status quo zum Zeitpunkt der Aufnahme (= t1) in Erfahrung zu bringen. Die Interviewpartner wurden daher gefragt, welche Hautschutzmaßnahmen sie bereits durchgeführt – bzw. was sie schon erprobt haben, um ihre Hauterkrankung zu therapieren. In diesem Zusammenhang ist insbesondere der Umgang mit akuten Hautverschlechterungen (im Interviewleitfaden als „akute Schübe“ bezeichnet) von Interesse, da hier besonders deutlich die krankheitsspezifische Handlungskompetenz der Befragten ermittelt werden kann (siehe hierzu auch Anhang, Interviewleitfaden t1 Aufnahme).

In der nachstehenden Tabelle 11 wird dargestellt, welche Kategorien in welcher Ausprägung bei den Interviewpartnern zum Zeitpunkt t1 vorlagen, wobei in die Tabelle nur die Kategorien *Eincremen*, *Handschuhe* und *Hautreinigung* einfließen, da sie die klassischen Säulen des Hautschutzes bilden (Fartasch et al. 2009). Der Bereich der *Therapie* wird gesondert betrachtet.

Tabelle 11: Hautschutzverhalten zum Zeitpunkt t1

| Inter- viewte (N=14) | Eincremenen t1 | | | | | | | | | | Selbsteinschätzung Hautschutz- verhalten | | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------|----------|----------|----------|-----------------|----------|----------|----------|----------|--|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
| | Hautschutzcreme | | | | | Hautpflegecreme | | | | | | Un- klar | | | | | | | | |
| | 😊 | 😐 | ☹️ | Ø | 😊 | 😐 | ☹️ | Ø | 😊 | 😐 | | | ☹️ | | | | | | | |
| Frau M | X | | | | X | | | | | | | X | | | | ja | 1-2 | | | |
| Herr C | | | | X | | | | X | | | | | | | | nein | Ø | | | |
| Herr D | | | | | | | | | | | | | | | | ja | 3 | | | |
| Frau A | | | | X | | | | X | | | | | | | | ja | 3 | | | |
| Herr B | | | | X | | | | X | | | | | | | | ja | 1-2 | | | |
| Herr L | | | X | | | | | X | | | | | | | | nein | Ø | | | |
| Frau J | | | | | | | | | | | | X | | | | nein | 4 | | | |
| Frau G | | | | | | | | | | | | X | | | | ja | 4 | | | |
| Frau H | | | | X | | | | X | | | | | | | | ja | 3 | | | |
| Herr E | | | X | | | | | | | | | X | | | | ja | Ø | | | |
| Herr K | | | | | | | | | | X | | | | | | ja | 1-2 | | | |
| Herr I | | | X | | | | | X | | | | | | | | nein | 3 | | | |
| Herr N | | | | X | | | | | | | | | | | | nein | 1-2 | | | |
| Frau F | | | X | | | | | X | | | | | | | | ja | 1-2 | | | |
| Gesamt | 1 | 3 | 2 | 5 | 1 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 9 | 1 | 0 | 2 | 4 | 3 | 5 | |
| | 4 | | | 7 | | 5 | | 6 | | 6 | | 13 | 1 | | 6 | | 8 | | | |

😊= Entspricht den dermatologischen Empfehlungen;

😐= Entspricht teilweise den dermatologischen Empfehlungen;

☹️= Entspricht nicht /kaum den dermatologischen Empfehlungen;

Ø= Keine Aussagen identifizierbar.

Unklar= unklar ob/wann Hautschutzcreme und/oder Hautpflegecreme angewendet wurde.
Selbsteinschätzung Hautschutz: 1-2: sehr gut – gut, 3: mittelmäßig bzw. befriedigend, 4: schlechter als mittelmäßig/befriedigend

Die Tabelle dient der vergleichenden Übersicht. Auf diese Weise lässt sich ein schneller Überblick über die einzelnen Hautschutzkategorien insgesamt und im Einzelfall schaffen. Es wird zum Beispiel deutlich, dass das Verhalten in der Kategorie *Handschuhe* bei fast allen Befragten den dermatologischen Empfehlungen entspricht bzw. teilweise entspricht, während dies nur bei 4 bzw. 5 Interviewten im Bereich *Eincremen Hautschutz* bzw. *Eincremen Hautpflege* und 6 Interviewten im Bereich *Hautreinigung* der Fall ist. Zum Zeitpunkt t1 scheint folglich bei den Interviewten in der Kategorie *Handschuhe* ein Schwerpunkt im Hautschutzverhalten zu liegen. In den folgenden Kapiteln werden nun die in der Tabelle zusammengefassten Ergebnisse weiter aufgeschlüsselt und interpretiert.

2.1.1 Eincremeverhalten zum Zeitpunkt t1

Bei der Auswertung der Interviews zur Kategorie Eincremen zeigte sich, dass insgesamt wenig Aussagen speziell zur Hautpflegecreme und zur Hautschutzcreme gemacht wurden. 5 Interviewpartner machen keine Aussage, die auf die Anwendung von Hautschutzcreme schließen lässt. Im Bereich der Hautpflegecreme sind es 3 Interviewpartner. Nur eine Interviewpartnerin scheint im Umgang mit Hautschutz- und Hautpflegecreme entsprechend den dermatologischen Empfehlungen zu handeln, wie ihre folgenden Äußerungen verdeutlichen:

Frau M Also, was ich mache, auf jeden Fall, wenn ich komme, zur Arbeit, creme ich mir als erstes die Hände ein mit einer Hautschutzcreme. Dann halt nach Toilettengängen et cetera, die Hände nicht mehr waschen mit der Waschlotion die für alle anderen auch da ist, sondern wenn, mit meiner eigenen. Oder eigentlich nach der Toilette auch nur desinfizieren. Also, nur vor der Pause waschen. Und eventuell noch mal vor Diensten. Aber sonst wasche ich die eigentlich gar nicht mehr. Sonst ... wie gesagt nur noch desinfizieren. Und wenn ich sie gewaschen habe, dann halt die Pflegecreme drauf. Die ich ja vorher auch nicht hatte. Die auch in der Freizeit ... mir jetzt auch zugelegt habe.
Interview t1, Frau M, Zeile 79 ff.

Zudem unterteilt zum Zeitpunkt t1 kaum ein Gesprächspartner den Hautschutz in beruflich und privat, weshalb eine getrennte Darstellung dieser Bereiche zu diesem Zeitpunkt nicht vorgenommen wird. Häufiger sprachen die Interviewten einfach vom „Eincremen“ ohne spezifische Produkte zuzuordnen, wie folgenden zwei Textsequenzen zu entnehmen ist:

Frau G: Vorher hab ich vielleicht morgens einmal eingecremt und so nach der Arbeit und dann wenn ich mich abends so ins Bett gelegt hab, auf dem Nachttisch steht die dann, und dann, ... das war's ... und jetzt mach ich schon so ein paar Mal zwischendurch.
Interview t1, Frau G, Zeile 62 ff.

Interviewer: Wenn Sie jetzt sagen alle Cremesorten dann meinen sie das, was ich so frei verkäuflich bekomme?

Frau J: Nee nee, auch was dann der Arzt selber mir ... ich habe also selber auch einiges ausprobiert, was ich mir also selbst gekauft habe. Hab halt nicht so das richtige gefunden, also ich fahre mit diesem „care“ am besten. Das ist also glaube ich für mich ... Also es wirkt einfach besser! Es zieht besser ein, hält länger an und Harnstoff nehme ich dann mal so zwischendurch wenn ich es mal fetter haben möchte mit Handschuhen.
Interview t1, Frau J, Zeile 37 ff.

Diese Art Aussagen wurden der Kategorie „Unklar ob/wann Hautschutzcreme oder ob/wann Hautpflegecreme eingesetzt wurde“ zugeordnet.

Insgesamt fiel bei der Auswertung der Kategorie „Eincremen“ auf, dass konkrete Aussagen zur Verwendung von Hautschutzcreme im Vergleich zur Verwendung von Hautpflegecreme seltener gemacht wurden, denn im Bereich Hautschutzcreme ließen sich bei 6 Interviewpartnern Aussagen zur Hautschutzcreme identifizieren, während im Bereich Hautpflegecreme 8 Interviewpartner zuordenbare Aussagen zur Hautpflege machten.

Vier Interviewte machten Aussagen zum Umgang mit Hautpflegecreme, die den dermatologischen Empfehlungen entsprechen oder teilweise entsprechen, in den gleichen Ausprägungen in der Kategorie „Hautschutzcreme“ sind es fünf der 14 Befragten (siehe Tabelle 11). Als Beispiel für die Ausprägung *entspricht teilweise den dermatologischen Empfehlungen* dienen die folgenden beiden Interviewpassagen:

Interviewer: Wenn so ein akuter Schub auftritt, was machen Sie dann?

Herr N: Einfach nur massig eincremen.

Interviewer: Was haben Sie da für eine Creme?

Herr N: Die Excipial Repair. Die nehme ich eigentlich hauptsächlich dafür.

Interviewer: Also, wenn es dann zu einem akuten Schub kommt, dann versuchen Sie mehr einzucremen?

Herr N: Ja. (...)
Interview t1, Herr N, Zeile 25 ff

Interviewer: Wie oft nehmen Sie die so am Tag?

Frau F: Die eine, die grüne (Frau F meint die Hautschutzcreme) nehme ich vor der Arbeit, nach der Arbeit und die rosane (Frau F meint die Hautpflegecreme) nehme ich immer zwischendurch öfter. Immer, wenn ich die Handschuhe komplett wechsele, creme ich mir auch die Hände ein.

Interviewer: Haben Sie ungefähr so ein Maß, wie oft das so sein könnte?

Frau F: Ne, ne! Das ist unterschiedlich.

Interviewer: Mehr als 10 mal, weniger als 10 mal?

Frau F: Das ist unterschiedlich, von Tag zu Tag, also ich würde so sagen so ca. 10 mal schon.
Interview t1, Frau F, Zeile 43 ff

Die Interviewausschnitte machen deutlich, dass die Hautpflegecreme in diesen Fällen nicht grundsätzlich falsch eingesetzt wurde, allerdings andere Cremes unter Umständen in den spezifischen Situationen⁹ besser geeignet gewesen wären. Daher wurden Aussagen wie diese der Kategorie *entspricht teilweise den dermatologischen Empfehlungen* zugeordnet.

Bei 3 bzw. 2 Gesprächspartnern musste der Umgang mit der Hautpflegecreme bzw. Hautschutzcreme mit *entspricht nicht den dermatologischen Empfehlungen* versehen werden. Hierbei kamen unterschiedliche Gründe wie z. B. Unverträglichkeit von Produkten:

Frau A: (...) Und ..., mehr hab ich auch nicht großartig gemachtaußer dann mal versucht mit einer Pflegecreme die Haut mal irgendwie ein bisschen zu versorgen. Wobei mir das mit den Pflegecremes nicht wirklich einfach gefallen ist, weil die gängigen Pflegecremes, also so Neutrogena, Eucerin, Eubos ... was man da so kriegt, konnte ich überhaupt nicht benutzen.
Interview t1, Frau A Zeile 19 ff

aber auch Unwissenheit zu Schutz- und Pflegecremes zum Tragen.

Interviewer: Jetzt haben Sie gerade schon erzählt, Sie waren beim Hautarzt. Sie haben diese Bäder gemacht, verschiedene Cremes (bezieht sich auf die Cremes gegen Pilzinfektionen siehe Zeile 31) ausprobiert. Haben Sie bei der Arbeit auch schon spezielle Maßnahmen ergriffen?

Herr L: Nein. Absolut nichts! Nein.

In einem Fall reicht diese Unwissenheit so weit, dass sogar eher von einem hautschädigenden Eincremeverhalten gesprochen werden muss:

Interviewer Und andere Dinge, besondere Cremes

Frau H: Cortisoncreme.

Interviewer: Wie nehmen Sie die? Nehmen Sie die jeden Tag?

Frau H: Die Cortisoncreme habe ich jeden Tag genommen.

Interviewer Und dann immer zu bestimmten Zeiten?

Frau H: Zweimal. (...)Aber sonst habe ich das immer zwischendurch mal gemacht. Also nicht immer morgens und abends beispielsweise, sondern einfach so zwischendurch.

Interviewer Also, während der Arbeit?

Frau H: Die nächste Creme die dann für mich geeignet ist, die habe ich dann genommen

Interviewer Ach, also nicht die Cortisoncreme?

⁹ Im Fall von Herrn N sollten zur Abminderung von akuten Hautverschlechterungen spezifische, therapeutische Cremes eingesetzt werden. Im Fall von Frau F könnte es günstiger sein, während der Arbeitszeit eine spezifische Hautschutzcreme einzusetzen, die z. B. besser auf die Problematik von Schwitzen in den beruflich vorgeschriebenen Einmalhandschuhen (Frau F ist Altenpflegerin) einwirken kann.

Frau H: Die habe ich dann auch mal so da rum liegen gehabt.

Interviewer Also, einfach geguckt, dass sie was haben, es war dann egal, ob es Cortisoncreme oder eine andere war?

Frau H: Ja.
Frau H, Interview t1 Zeile 54ff

Aus den Antworten wird deutlich, dass Frau H die Cortisoncreme wie eine Pflege- oder Hautschutzcreme eingesetzt hat. Dieses Verhalten entspricht nicht nur *nicht* den dermatologischen Empfehlungen, sondern es ist sogar als hautschädigend einzustufen, da durch die beschriebene, mehrmals tägliche, unspezifische Anwendung der Cortisoncreme die Gefahr der Atrophie und somit der Hautempfindlichkeit steigt (vgl. Leitlinie der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft: Management von Handekzemen, 2008). Für diese Tatsache scheint Frau H trotz Teilnahme an einer Hautschutzschulung bisher nicht sensibilisiert zu sein.

Als Fazit zur Kategorie *Eincremen* lässt sich festhalten, dass Im Bereich des Einsatzes von Hautschutz- und Hautpflegecreme zum Zeitpunkt t1 noch bei der Mehrheit der Gesprächspartner Unwissenheit bzw. mangelnde Sensibilität für den richtigen Einsatz der verschiedenen Schutz- und Pflegeexterna vorzuliegen scheint, denn nur bei einer Befragten lassen die Äußerungen zum Umgang mit Hautschutz- bzw. Pflegeexterna auf ein Verhalten schließen, dass den dermatologischen Empfehlungen entspricht. Dabei scheint es unerheblich, ob die Gesprächspartner im Vorfeld eine Hautschutzschulung besucht haben, da sowohl geschulte als auch ungeschulte Interviewpartner (siehe entsprechende Spalte in der Tabelle 10) in der Ausprägung *entspricht nicht den dermatologischen Empfehlungen* zu finden sind.

2.1.2 Einsatz von Schutzhandschuhen zum Zeitpunkt t1

Bei allen 14 Interviewpartnern lassen sich Aussagen zum Einsatz von Schutzhandschuhen identifizieren. Bei 13 der 14 Interviewten lassen die Äußerungen auf einen Umgang mit Schutzhandschuhen schließen, der den dermatologischen Empfehlungen entspricht bzw. teilweise entspricht (siehe Tabelle 11).

Bei den Interviewpartnern, deren Handschuheinsatz der Ausprägung *entspricht den dermatologischen Empfehlungen* zugeordnet werden, wird deutlich, dass die Befragten sehr bestrebt sind, Mazerationserscheinungen der Hände durch den Handschuheinsatz so gering wie möglich zu halten. Die Interviewten berichten entweder von regelmäßigen,

häufigen Handschuhwechselln oder dem regelmäßigen Einsatz von Baumwollunterziehhandschuhen oder beiden Varianten.

Interviewer: Und bei den Handschuhen? Haben Sie da spezielle Handschuhe? Was machen Sie da?

Frau M: Also, ich habe die Vinylhandschuhe. Hatte ich ja selber schon umgestellt. Die BG hat mir die dann noch mal mit dem langen Schaft gegeben. Die kann ich aber bei uns nicht bestellen, sondern nur die mit dem kurzen Schaft. Wobei ich aber auch sagen muss, die reichen mir auch eigentlich. Da halt drauf zu achten, dass man nicht so lange in einem Handschuh steckt.

Interviewer: Was heißt das für Sie: Nicht so lange?

Frau M: Ja so maximal 5 bis 10 Minuten. Maximal!
Interview t1, Frau M, Zeile 82 ff

Herr I: Das heißt, wenn der schon beim Kunden ist dann bin ich noch am vorarbeiten, vielleicht noch Feuchtigkeitscreme auftragen und dann erst den einen Unterziehhandschuh¹⁰, dann den Überhandschuh und dann kann ich erst losstarten.
Interview t1, Herr I, Zeile 5 ff

Herr I: (...), man muss ja ständig die Handschuhe wechseln, man kann ja nicht ohne Handschuhe arbeiten und man muss zusehen, dass man immer welche im Vorrat hat, sonst muss man dann immer vorsichtig sein, was man anpackt.
Interview t1, Herr I, Zeile 9 ff

Zudem wird deutlich, dass für unterschiedliche Tätigkeiten, verschiedene, jeweils geeignete Schutzhandschuhe eingesetzt werden:

Herr E: Also, Handschuhe war 100%ig. Das klappt, also ich benutze die auch immer, diese Vinylhandschuhe, egal ob ich jetzt ein Schloss aufschließen soll, die ziehe ich an und auch gleich wieder aus, weil wenn das schwitzt, das ist ja auch nicht gerade so schön, ne. Ja und für Diesel hab ich extra noch so ein Gummihandschuh bekommen, weil ich allergisch gegen Diesel bin Haben die hier rausgefunden und die benutze ich dann auch immer.
Interview t1, Herr E, Zeile 56 ff

Aussagen, die der Ausprägung *entspricht teilweise den dermatologischen Empfehlungen* im Bereich Handschuheinsatz zugeordnet wurden, sind gekennzeichnet, durch einen nicht ganz so konsequenten Handschuheinsatz bzw. Handschuhwechsel.

Herr C: Ja, erst mal, dass was auch die BG, was wir selber ... Wie wir uns auch selber schützen ... Dass heißt: Waschen, desinfizieren, Handschuh ... Also, das ganze Paket eigentlich, was man eigentlich sowieso immer macht ... dann hab ich 's mal versucht ohne Handschuh und dann mal wieder mit Handschuh, mit langen Handschuh, mit allem Möglichem ... alles, was man uns zur Verfügung stellt, hat man auch ausprobiert.
Interview t1, Herr C, Zeile 16 ff

¹⁰ Aus dem Interviewverlauf wird klar, dass Herr I Baumwollunterziehhandschuhe meint.

Aus den Äußerungen wird deutlich, dass zwar bereits Handschuhe eingesetzt werden, aber auch noch viel probiert wird. Es scheint noch Unsicherheit bezüglich des optimalen Handschuheinsatzes vorzuherrschen.

Herr B: Und das hat eigentlich sehr viel gebracht. Das war denn jetzt schon mal so richtig abgeheilt Oder Kurz ... Diese Verhornung war fast ganz weg ...sag ich mal ...dann müsste ich jetzt mal wieder eine Woche ohne Handschuhe ... oder viele Arbeiten ohne Handschuhe machen, weil man dann nicht zurecht kam, ...kleine Schrauben ansetzen oder irgendwelche Drähte zusammen machen ...und dann kommt es auch schnell extrem wieder ... wenn ich mit Dreck oder irgendwas in Verbindung komme auf der Arbeit.
Interview t1, Herr B, Zeile 18 ff

Aussagen wie diese machen deutlich, dass den Befragten zwar klar ist, dass ein Handschuheinsatz für die jeweilige Tätigkeit aus der Perspektive des Hautschutzes sinnvoll wäre, aber die Tätigkeit aus Sicht der Interviewpartner mit Handschuhen nicht zu bewältigen ist. Obwohl der Befragte selbst den Eindruck hat, dass dieses Verhalten seiner Haut schadet, wird für diese feinmotorischen Tätigkeiten auf einen Handschuheinsatz verzichtet.

Frau J: Ich denke, das wird das Schwitzen in den Handschuhen sein, also das Schwitzen an sich. Das verursacht denke ich mal ... ja, dass ich nicht mehr meine Hände in den Vinylhandschuh tun kann, der beruflich sehr wichtig ist für mich, da ich ja Kranken- und Altenpflegerin bin und medizinische Fußpflegerin. Ohne Handschuhe geht es nun mal nicht. Aber längere Zeit in den Handschuhen, da bade ich drin und dadurch sind die Hände immer total aufgeweicht und dadurch ist oft ...
Interview t1, Frau J, Zeile 11 ff.

Frau J: Nee, nur eben .. ja eigentlich ständig, ich wechsele von einem Patienten zum anderen die Handschuhe und teils sind Einsätze, die eben eine halbe Stunde dauern, da kann ich ja nicht dreimal die Handschuhe wechseln in einem Einsatz, dann brauche ich ja Handschuhe ohne Ende.
Interview t1 Frau J, Zeile 17 ff.

In den beiden oben aufgeführten Textausschnitten wird deutlich, dass auch ökonomische Erwägungen dazu führen können, die Handschuhe später zu wechseln, als es aus dermatologischer Sicht aufgrund der Schwitzneigung sinnvoll wäre.

Nur ein Gesprächspartner berichtet bisher, keine Schutzhandschuhe für die berufliche Tätigkeit verwendet zu haben, so dass nur in diesem Fall der (nicht vorhandene) Umgang mit Schutzhandschuhen mit *entspricht nicht den dermatologischen Empfehlungen* bewertet wurde:

Interviewer: Spezielle Handschuhe ausprobiert?

Herr L Nein! Handschuhe ... Das ist auch so ... mit Scheiben tragen und Fenstern, dann kleine Schrauben und so ... Das ist immer ... so ein Problem ... Handschuhe an,

Handschuhe aus ... Und Dauert alles seine Zeit und dann ... Wie das so ist!
Interview t1, Herr L, Zeile 38 ff.

Zusammenfassend lässt sich zur Kategorie *Schutzhandschuhe* festhalten, dass zu dieser Hautschutzkategorie deutlich mehr und ausführlicher Stellung genommen wurde als zur Kategorie *Eincremen* mit ihren Unterkategorien *Hautschutz-* bzw. *Hautpflegecreme*. Ebenso bemerkenswert ist, dass fast alle Befragten über einen Umgang mit Schutzhandschuhen berichten, der den dermatologischen Empfehlungen entspricht bzw. teilweise entspricht. Bei den Befragten, die der Ausprägung *entspricht teilweise den dermatologischen Empfehlungen* in der Kategorie *Handschuhe* zugeordnet wurden, wird deutlich, dass der richtige Handschuheinsatz teilweise wider besseren Wissens vernachlässigt wird. Hier werden sowohl wirtschaftliche Gründe angeführt – z. B. als Begründung für reduzierte Handschuhwechsel –, als auch tätigkeitspezifische Gründe genannt (mangelndes Feingefühl bei feinmotorischen Tätigkeiten). Bei einigen Interviewpartnern wurde deutlich, dass noch Unsicherheit bezüglich des optimalen Handschuheinsatzes vorherrscht.

2.1.3 Hautreinigung zum Zeitpunkt t1

Zum Zeitpunkt t1 lassen sich bei neun der 14 Interviewten Aussagen zur Hautreinigung identifizieren. In sechs Fällen deuten die Gesprächsinhalte auf ein Reinigungsverhalten hin, dass den dermatologischen Empfehlungen entspricht bzw. teilweise entspricht. Interviewpartner, die sich entsprechend diesen beiden ersten Ausprägungen äußerten, machten deutlich, dass sie die berufsspezifischen Möglichkeiten der schonenden Hautreinigung kennen und diese überwiegend einsetzen.

Frau M: Also, was ich mache, auf jeden Fall, wenn ich komme, zur Arbeit, creme ich mir als erstes die Hände ein mit einer Hautschutzcreme. Dann halt nach Toilettengängen et cetera, die Hände nicht mehr waschen mit der Waschlotion die für alle anderen auch da ist, sondern wenn, mit meiner eigenen. Oder eigentlich nach der Toilette auch nur desinfizieren. Also, nur vor der Pause waschen. Und eventuell noch mal vor Dienstende. Aber sonst wasche ich die eigentlich gar nicht mehr. Sonst ... wie gesagt nur noch desinfizieren. (...)
Interview t1, Frau M, Zeile 83 ff.

Die Aussage von Frau M entspricht genau den dermatologischen Empfehlungen zur Hautreinigung im Bereich der Krankenpflege. Zudem macht die Äußerung deutlich, dass Frau M dieses Hautreinigungsverhalten generell anwendet. Entsprechend wurde das Hautreinigungsverhalten von Frau M mit *entspricht den dermatologischen Empfehlungen* beurteilt.

Gesprächspartner deren Äußerungen zur Hautreinigung der Ausprägung *entspricht teilweise den dermatologischen Empfehlungen* zugeordnet werden, berichteten über unterschiedliche Schwierigkeiten, die sie davon abhielten, die Haut konsequent schonend zu reinigen.

Herr D: Problem, dass ich auf der Arbeit hab, komme in die Werkstatt rein, hab die Finger dreckig ... Müsste dann erst mal zum Spint laufen ... die Reinigungsflüssigkeit holen und damit die Hände waschen ... Ich sag mal so, dann bin ich zu faul ... gehe direkt zum Waschbecken, nehme Handwaschpaste – FERTIG. Ich hab zwar schon mal diese Reinigungsseife dahin gestellt ... von mir ... aber nach drei Stunden war sie weg. Auch mit dem Arbeitgeber gesprochen, ob wir irgendwas da einrichten können ... Wäre nicht möglich. Da könnte ja jeder kommen ...
Interview t1, Herr D, Zeile 23 ff.

Für Herrn D wirkt sich die mangelnde Unterstützung durch den Arbeitgeber hemmend auf die schonende Hautreinigung aus. Da nur abrasive Reinigungsmittel am Arbeitsplatz vorhanden sind, erscheint es Herrn D sehr aufwendig, allein und eigenverantwortlich die schonende Hautreinigung umzusetzen.

Für 2 Interviewpartner aus dem Gesundheitssektor traten Probleme bei der Umsetzung der Regel *Mehr desinfizieren, weniger Waschen!* (Hübner 2008) auf. Beide berichten über Unverträglichkeiten im Zusammenhang mit der Anwendung von Desinfektionsmitteln. Dennoch sind beide bestrebt, möglichst schonend und wenig die Hände zu reinigen, so dass das Hautreinigungsverhalten der Ausprägung *entspricht teilweise den dermatologischen Empfehlungen* zugeordnet werden konnte, wie folgenden Interviewpassagen verdeutlichen:

Herr K: Duschen mit Handschuhen, alles vermeiden... Also, den Kontakt mit Wasser vermeiden. Ich habe früher natürlich auch regelmäßig Hände gewaschen, das ist natürlich auch dann falsch... Nur noch seltener Hände waschen, das reicht und mehr Desinfektionsmittel benutzen.... Soll man ja...

Interviewer: Wie oft waschen Sie jetzt noch am Tag Ihre Hände?

Herr K: Also, nur wenn ich auf Toilette war. Sonst überhaupt nicht mehr.

Interviewer: Und desinfizieren?

Herr K: Desinfizieren, in dem Zustand, wie die Haut jetzt war, gar nicht, auch nicht... Weil, das brennt ja total! Das kann man nicht machen. Und dann habe ich lieber in Kauf genommen, dass da paar mehr Bakterien vielleicht auf der Haut sind, aber ... Alles andere ging halt dann nicht!
Interview t1, Herr K, Zeile 37 ff

Frau J: (...). Ich benutze jetzt gar keine Desinfektion mehr an den Händen, wo ich es eigentlich benutzen müsste (...) ich mach das natürlich alles mit Handschuhe, damit die Desinfektionslösung nicht auf die Haut kommen kann oder nicht darf. Dann fällt das gleich auf den ganzen Körper ab, also wenn ich Desinfektion benutze, dann ist es nicht

nur Hände, die kaputt gehen, sondern wirklich auch .. ich bekomme auch überall Quaddeln am ganzen Körper. (...)
Interview t1, Frau J, Zeile 31 ff.

Interviewer: Und Hautreinigung, was nehmen Sie da?

Frau J: Also da .. für die Hände oder fürs Haus?

Interviewer: Nee, für die Hände .. Hautreinigung (lacht ein wenig).

Frau J: Seifenfrei, nur seifenfrei. Mittlerweile auch zum Duschen nehme ich dann auch ..ja entweder was öliges, also ein Öl-/Cremebad oder so was, dass da also nicht so die Haut austrocknet.

Interviewer: Und desinfizieren, wie machen Sie das?

Frau J: Die Hände?

Interviewer: Ja.

Frau J: Gar nicht mehr.
Interview t1, Frau J, Zeile 60 ff.

Problematisch erscheint die Hautreinigung insbesondere für die Interviewpartner, die im Bausektor tätig sind. 2 der 3 Interviewpartner dieses Berufsfeldes berichten über Schwierigkeiten, die Haut während der Tätigkeit zu reinigen, was im weiteren Verlauf zu Schwierigkeiten bei der Anwendung von Hautschutzcremes führt.

Interviewer: Weil Sie nicht die Möglichkeit haben, die Hände vernünftig zu reinigen.

Herr I Richtig zu reinigen, ordentlich zu reinigen mit warmen Wasser oder sonst was. Höchstens kaltes Wasser und das ist dann .. wie gesagt und dann muss man schon irgendwie suchen, weil wir fahren zu so vielen Haushalten, wo man vielleicht nur eine Außenzapfstelle hat und da ist auch keine Seife nix bei. Gut, die könnte man mitnehmen, aber dann sieht das erst einmal komisch aus beim Kunden, weil, die verstehen das nicht, die müssen das ja auch irgendwie alles bezahlen. Und ich kann das halt nicht immer auf meine Kappe abwälzen, weil sonst verdiene ich nichts (lacht ein wenig). Wenn ich dann erst mal eine Stunde Vorlaufzeit haben muss, und der Chef sieht das dann auch nicht ein.
Interview t1, Herr I, Zeile 55ff

Herr E Wenn ich jetzt irgendwas mit den Händen mache und die sind dreckig, ich kann die nirgendswo waschen ... dann müsste ich mir irgendwie mal eine Kanister besorgen, oder so was. (...)
Interview t1, Herr E, Zeile 63 ff

Da auch aus den übrigen Textpassagen nicht erkenntlich ist, auf welche Art die Hautreinigung üblicherweise durchgeführt wird, wenn Wasser vorhanden ist, wurden diesen Aussagen der Ausprägung *keine Zuordnung möglich* zugeordnet.

Auf der anderen Seite zeigt sich, dass in drei Fällen die Hautreinigung zum Zeitpunkt t1 nach Interpretation der Interviews nicht den dermatologischen Empfehlungen entspricht. Die Aussagen der folgenden beiden Gesprächspartner dienen als Beispiel:

Frau A: (...)Das ist nicht wenig. Und man muss einfach Gas geben! Und dann ist das wie überall, man zieht sich den einen Handschuh aus, wäscht sich eben schnell die Finger, trocknet die noch nicht mal so richtig, vernünftig ab, sondern nur so, dass man in den nächsten Handschuh reinkommt. (...)
Interview t1, Frau A, Zeile 19 ff.

Frau G: (...) Und mmh, dann, also durch das häufige Händewaschen und die vielen Öle, die man eben halt benutzen muss.
Interview t1, Frau G, Zeile 16 ff

Beide Textpassagen erwecken den Eindruck, dass die beiden Gesprächspartner zum Zeitpunkt t1 noch nicht ausreichend für die Möglichkeiten der schonenden Händereinigung in ihrem Berufsfeld (Gesundheitssektor) sensibilisiert sind, denn beide erwähnen die Regel *Mehr desinfizieren – weniger waschen!* (siehe Teil I, Kap. 1.3.5) im Interview nicht bzw. lassen zu keinem Zeitpunkt durchblicken, dass sie bemüht sind, möglichst wenig und/oder schonend die Hände zu waschen. Häufiges Händewaschen während der beruflichen Tätigkeit scheint in diesen beiden Fällen noch die Regel zu sein, entsprechend wurde das Hautreinigungsverhalten mit *entspricht nicht den dermatologischen Empfehlungen* beurteilt.

Zur Hautschutzkategorie *Hautreinigung* lässt sich festhalten, dass diese im Vergleich zur Kategorie *Handschuhe* bei der Mehrheit der Interviewpartner deutlich weniger als eine Möglichkeit des Hautschutzes erkannt wird. Als Gründe konnten *mangelnde Unterstützung am Arbeitsplatz*, *Unverträglichkeit des Desinfektionsmittels* aber auch *Unwissenheit* ermittelt werden. Von den drei Gesprächspartnern, deren Hautreinigungsverhalten mit *entspricht nicht den dermatologischen Empfehlungen* beurteilt wurde, hatten zwei im Vorfeld an einer Hautschutzschulung teilgenommen, so dass die fehlende Teilnahme an einer Hautschutzschulung nicht in jedem Fall für ein unzureichend schonendes Hautreinigungsverhalten verantwortlich gemacht werden kann.

2.1.4 Therapie / Umgang mit akuten Hautverschlechterungen

Im Gegensatz zu den Hautschutzkategorien *Eincremen*, *Handschuhe* und *Hautreinigung* wird in der Kategorie *Therapie* vor allem der Umgang mit akuten Hautverschlechterungen thematisiert. Wie in Teil II, Kapitel 2.1 erläutert, wird für den Bereich der Therapie auf eine dermatologische Einschätzung verzichtet. Stattdessen soll lediglich das bisherige Therapieverhalten vor allem bei akuten Hautverschlechterungen ermittelt werden. Da es sich bei dem untersuchten Kollektiv um Patienten eines stationären Heilverfahrens handelt, ist nach der Klassifizierung der Leitlinien zum Management von Handekzemen

(AMWF 2008) davon auszugehen, dass diese Patienten alle von einem schweren und/oder chronisch rezidivierenden Verlauf ihres beruflich bedingten Ekzems betroffen sind. Entsprechend wird ein alternierender Verlauf der Hauterkrankung auch von 12 der 14 Gesprächspartner beschrieben. Lediglich Frau A und Frau J beurteilen die Hauterscheinung als stetige Verschlechterung:

Interviewer: Kennen Sie das, dass Ihre Haut einen akuten Schub hat oder ist die Hautveränderung immer gleich bleibend?

Frau A: Nein! Also das hat sich jetzt wirklich so sukzessive seit ...April hat das ganz leicht angefangen. Im August ist es deutlich schlimmer geworden und von August an hat sich das wirklich kontinuierlich deutlich verschlimmert.

Interviewer: Also, akute Schübe kennen Sie nicht?

Frau A: Nein!
Interview t1, Frau A, Zeile 9 ff.

bzw. als gleichbleibend schlechten Hautbefund mit unwesentlichen Besserungen:

Interviewer: Kennen Sie das, dass Ihre Haut einen akuten Schub hat? Also, es wird mal besser, dann wird es wieder schlechter, dass es so in Schüben verläuft ...oder wie ist das bei Ihnen?

Frau J: Eigentlich in Schübe nicht nein. Das ist eigentlich wenn ich frei habe, verändert sich mein Bild gar nicht. (...)
Interview t1, Frau J, Zeile 22 ff.

Bei akuten Hautverschlechterungen ist eine frühzeitige Intervention mit therapeutisch sinnvollen Maßnahmen hilfreich. Auf diese Weise kann der Verlauf abgemildert bzw. zur schnelleren Abheilung gebracht werden (AWMF Management von Handekzemen 2008). Um beurteilen zu können, inwieweit sich das stationäre Heilverfahren auf das Hautschutzverhalten ausgewirkt hat, ist auch das Wissen um den Umgang mit akuten Hautverschlechterungen bzw. bisherigen Therapieversuchen von Bedeutung. Unter „therapeutischen Anwendungen“ sollen hier alle Anwendungen von Externa verstanden werden, die der Linderung von Beschwerden dienen (vgl. AWMF Management von Handekzemen 2008). Die Interviewpartner wurden befragt, ob sie Schwankungen im Hautbefund kennen und wenn ja, wie Sie auf diese Schwankungen (im Interviewleitfaden als „akute Schübe“ bezeichnet) bisher reagiert haben bzw. welche Maßnahmen bisher bei akuten Hautveränderungen ergriffen wurden. Tabelle 12 gibt einen Überblick über die Kategorien, die aus den Antworten der Interviewpartner generiert werden konnten.

Tabelle 12: Antwortkategorien Therapieverhalten zum Zeitpunkt t1

| Cortisoncreme/ -tabletten | Allgemein mehr eincremen | Keine besonderen Maßnahmen ergriffen | Sonstiges (Abplastern, Feuchtarbeit meiden, Externa mit Immunsuppressiva) |
|---------------------------------|-----------------------------|---|---|
| C, D, E, F, G, H, I, K, L, M | B, D, H, I, N | C, G, E | B, F, G, K |

Von den zwölf Interviewten, die von alternierenden Hautveränderungen berichten, gaben zehn Gesprächspartner an, auf diese akuten Hautverschlechterungen mit Cortison reagiert zu haben. Die Äußerungen der Interviewten zum Cortisoneinsatz deuten darauf hin, dass dieser nicht nur positiv bewertet wird:

Interviewer: Als es auf einmal so schlecht wurde, was haben Sie da getan?

Herr L: Ja, gut, ich bin zum Hautarzt gegangen. Weil ich ja nicht wusste, was das war. Wie gesagt und dann gab es diese Cremes gegen ... Pilzinfektion, und so ... Die haben aber nicht so angeschlagen. Wie gesagt, und dann gab es eben Cortison, das Wundermittel, was gegen alles hilft. Und das ging dann wohl. Nur das hat dann natürlich auch seine Nebenwirkungen!

Herr L, Interview t1, Zeile 30 ff.

Und auch eher als letzte Möglichkeit eingesetzt wird:

Interviewer :Wie reagieren Sie, wenn Sie so einen akuten Schub haben?

Herr D: Meistens noch mehr eincremen ... und wenn es gar nicht mehr geht ...ein zwei Tage oder eine Woche lang Cortison ... die Finger dann behandeln.

Interview t1, Herr D, Zeile 9 ff.

In einem Fall wird die Schwere der Hauterkrankung auch mit dem vorausgegangen Einsatz von cortisonhaltigen Externa in Verbindung gebracht:

Interviewer: Was haben Sie schon probiert, um das in den Griff zu kriegen?

Herr K: Ich habe leider eine Hautärztin gehabt, früher, wo das anfänglich aufgetreten war... noch nicht in der Form, wie es jetzt war, die hat mir dann cortisonhaltige Salbe verschrieben, mit wenig Aufklärung zusammen... Und die habe ich dann mehrere Jahre, muss ich sagen, habe ich diese Salbe regelmäßig drauf geschmiert. Sobald irgendwo ein Riss war, habe ich die geschmiert und ich nehme an, die Haut hat da sehr drunter gelitten.

Interview t3, Herr K, Zeile 18 ff.

Drei Gesprächspartner geben an, keine besonderen Maßnahmen ergriffen zu haben, wenn es zu akuten Hautverschlechterungen kam. Alle drei setzen allerdings auch Cortison zur Therapie von akuten Hautverschlechterungen ein:

Interviewer Aber Sie haben jetzt keine speziellen Maßnahmen, die Sie dann bei so einem akuten Schub ergreifen?

Frau G: Nö.

Interviewer: Was haben Sie schon alles ausprobiert, um die Hauterkrankung in den Griff zu kriegen?

Frau G: Äh, wenn ich jetzt ehrlich bin, habe ich noch nicht sehr viel ausprobiert ...weil ich eben halt, also so wenig Freizeit hab, oder wenig Zeit hab, da so großartig was zu machen ... Also, so irgendwelche Cremes, dass ja, aber ... Sonst ...

Interviewer: Was waren das für Cremes?

Frau G: Also, diese Elidel-Creme, die ich jetzt hier eben auch kriege und so Cortison ...ahm, und ansonst ja halt so Cremes für die Haut. Nicht so austrocknet.
Interview t1, Frau G, Zeile 28 ff.

Fünf Gesprächspartner geben an, allgemein ihre Hände bei akuten Hautverschlechterungen mehr eingecremt zu haben. Drei der fünf Interviewpartner geben an, daneben noch Cortison anzuwenden:

Interviewer: Was haben Sie denn schon so ausprobiert, um das in den Griff zu bekommen (...)?

Herr I: Ja da hab ich jetzt ... cortisonhaltige Creme bekommen. Dann habe ich Protector-Creme bekommen, also vorsorglich, eine wasserabweisende Creme, die ich schon vor der Arbeit auftragen, damit das Wasser erst gar nicht so tief in die Haut einziehen kann.
Interview t1, Herr I, Zeile 20 ff.

bzw. sonstige Maßnahmen wie z.B. Abplastern eingesetzt zu haben:

Interviewer: Wie reagieren Sie auf diese akuten Schübe?

Herr B: Wenn es extrem war, hab ich zu Hause immer mit ne Salbe eingerieben, diese Stellen, und nen Pflaster abgeklebt. Meistens war es am anderen Morgen denn einigermaßen wieder abgeheilt ... und denn das gleiche Spiel dann abends wieder ... Von Tag zu Tag ... bis es dann wieder dicht wardie Wunden, ne ... So bin ich da immer bis jetzt mit umgegangen.
Interview t1, Herr B, Zeile 14 ff.

Ein Interviewpartner gibt an, auf akute Hautverschlechterungen mit vermehrtem Eincremen mit pflegerischen Externa reagiert zu haben:

Interviewer: Wenn so ein akuter Schub auftritt, was machen Sie dann?

Herr N: Einfach nur massig eincremen.

Interviewer: Was haben Sie da für eine Creme?

Herr N: Die Excipial Repair. Die nehme ich eigentlich hauptsächlich dafür.
Interview t1, Herr N, Zeile 24 ff.

Eine Befragte berichtet, bei akuten Hautverschlechterungen Feuchtarbeiten im privaten Bereich weitestgehend zu vermeiden:

Interviewer: Ja. Ähm. Wenn Sie jetzt merken, es wird akut schlechter, wie reagieren Sie darauf?

Frau M: Also, ich versuche mich dann, also wenigstens zu Hause dann komplett aus Feuchtgebieten herauszuhalten. Das heißt ob ich jetzt – keine Ahnung – putzen, spülen, sonst was wollte, dass bleibt dann alles erst mal liegen. Sondern macht dann wirklich einfach nur Trockenarbeiten oder mache auch einfach gar nichts, oder höre Musik oder ... Irgendwas, wo ich meine Hände einfach nicht viel brauche, in dem Sinne.
Interview t1, Frau M, Zeile 30

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass zwölf der 14 Befragten einen alternierenden Verlauf bei der Hauterkrankung beobachten. Im Umgang mit akuten Hautverschlechterungen wird von fast allen Interviewpartnern vor allem Cortison eingesetzt. Alternative Behandlungsmöglichkeiten werden kaum genannt und wenn, dann vornehmlich in Ergänzung zu der Cortisontherapie. Zwei Befragte berichten, auf akute Hautverschlechterungen eher mit dem Einsatz von pflegerischen Externa (Herr N und Herr B) bzw. dem Abpflastern von Hautrissen reagiert zu haben (nur Herr B).

2.1.5 Beurteilung des Hautschutzverhaltens zum Zeitpunkt t1 aus Sicht der Interviewpartner

Da im Rahmen dieser Arbeit das subjektive Erleben der beruflich bedingt Hauterkrankten im Vordergrund steht, erscheint es von großer Relevanz, zu erfahren, wie die betroffenen Gesprächspartner selbst ihr bisheriges Hautschutzverhalten sehen und ob sie bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme um Verbesserungspotenziale im Bereich ihres Hautschutzverhaltens wissen. Zu diesem Zweck wurden die Gesprächspartner im Rahmen des t1-Interviews gefragt, wie zufrieden sie selber mit ihrem bisherigen Hautschutzverhalten sind und ob sie bereits zu diesem Zeitpunkt um Möglichkeiten zur Verbesserung ihres Hautschutzverhaltens wissen. Tabelle 13 gibt einen Überblick über diese Selbsteinschätzung.

Tabelle 13: Selbsteinschätzung des Hautschutzverhaltens zum Zeitpunkt t1

| Selbsteinschätzung | „sehr gut“ bis „gut“ | „befriedigend / mittelmäßig“ | „schlecht“ bzw. „schlechter als mittelmäßig“ | keine Zuordnung möglich |
|--|---|---|--|-------------------------|
| Interviewpartner | M, B, K, N, F | D, A, H, I | J, G | C, E, L |
| Verbesserungsvorschläge der Interviewpartner | <p>Ebene des eigenen Verhaltens:</p> <ul style="list-style-type: none"> mehr zur PUVA gehen Rauchen aufgeben konsequenter Handschuhe einsetzen <p>Ebene der Verhältnisse:</p> <p>Keine</p> | <p>Ebene des eigenen Verhaltens:</p> <ul style="list-style-type: none"> mehr eincremen/weniger faul sein <p>Ebene der Verhältnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> zu wenig geeignete Hautschutzmittel zur Verfügung besser geeignete Handschuhe mehr Unterstützung durch den Arbeitgeber | <p>Ebene des eigenen Verhaltens:</p> <ul style="list-style-type: none"> weniger kratzen sich selbst wichtiger nehmen <p>Ebene der Verhältnisse:</p> <p>Keine</p> | |

Von 14 Befragten zum Zeitpunkt t1 ordnen fünf ihr bisheriges Hautschutzverhalten als „gut“ oder „sehr gut“ ein. Bei einem Teil der Interviewpartner, die ihr eigenes Verhalten dieser Kategorie zugeordnet haben, wird deutlich, dass sie bereits einen Lernprozess durchlaufen haben und heute ein anderes Hautschutzverhalten praktizieren, als dies zu einem früheren Zeitpunkt der Fall war:

Interviewer: Wenn Sie sich selber jetzt beurteilen sollten, was die Umsetzung von Hautschutz angeht, was würden Sie selber sagen, in einer Schulnote ausgedrückt: Wie zufrieden sind Sie mit sich selber?

Herr K: Mit mir selbst... hmmm... Also, jetzt in letzter Zeit bin ich schon zufrieden... Davor war es schwierig, weil ich Dadurch, dass es nicht so schlimm war ... mich nicht immer dran gehalten habe, weil ich dachte: Ach, ist ja nicht so schlimm! Damals würde ich eher so in „mangelhaft“ gehen... Aber jetzt schon: „gut“.
Interview t1, Herr K, Zeile 52 ff.

Interviewer: Wie zufrieden sind Sie selber mit sich, was die Umsetzung von Hautschutzmaßnahmen angeht?

Herr B: In letzter Zeit sehr zufrieden ...ja ... Nach diesen Seminar ... Hat man auch viel gelernt, auf diesem Seminar ... Was man früher unbewusst ... falsch gemacht hat ... Wo man gar nicht drüber informiert war, wie man jetzt mit seiner Haut umgehen muss ...

Interviewer: Wenn Sie sagen "jetzt sehr zufrieden" – auf welchen Zeitraum beziehen Sie sich dann?

Herr B: Die letzten drei Monate ... nach diesen Hautschutzseminar ... (...)
Interview t1 Herr B, Zeile 28 ff.

Andere empfinden ihr Hautschutzverhalten zwar ebenfalls als gut, geben aber gleich mit zu bedenken, dass Sie noch Dinge verbessern könnten:

Interviewer: Wenn sie sich jetzt selber so betrachten, wie zufrieden sind Sie mit sich selbst, was Hautschutz angeht?

Herr N: Eigentlich recht zufrieden. Ich könnte zwar öfter mal... .. zum Arzt gehen, sag ich jetzt mal wegen der Bestrahlung jetzt, wegen der P-UVA-Therapie, aber da ich im Schichtwechsel arbeite ist das auch immer so eine Sache(...).

Interviewer: Also, wenn Sie es mit einer Schulnote ausdrücken würden?

Herr N: Eine 2.
Interview t1, Herr N, Zeile 62 ff

Frau M: Also, ich denke schon, dass ich relativ zufrieden bin, mit den Umsetzungen. Ich weiß, dass ich noch ein ganz großes Problem habe, aber da kann ich nur selber dran arbeiten! Das ist das Rauchen! Wollte ich mir hier abgewöhnen! Hat bis jetzt noch nicht geklappt... (...)

Interviewer: Können Sie es auch in einer Schulnote ausdrücken?

Frau M: Also, ich würde schon sagen, so mit einer 2!
Interview t1, Frau M, Zeile 119 ff

Vier Interviewte bezeichnen ihr eigenes Hautschutzverhalten als mittelmäßig, zwei beurteilen ihr bisheriges Hautschutzverhalten mit schlechter als befriedigend/mittelmäßig:

Frau G: Ich würde sagen, dass ich da eher ein ziemlich nachlässiger Typ bin. Also, da muss es erst ganz schlimm sein, bis ich dann wirklich was mache.
Interview t1, Frau G, Zeile 67 ff

Frau J: (...)Nee, dann würde ich sagen eine 4.

Interviewer: Ausreichend?

Frau J: Ja, ausreichend.
Interview t1, Frau J, Zeile 83 ff.

Auf die Frage, wo noch Verbesserungsmöglichkeiten im Hautschutz bzw. Hautschutzverhalten gesehen werden, werden sowohl verhältnis- als auch verhaltenspräventive Maßnahmen benannt. Im Bereich der Verhältnisse werden unzulängliche Hautschutzmittel, mangelnde Unterstützung durch den Arbeitgeber oder die berufliche Tätigkeit an sich angeführt:

Interviewer: Glauben Sie es gibt noch Dinge, die man noch machen könnte?

Herr I: (...)ich habe früher Mountainbike gefahren und da gab es Handschuhe, die kriegt man leider nicht als Berufshandschuhe oder so was,(...) dann sind die gepolstert in den

Handinnenflächen. Das ist eine riesen Erleichterung, aber so was für die Arbeit zu finden was dann noch wasserabweisend ist, ist sehr schwierig (...).
Interview t1, Herr I, Zeile 44 ff.

Interviewer: Was denken Sie könnten Sie besser machen?

Frau H: Ich würde sagen, wenn es noch geeignetere Sachen geben würde, dass das noch mehr lindern würde, wäre ich da auch mit einverstanden.
Interview t1, Frau H, Zeile 92 ff.

Herr D: Ich hab zwar schon mal diese Reinigungsseife dahin gestellt ... von mir ... aber nach drei Stunden war sie weg. Auch mit dem Arbeitgeber gesprochen, ob wir irgendwas da einrichten können ... Wäre nicht möglich.. da könnte ja jeder kommen ...
Interview t1, Herr D, Zeile 23 ff.

Interviewer: Was denken Sie, was könnten Sie selber noch besser machen, wenn Sie sagen es ist nur ausreichend?

Frau J: Tja, was könnte man besser machen? Nicht mehr arbeiten (lacht), dann würde das alles weggehen. Dann bräuchte ich keine Handschuhe mehr anziehen. Solche Sachen sind natürlich nicht realisierbar. Aber das wäre, sag ich einfach mal so, die Antwort.
Interview t1, Frau J, Zeile 86 ff

Als Möglichkeiten zur Verbesserung des Hautschutzes im eigenen Verhalten werden *sich selber wichtiger nehmen, mehr eincremen* und *weniger kratzen* genannt.

Frau G (...). Das ist mir einfach so ein bisschen lästig ... also, man sagt mir nach, dass ich mich selber halt nicht so ernst nehme, dass würd schon gehen ... und so.
Interview t1, Frau G, Zeile 67 ff.

Interviewer: Wie zufrieden sind Sie selber mit sich, was die Umsetzung von Hautschutzmaßnahmen angeht?

Herr D: Mittelmäßig ... (...) Ich könnte mich mehr eincremen ... Wenn ich manchmal nicht zu faul wär ...
Interview t1, Herr D Zeile 27 ff.

Frau J: Na ja, ich müsste weniger kratzen, dann würden es auch weniger Stellen sein, die ich behandeln muss und ich denke mal, auch der Juckreiz würde dann weggehen
Interview t1, Frau J, Zeile 89 ff.

In drei Fällen war eine Zuordnung nicht möglich, da entweder die Antworten zu unspezifisch waren (Herr C, Herr E) oder die Fragestellung im Rahmen des t1-Interviews nicht besprochen wurde (Herr L).

¹¹ Gemeint ist das Hautschutzverhalten, welches im Vorfeld von Frau J mit *ausreichend* bewertet wurde.

2.2 Intentionen zum Hautschutz zum Zeitpunkt t2

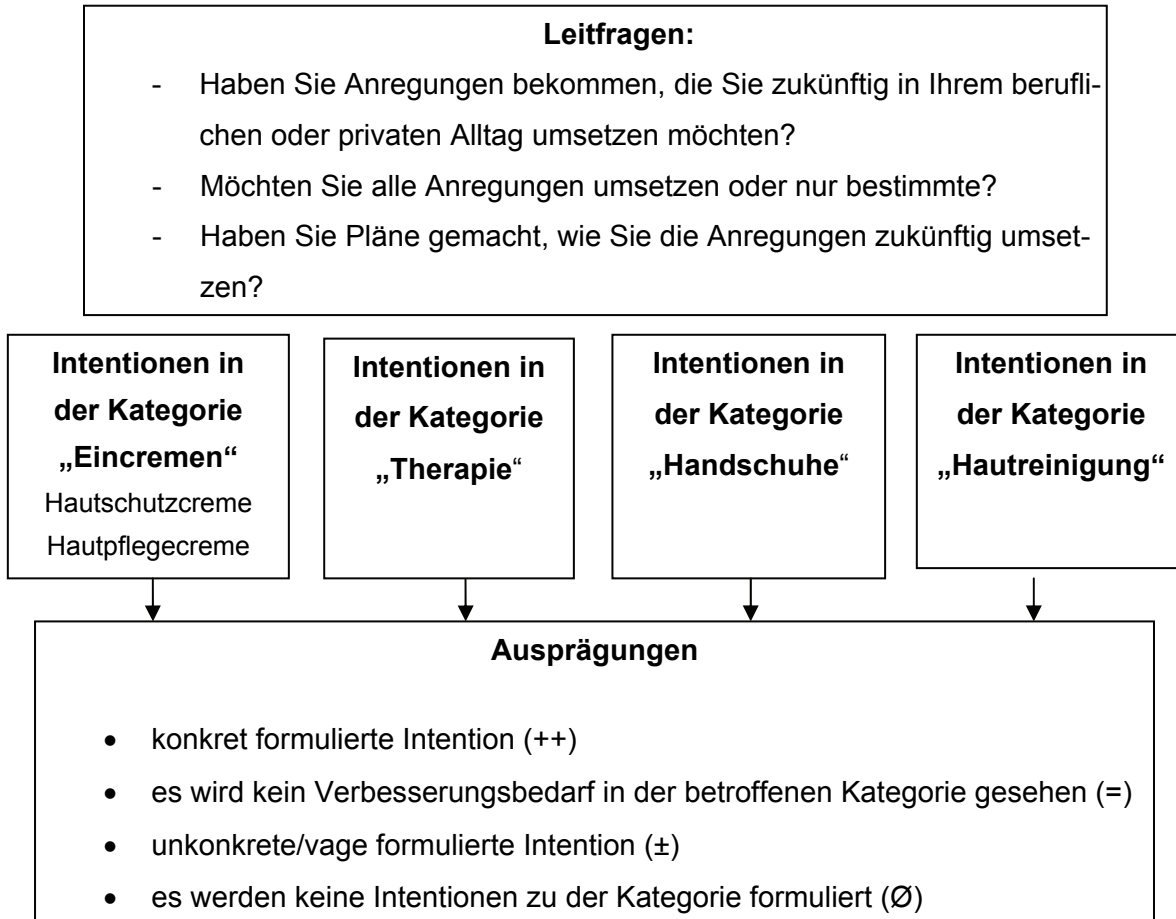
Um ein möglichst umfassendes Bild vom Einfluss des stationären Heilverfahrens auf das Hautschutzverhalten der Betroffenen zu bekommen, wurden die Interviewpartner zum Zeitpunkt der Entlassung (= t2) unter anderem zu ihren Intentionen im Bereich ihres zukünftigen Hautschutzes befragt. Auf diese Weise kann ermittelt werden, wo die Betroffenen selber Verbesserungspotenzial in ihrem Hautschutzverhalten erkannt haben und welche dieser Intentionen später tatsächlich in ein verändertes Hautschutzverhalten münden.

Im Rahmen der Auswertung werden die vier induktiv gebildeten Kategorien zum Hautschutz „Eincremen“ mit den Unterkategorien „Hautschutzcreme“ und „Hautpflegecreme“ sowie die weiteren Kategorien „Handschuhe“, „Hautreinigung“ und „Therapie“, erneut aufgegriffen. Das Interviewmaterial wurde entsprechend diesen Kategorien nach Intentionen, die sich einer oder mehrerer dieser drei Kategorien zuordnen lassen, untersucht. In einem ersten Analysedurchgang wurden diese Interviewsequenzen entsprechend identifiziert und markiert. In einem zweiten Analysedurchgang wurden diese markierten Textstellen erneut betrachtet. Dabei fiel auf, dass es Unterschiede in der Qualität der Intentionaussage gibt, denn einige Interviewpartner sind sehr konkret in der Darstellung ihrer Vorhaben. So werden teilweise Ansätze von Handlungsplanung (= wann-, wie-, wo-Pläne) und/oder Bewältigungsplanung (= Umgang mit Hindernissen) in die Schilderungen zu den Hautschutzvorhaben einbezogen. Andere Interviewpartner bleiben auch bei konkreten Nachfragen eher unkonkret bzw. vage in ihren Intentionen. Daher wurden folgende Ausprägungen zu den Kategorien gebildet:

- konkret formulierte Intention (++): Die Befragten formulieren klare Ziele, benennen genau, welches Produkt für welche Handlung/zu welchem Zeitpunkt eingesetzt werden soll (= Ansätze von Handlungsplanung) und/oder erläutern, wie sie mit Umsetzungsschwierigkeiten (= Ansätze von Bewältigungsplanung) umgehen wollen.
- unkonkrete/vage formulierte Intention (+): Es wird deutlich, dass der Befragte weiß, was er wie in der jeweiligen Hautschutzkategorie verbessern kann. Gleichzeitig fehlt die Bestimmtheit in der Aussage, die verdeutlicht, dass diese Verbesserung tatsächlich umgesetzt werden soll.
- es wird kein Verbesserungsbedarf in der betroffenen Kategorie gesehen (=)
- es werden keine Intentionen zu der Kategorie formuliert (Ø)

Abbildung 10 verdeutlicht den Analyseprozess.

Abbildung 10: Kategorien und Ausprägungen zum Hautschutzverhalten zum Zeitpunkt t2



In den nachfolgenden Kapiteln wird dargestellt, ob und welche Intentionen die Befragten in den induktiv gebildeten Hautschutzkategorien *Eincremen*, *Therapie*, *Handschuhe* und *Hautreinigung* zum Ende des stationären Heilverfahrens gebildet haben. Dabei sollen die formulierten Ziele zum zukünftigen Hautschutzverhalten mit den Einschätzungen zum Hautschutzverhalten zum Zeitpunkt der Aufnahme in das stationäre Heilverfahren (= t1-Interviews) abgeglichen werden. Schließlich wird der Frage nachgegangen, welche Informationsquellen die Befragten für ihre persönliche Zielformulierung nennen.

2.2.1 Intentionen zum Eincremeverhalten zum Zeitpunkt t2

Tabelle 14 gibt einen Überblick über die Beurteilung des Eincremeverhaltens zum Zeitpunkt t1 und die ermittelten Intentionen zum Eincremen zum Zeitpunkt t2. Dabei geben die Symbole der t2-Spalte den Grad der Konkretheit der Intention wider.

Tabelle 14: Überblick Kategorie Eincremen zum Zeitpunkt t1 und t2

| Interviewte (N = 14) | Eincremen zum Zeitpunkt t1 | | | Intentionen zum Eincremen zum Zeitpunkt t2 | | | |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------|--------|---|------|----------------------|------|
| | Haut- schutz- creme | Haut- pflege- creme | unklar | Hautschutzcreme | | Hautpflege- creme | |
| | | | | Beruf | Priv | Beruf | Priv |
| Frau M | ☺ | ☺ | | = | | = | |
| Herr C | ∅ | ∅ | | ± | ∅ | ++ | |
| Herr D | | | X | ± | | ± | |
| Frau A | ∅ | ☹ | | ++ | ∅ | ∅ | ∅ |
| Herr B | ∅ | ☺ | | = | ∅ | ++ | ++ |
| Herr L | ☹ | ☹ | | ± | ∅ | ∅ | ++ |
| Frau J | | | X | ∅ | ± | ∅ | ++ |
| Frau G | | | X | ++ | ++ | ++ | ± |
| Frau H | ☹ | ☹ | | ± | ∅ | ± | ∅ |
| Herr E | ☺ | ∅ | | ± | | ± | |
| Herr K | ∅ | ☺ | | ++ | ∅ | ∅ | ++ |
| Herr I | ☺ | ∅ | | ++ | ∅ | ∅ | ∅ |
| Herr N | ∅ | ☺ | | ± | ∅ | = | = |
| Frau F | ☺ | ☺ | | ∅ | ∅ | ++ | ++ |

Zeichenerklärung:

☺ = Entspricht den dermatologischen Empfehlungen

☺ = Entspricht teilweise den dermatologischen Empfehlungen

☹ = Entspricht nicht /kaum den dermatologischen Empfehlungen

∅ = Keine Zuordnung möglich

Unklar = unklar ob/wann Hautschutzcreme und/oder Hautpflegecreme angewendet wurde

++ konkret formulierte Intention

= es wird kein Verbesserungsbedarf in der betroffenen Kategorie gesehen:

± unkonkrete/ vage formulierte Intention

∅ es werden keine Intentionen zu der Kategorie formuliert

Bei Betrachtung der Tabelle 14 fällt zunächst einmal auf, dass Intentionen zum Gebrauch von Hautschutzcreme überwiegend im beruflichen Bereich und Intentionen zum Gebrauch

von Hautpflegecreme überwiegend im privaten Bereich formuliert werden. Dies entspricht den dermatologischen Empfehlungen zum Anwendungszeitpunkt von Hautschutzcreme (während der Tätigkeit) und Hautpflegecreme (nach der Tätigkeit bzw. vor langen Pausen) (Fartasch 2008) und kann als ein Lerneffekt aus dem stationären Aufenthalt gedeutet werden, da diese Unterscheidung zum Zeitpunkt t1 meist nicht vorgenommen wurde. Darüber hinaus konnten mittels induktiver Analyse des Interviewmaterials in der Kategorie „Intentionen zum Eincremen“ insgesamt vier Antwortkategorien herausgearbeitet werden (siehe Tabelle 15). Wie zu Beginn dieses Kapitels beschrieben, gibt es Unterschiede in der Konkretisierung dieser Intentionen, welche in den Ausprägungen „konkret“ und „vage“ zum Ausdruck gebracht werden.

Tabelle 15: Intentionen zum Eincremen zum Zeitpunkt t2

| Intention | Sieht kein Verbesserungspotenzial im Bereich | | Konsequenter Hautschutzcreme anwenden | | Konsequenter Hautpflegecreme anwenden | | Eincremen allgemein ändern (andere Produkte, allgemein mehr Cremes ohne Spezifizierung) | |
|------------------|--|-------------|---------------------------------------|---------------|---------------------------------------|------|---|------|
| | Schutzcreme | Pflegecreme | konkret | vage | konkret | vage | konkret | vage |
| Interviewpartner | B, M | M, N | A, K, I, G | L, N, J, H, C | L, B, K, J, F | D, H | C, K, E, G | H |

Bei der Analyse des Materials zeigte es sich, dass durchaus mehrere Kategorien auf eine Textstelle zutreffen können, so dass Mehrfachzuordnungen vorgenommen wurden. Um die Zuordnung und Bildung dieser Antwortkategorien nachvollziehbar zu machen, wird die Tabelle im Folgenden weiter erläutert.

Drei Interviewpartner sahen für sich keine Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich des Eincremens, wobei Herr B sich in seiner Aussage nur auf Hautschutzcreme und Herr N nur auf Hautpflegecreme bezieht.

Interviewer: Und im beruflichen Bereich, gibt es da irgendwie was, wo Sie schon ganz konkret wissen, das werde ich ändern?

Herr B: Da habe ich ja schon vor diesem hier viel geändert, auch vom Hautarzt von zu Hause aus her, hat man mir andere Hautschutzcreme andere Handwaschpasten und so was verschrieben und auch die Handschuhe, trag ich jetzt auch schon länger. Bloß, das

sind jetzt noch mal wieder andere Handschuhe. Äh, da kann ich glaube ich nicht mehr viel verändern.

(Interview t2, Herr B Zeile 40 ff)

Herr N: Ich habe vorher eigentlich auch schon recht gute Pflegecreme gehabt (...). Jetzt werde ich aber verstärkt mit Hautschutzcreme arbeiten, habe ich vorher auch nicht so stark gemacht.

(Interview t2, Herr N, Zeile 25)

Frau M sieht sowohl im Umgang mit Hautschutzcreme als auch im Umgang mit Hautpflegecreme für sich kein Verbesserungspotenzial:

Frau M: (...) Ich habe das ja sonst schon immer so gehandhabt, mit den Hautschutzcremes und Pflegecremes. (...).

(Interview t2, Frau M, Zeile 31 ff)

Für diese beiden Befragten scheint das stationäre Heilverfahren im Bereich des Umgangs mit Hautschutz- und Hautpflegecreme keine neuen Erkenntnisse erbracht zu haben, so dass hier von Frau M und Herrn B keine Verhaltensänderung intendiert werden. Im Falle von Frau M wird diese Einschätzung auch durch die Äußerungen zum Umgang mit Hautschutzcreme und Hautpflegecreme zum Zeitpunkt t1 gestützt, die der Ausprägung *entspricht den dermatologischen Empfehlungen* zugeordnet wurden.

Neun der 14 Befragten formulierten Intentionen, die sich in der Antwortkategorie *konsequenter Hautschutzcreme anwenden* zusammenfassen lassen, wobei fünf Interviewte (Herr L, Frau J, Herr N, Frau H, Herr C) in ihren Äußerungen relativ vage bleiben, wie folgende Interviewausschnitte verdeutlichen.

Interviewer: (...). Haben Sie Anregungen bekommen, die Sie zukünftig umsetzen möchten?

Herr L: Ja, eben diese Hautschutzcreme, damit man, wenn man dann mal ohne Handschuhe da arbeitet, dass der Dreck leichter von den Händen zu entfernen ist.

(Interview t2, Herr L Zeile 48,49)

Interviewer: Was hatten Sie sich überlegt, was wollen sie verändern?

Frau H: Mehr cremen.

F: Was für eine Creme? Haben Sie da schon eine spezielle Idee?

Frau H: Puh, ich habe da die Pflegecreme, die DAC-Basiscreme, die kommt dann so zwischendurch drauf. Ja in der Arbeit die Excipial-Protect..... Ja.

(Interview t2, Frau H, Zeile 18 ff.)

Die übrigen Gesprächspartner dieser Antwortkategorie sind in ihren Formulierungen konkreter. Es wird deutlich, dass sie bereits konkrete Situationen vor Augen haben, in denen

die Hautschutzcreme angewendet werden soll und/oder bereits Überlegungen angestellt wurden, damit die Umsetzung gelingen kann.

Herr K: Ja, in den Hautschutzseminaren auf jeden Fall. Ich weiß, was ich vorher falsch gemacht habe. Was ich jetzt besser machen muss. Hautschutz auf der Arbeit, Hautpflege daheim! Das war mir vorher nicht so bewusst, wie das abläuft. Und, das kann ich jetzt auf jeden Fall besser!

Interviewer: Und jetzt haben Sie schon Hautschutz auf der Arbeit und zu Hause schon so ein bisschen getrennt. Haben Sie konkret sich etwas überlegt, was Sie dort anwenden möchten oder ändern möchten in Ihrem Verhalten?

Herr K: Auf jeden Fall. ... Bisher habe ich, also es gibt diese ... Ich habe damals von der BG diese großen Spender mitbekommen. Und das ist für die Arbeit eigentlich. Und das habe ich immer daheim angewendet. Und.. jetzt lieber so Tuben immer nehmen und die immer mitführen und dann anwenden direkt. Das ist besser als so ein Spender, der an einer Stelle steht und ... das ist halt nichts.
(Interview t2, Herr K, Zeile 32 ff)

Interviewer: Haben Sie Anregungen bekommen, die Sie zukünftig umsetzen möchten? In Bezug auf Hautschutz?

Herr I: Ja, dann halt hier diese Protect-Creme und so... weil ich die vielleicht ein bisschen vernachlässigt habe. Schon mit einbeziehen, weil früher habe ich nur gefettet, gefettet, gefettet! Weil ich dachte, dass bricht sonst.(...)

Interviewer: Sie sagten eben, dass Sie an der Hautcreme auch etwas ändern wollen. Was ist das konkret?

Herr I: Ja halt diese Vorsorge gegen Feuchtigkeit. Das heißt dieses „DryHands“ (Produktname) ... Wenn ich merke, ich schwitze da stark, so im Sommer, ich schätze, jetzt ist das ja alles noch nicht der Fall...Aber wenn ich dann ja richtig 30 Grad im Schatten habe, dann wird das extrem (meint das Schwitzen) und dann muss ich versuchen halt vorher schon Vorkehrungen zu treffen, weil da kann ich sonst alle fünf Minuten schon meine Handschuhe wechseln. (...)

Herr I (...)Vorher haben wir nur Handschuhe angezogen und mich eingecremt, dann wenn ich mal gerade Zeit hatte. Jetzt will ich das regelmäßig machen (...)
(Interview t2, Herr I, Zeile 18 ff., 24 ff. und 55 ff.)

Im Bereich der Anwendung von Hautpflegecreme äußerten insgesamt sieben Gesprächspartner hier zukünftig konsequenter vorgehen zu wollen (siehe Tabelle 15). Von diesen Gesprächspartnern sind es vier, die auch im Bereich der Anwendung von Hautschutzcreme zukünftig ein konsequenteres Vorgehen anstreben (Herr L, Frau H, Herr K und Frau J) und somit sowohl ihren Umgang mit Hautschutz- als auch Hautpflegecreme verbessern wollen.

Bei Frau H und Herr L war das Hautschutzverhalten im Bereich *Eincremen* zum Zeitpunkt der Aufnahme (t1) mit *entspricht nicht den dermatologischen Empfehlungen* eingestuft worden. Dieses Defizit wurde von diesen beiden Gesprächspartnern zum Ende des stationären Heilverfahrens scheinbar erkannt, denn beide formulieren Ziele zum verbesserten

Umgang mit Hautschutz- und Hautpflegecreme (siehe Tabelle 15). Einschränkend muss allerdings angemerkt werden, dass Frau H sowohl im Bereich der Antwortkategorie *konsequenter Hautschutzcreme einsetzen* als auch im Bereich *konsequenter Hautpflegecreme einsetzen* relativ vage in ihren Formulierungen bleibt:

Interviewer: Zum Beispiel im beruflichen Bereich, möchten Sie da irgendetwas am Hautschutz ändern?

Frau H: Ja, da mehr Hautschutz.

Interviewer: Konkret?

Frau H: Ja, mehr eincremen, drauf achten, dass ich dann auch immer die Handschuhe trage. (Interview t2, Frau H, Zeile 70 ff.)

Zwar wird deutlich, dass Frau H intendiert, sich mehr einzucremen, sie benennt auch die Externa: „Puh, ich habe da die Pflegecreme, die DAC-Basiscreme, die kommt dann so zwischendurch drauf. Ja in der Arbeit die Excipial-Protect“ (Interview t2, Frau H, Zeile 18 ff.). Sie führt aber an keiner Stelle im Interview aus, wie die Umsetzung gelingen soll. Zudem hatte Frau H zum Zeitpunkt t1 angegeben, die Cortisoncreme gelegentlich wie eine Hautschutz-/Hautpflegecreme eingesetzt zu haben (siehe Interview t1, Frau H, Zeile 54-71). Auf die Frage zum Zeitpunkt t2, ob sie zukünftig etwas im Umgang mit der Cortisoncreme ändern möchte, antwortet Frau H mit „Nein.“:

Interviewer: Dinge, zum Beispiel im Umgang mit Cortisoncremes, die Sie nicht gewusst haben, die Sie vielleicht jetzt ändern wollen?

Frau H: Nein... (Interview t2, Frau H, Zeile 54)

Es bleibt zum Zeitpunkt t2 somit unklar, ob bei Frau H durch die stationäre Rehabilitation eine dermatologisch erwünschte Verhaltensintention im Bereich des Eincremens erreicht werden konnte.

Anders verhält es sich bei Herrn L, dessen Eincremeverhalten zum Zeitpunkt t1 ebenfalls mit *entspricht nicht den dermatologischen Empfehlungen* bewertet wurde. Herrn Ls formulierten Ziele zum Umgang mit Hautpflegecreme können als *konkret* eingestuft werden, da er seine Zielformulierungen an konkrete Umsetzungsstrategien knüpft:

Interviewer: Wie fühlen Sie sich jetzt auf die Zeit zu Hause vorbereitet? Haben Sie da vielleicht spezielle Sachen, die Sie sich vielleicht vorgenommen haben?

Herr L: Spezielle Sachen in dem Sinne nicht. Ich werde mit meiner Partnerin, die will ich da mit einbeziehen, und so. Denn die Hautpflege ist ja für alle gedacht, sag ich mal Wenn man es dann zu zweit macht ist es dann wahrscheinlich noch einfacher, als wenn man es dann alleine zu Hause macht.

Interviewer: Wobei wollen Sie ihrer Partnerin jetzt einbeziehen

Herr L: Das wir so die gleichen Cremes oder so ... benutzen und so. Und die sollen dann ja auch in mehreren Dosen in der Wohnung verteilt sein, dass man nicht immer ins Bad laufen muss und ... dass man sie einfach greifen kann und da mal die Hände eincremen kann. Und so die Pflegemittel
Interview t2, Herr L, Zeile 24 ff

Es wird deutlich, dass Herr L sich bereits recht konkrete Gedanken zur Umsetzung gemacht hat. Die Umsetzung soll gelingen, indem die Partnerin in das Vorhaben mit einbezogen wird und die Externa besser verfügbar sind („... *mehrere Dosen in der Wohnung verteilt* ...“ Interview t2, Herr L, Zeile 27 ff.).

Auch andere Gesprächspartner sehen in der Verbesserung der Anwendung von Hautpflegecreme einen Schwerpunkt in ihrem zukünftigen Hautschutzverhalten:

Interviewer: Welche Anregungen haben Sie bekommen, die Sie umsetzen möchten?

Frau F: Vor allen Dingen, die Hautpflege, dass man die konsequent durchzieht! (...)
Interview t2, Frau F, Zeile 60 ff.

Zu der Intention *Eincremen allgemein ändern/konsequenter* ließen sich Äußerungen von insgesamt sechs Interviewpartnern zuordnen, wobei bei drei Interviewpartnern (Herr K, Frau G und Frau H) ebenfalls Textpassagen der Kategorie *konsequenter Hautschutzcreme/konsequenter Hautpflegecreme* zugeordnet wurden. Im Folgenden sollen nur die Interviewpassagen der drei übrigen Gesprächspartner beleuchtet werden, die ebenfalls nicht in eine der beiden anderen Kategorien eingeordnet wurden. Alle drei (Frau F, Herr E und Herr C) blieben zwar ungenau, was die Bezeichnung der Externa angeht (ob Hautschutzcreme oder Hautpflegecreme), dennoch sind ihre Aussagen durch recht konkrete Umsetzungsstrategien gekennzeichnet, so dass diese drei der Ausprägung *konkret* im Bereich der Antwortkategorie *Eincremen allgemein ändern/konsequenter* zugeordnet wurden. Stellvertretend für diese drei sollen hierzu zwei Interviewpassagen betrachtet werden:

Herr C: (...) So viel wie möglich im Rahmen des Möglichen eben die Haut schützen ... mit den Cremes die ich da bekomme....Wobei das für mich, ich weiß noch nicht wie ich's alle umsetzen kann ...weil wenn man morgens irgendetwas hinstellt ist es auch gleichzeitig weg. Aber ich werde so viel wie möglich eben die das was ich hier gelernt habe auch versuchen umzusetzen, das ist schon klar (...)

Herr C: Ja, also in der Firma auf jeden Fall! Da werd ich jetzt wenn ich heute, heute Mittag muss ich ja sowieso hin, aber dann werd ich die Zeit nicht haben. Morgen muss ich ja zum Hautarzt, dann fahr ich wieder zur Firma .anschließend ...Und dann werd ich sofort losgehen zu dem Hygienebeauftragten und werde erst mal anmerken, dass die die Cremes, die wir da haben, die sind alle parfümiert. Die müssen erst mal weg! (...) Also, da wird ich dann und dass wir mehrere Stellen haben....wir haben nur eine Stelle zum Cremen und die ist direkt am Aufenthaltsraum! Da muss unbedingt an verschiedenen Stellen auch noch was hinkommen! Doch, ich hab schon einiges im Kopf, was

ich da ändern werde!
Interview t2, Herr C, Zeile 45 ff. und 95 ff.)

Interviewer: Also, Sie haben jetzt schon einen Plan gemacht. Was haben Sie denn geplant?

Herr E: Also, wie ich meine Hände weiter pflegen kann, weil wir haben ja auch... sechs Kinder zu Hause... und das ist nicht immer so einfach... da muss man das eigentlich schon mal ein bisschen planen, wie man das ... Also, jede Menge Zeit muss ich haben dafür.

Interviewer: Und was haben Sie da konkret geplant?

Herr E: Also, dass ist ja jetzt bei mir so,... Die Hände pflegen, das muss an erster Stelle. Weil, so wie ich die jetzt habe, möchte ich die auch gerne behalten. Und wenn ich dann an vorher denke, ...

Interviewer: Und was wollen Sie dann machen?

Herr E: Also, richtig so, wir haben da ja schon mal so 'n Hautschutzplan... Und den würde ich gerne weiter darauf eingehen.

Interviewer: Ich kenne leider Ihren Hautschutzplan nicht. Was hat man denn da für Sie vorgesehen?

Herr E: Ja, der Hautschutzplan ist so mit der Arbeit zusammen, und denn auch ... Ich hatte ja nie so einen Plan, wie ich das zu Hause machen soll... Und das habe ich mir dann am Wochenende mal so ein bisschen ausgedacht, wie ich das alles so voreinander kriegen könnte.

Interviewer: Also, sie wollen jetzt vermehrt den Hautschutzplan umsetzen. Ich nehme jetzt an, da steht drin zu welchen Tätigkeiten Sie welche Schutzmaßnahme ergreifen sollen. Was haben Sie sich jetzt überlegt?

Herr E: So auf der Arbeit ist es ja so, da schafft man das ja nicht immer so, die Hände zu pflegen und da muss ich mich jetzt so ein bisschen mehr hinterklemmen. Egal, ob jetzt der Chef kommt und sagt... Die Zeit brauche ich einfach für meine Hände und das würde ich dann auch mit meinem Chef besprechen...(...)
(Interview t2, Herr E, Zeile 8 ff.)

Beide Gesprächspartner benennen konkrete Barrieren, die ihr Vorhaben, die Hände mehr einzucremen, gefährden könnten. In beiden Fällen werden als Konsequenz hierzu mögliche Lösungsstrategien formuliert. Dabei lassen sich zwei Ebenen der Lösungsstrategie erkennen: Während Herr E vornehmlich noch Lösungen zur Verbesserung seines persönlichen Eincremeverhaltens formuliert (konkreter Hautschutzplan für den privaten Alltag, im Beruf das Gespräch mit dem Chef suchen), geht Herr C schon über diese persönliche Verbesserungsebene hinaus: Seine Lösungsstrategien zielen auf eine grundsätzlich bessere Ausstattung zum Hautschutz am Arbeitsplatz ab, so dass nicht nur Herr C sondern auch die übrigen Mitarbeiter des Betriebes davon profitieren können.

Abschließend lässt sich zur Kategorie *Eincremen* festhalten, dass die zum Zeitpunkt t1 identifizierten Aussagen zum Eincremeverhalten auf ein hohes Verbesserungspotenzial in diesem Bereich schließen ließen. Dies wird durch die Äußerungen der Befragten zum

Abschluss der Reha (= t2-Interviews) untermauert, denn fast alle Interviewten sehen in mindestens einer der Unterkategorien *Hautschutzcreme/Hautpflegecreme* Verbesserungsmöglichkeiten und formulieren entsprechende Intentionen. Lediglich Frau M will in ihrem Umgang mit Hautschutz- bzw. Hautpflegecreme keine Änderung vornehmen. Da ihr Eincremeverhalten bereits zum Zeitpunkt t1 mit *entspricht den dermatologischen Empfehlungen* beurteilt wurde, erscheint eine Verhaltensänderung in diesem Fall auch nicht notwendig.

2.2.2 Intentionen zum Einsatz von Handschuhen

Zum Zeitpunkt t2 formulieren insgesamt 13 der 14 Gesprächspartner Intentionen zu einem verbesserten Handschuheinsatz. Von diesen 13 Gesprächspartnern wollen sieben sowohl im beruflichen als auch im privaten Anwendungsbereich ihren Handschuheinsatz verbessern. In einem Interview (Herr C) lassen sich keine Interviewpassagen identifizieren, die auf Intentionen zum Handschuheinsatz hindeuten. Alle übrigen formulieren Intentionen zum Handschuheinsatz in mindestens einem der beiden Anwendungsbereiche.

Tabelle 16: Überblick Kategorie Handschuhe Zeitpunkt t1 und t2

| Interviewte N = 14 | Handschuheinsatz zum Zeitpunkt t1 | Intentionen zum Handschuh Einsatz zum Zeitpunkt t2 | |
|-----------------------|--------------------------------------|---|--------|
| | | Beruflich | privat |
| Frau M | ☺ | ++ | ++ |
| Herr C | ☹ | ∅ | ∅ |
| Herr D | ☹ | ± | ∅ |
| Frau A | ☹ | ++ | ∅ |
| Herr B | ☹ | ± | ± |
| Herr L | ☹ | ± | ∅ |
| Frau J | ☹ | ∅ | ++ |
| Frau G | ☹ | ++ | ± |
| Frau H | ☹ | ± | ± |
| Herr E | ☺ | ± | ∅ |
| Herr K | ☹ | ± | ∅ |
| Herr I | ☺ | ++ | ++ |
| Herr N | ☺ | ++ | ++ |
| Frau F | ☹ | ++/± | ++ |

Zeichenerklärung:

☺ = Entspricht den dermatologischen Empfehlungen

☹ = Entspricht teilweise den dermatologischen Empfehlungen

☹ = Entspricht nicht /kaum den dermatologischen Empfehlungen

∅ = Keine Zuordnung möglich

Unklar = unklar ob/wann Hautschutzcreme und/oder Hautpflegecreme angewendet wurde

++ konkret formulierte Intention

= es wird kein Verbesserungsbedarf in der betroffenen Kategorie gesehen:

± unkonkrete/ vage formulierte Intention

∅ es werden keine Intentionen zu der Kategorie formuliert

Es konnten fünf Kategorien von Intentionen zum Einsatz von Schutzhandschuhen generiert werden, welche in Tabelle 17 dargestellt sind.

Tabelle 17: Intentionen zum Handschuh Einsatz zum Zeitpunkt t2

| Sieht kein Ver- besserungspo- tenzial | Allgemein mehr Handschuhe einsetzen | | Andere geeig- nere Hand- schuhe einset- zen | | Mehr Baumwoll- unterziehhand- schuhe einsetzen | | Öfter Handschuhe wechseln | |
|---|---|------------|--|------------|--|------|------------------------------|---------|
| | konkret | vage | konkret | vage | konkret | vage | konkret | vage |
| K | J, G, M, N, I, F | B, D, H | M, D, A, I, F | L, B, E | A, J, G | N | M | B, N, J |

Der Antwortkategorie *allgemein mehr Handschuhe einsetzen* wurden Aussagen zugeordnet, die zum Ausdruck brachten, dass das Bewusstsein für Situationen, in denen der Einsatz von Schutzhandschuhen notwendig ist, gestiegen ist. Neun Gesprächspartner formulierten Intentionen, auf die diese Kategorisierung zutrifft. Hierbei fiel auf, dass bei fast allen Interviewten dieser Antwortkategorie vor allem der private Einsatz von Schutzhandschuhen gesteigert werden soll. Die folgenden beiden Textausschnitte verdeutlichen beispielhaft diese Zuordnung:

Interviewer: Haben Sie sich für zu Hause irgendetwas vorgenommen, was Sie anders machen wollen?

Herr I: Ja, vielleicht, wenn ich mit Wasser zu tun habe, man hat ja nicht immer drauf geachtet Handschuhe anzuziehen, wenn man gespült hat, oder Teller abgewaschen hat oder eine Scheibe geputzt hat. Das werde ich jetzt alles machen! Das heißt: Ich habe schon mal Einweghandschuhe ein ganzes Paket zu Hause liegen gehabt, aber die habe ich dann eben schnell mal angezogen, ohne Unterziehhandschuh und ... wenn ich Reiniger hatte oder so... Nur werde ich das jetzt mit Unterziehhandschuhe zu Hause und vielleicht Einweghandschuhe arbeiten. Weil ich dann sage, egal, dann kostet es halt 10 Euro mehr im Monat, aber dann passiert dann nichts.
(Interview t2, Herr I, Zeile 60 ff)

Interviewer: Wie fühlen Sie sich auf die Zeit zu Hause vorbereitet?

Frau F: Sehr gut, doch.

Interviewer: Woran würden Sie das festmachen?

Frau F: Ja, vor allen Dingen ich würde jetzt ein bisschen mehr mit Handschuhen vor allen Dingen arbeiten.

Interviewer: Welche Tätigkeiten haben Sie sich so vorgenommen?

Frau F: Ja vor allen Dingen Wischen, Putzen, und all solche Dinge. Oder überhaupt Nasstätigkeiten, dass ich das gar nicht mehr ohne Handschuhe mache. Oder auch Gartenarbeiten.
(Interview t2, Frau F, Zeile 30 ff)

Lediglich bei Herrn D und Frau G und Frau H lassen sich Formulierungen finden, die auf einen vermehrten Handschuheinsatz im beruflichen Bereich abzielen:

Interviewer: Haben Sie hier Anregungen bekommen, die Sie zukünftig in Ihrem beruflichen oder privaten Alltag umsetzen möchten?

Herr D: Ja, alles mit den Handschuhen und der Pflege.

Interviewer: Also Handschuhe? Was möchten Sie da ändern?

Herr D: Ja, da ich jetzt ein anderes Paar Handschuhe habe als vorher, die ich für¹² feinmotorische Sachen besser anziehen kann (...)
(Interview t2, Herr D, Zeile 20 ff.)

¹² Dieser letzte Teil des Textausschnittes wurde auch der Antwortkategorie *andere, geeignetere Handschuhe einsetzen* zugeordnet.

Interviewer: Welche Tätigkeiten sind das, die Sie dann beruflich mit Handschuhen ausführen möchten?

Frau G: Also, Massagen hauptsächlich. Ja! Da werde ich jetzt wirklich konsequent nur mit Handschuhen...
Interview t2, Frau G, Zeile 31 ff

Von den Interviewpartnern, die äußerten, allgemein mehr Handschuhe einsetzen zu wollen, konkretisierten acht dieses Vorhaben weiter. So gaben Frau M, Herr D, Frau F, Herr I und Herr B an, geeignetere Handschuhe einsetzen zu wollen, drei Interviewpartner (Herr N, Frau J und Frau G) formulieren, mehr Baumwollunterziehhandschuhe einsetzen zu wollen und vier Gesprächspartner nahmen sich zusätzlich vor, öfter die Handschuhe wechseln zu wollen (siehe Tabelle 17). Lediglich Frau H beschränkt sich auf das vage formulierte Ziel, mehr Handschuhe einsetzen zu wollen:

Interviewer: Zum Beispiel im beruflichen Bereich, möchten Sie da irgendetwas am Hautschutz ändern?

Frau H: Ja, da mehr Hautschutz.(...) , mehr eincremen, drauf achten, dass ich dann auch immer die Handschuhe trage....
Interview t2, Frau H Zeile 70 ff

Das Ziel, *andere geeigneter Handschuhe einsetzen* zu wollen, konnte bei acht Gesprächspartnern ermittelt werden. Eine Zuordnung zu dieser Antwortkategorie erfolgte, wenn deutlich wurde, dass die Gesprächspartner für bestimmte Arbeitsbereiche andere, aus ihrer Sicht geeignetere Schutzhandschuhe einsetzen wollen. Fast alle Gesprächspartner, die geeignetere Handschuhe einsetzen wollen, formulierten weitere Intentionen zum Handschuheinsatz (siehe Tabelle 17). Lediglich Herr L beschränkte sich darauf, zukünftig *andere geeigneter Handschuhe* einsetzen zu wollen. Die Idee, andere Handschuhe für die jeweiligen Tätigkeiten einsetzen zu wollen, resultierte zumeist aus der gesundheitspädagogischen Handschuhberatung wie folgende Textpassage verdeutlicht:

Herr L: (...). Mit den Handschuhen. Da habe ich drei verschiedene bekommen. Wenn wir so mit Verdünnung arbeiten. Oder eben mit Schmutz, oder Scheiben tragen, diese schnittfesten Handschuhe und sowas. (...)

Interviewer: Wie haben Sie die Handschuhberatung empfunden?

Herr L: Ja, gut. Ich habe gar nicht gewusst, dass es so viele Handschuhe gibt! Es gibt ja für alles was, ne. (lacht) Ja. Also, normal kauft man sich die Handschuhe im Baumarkt. Sag ich mal. Zack, fertig. Und wenn sie kaputt sind werden sie weggeschmissen. Man geht da, sage ich mal, nicht auf den ... Hauttyp und auf die Arbeit ein, die man damit machen muss. Das ist hier schon gut, also ...

Interviewer: Die Handschuhe, die sie da jetzt ausgesucht haben, was denken Sie über die?

Herr L: Das wird funktionieren, ja! Ja, da habe ich also ein gutes Gefühl.
Interview t2, Herr L, Zeile 54 ff.

Je vier Gesprächspartner gaben an, mehr Baumwollunterziehhandschuhe einsetzen zu wollen bzw. öfter die Handschuhe wechseln zu wollen (siehe Tabelle 17). Als Beispiel für eine vage Intention in diesen beiden Antwortkategorien dient folgender Textausschnitt:

Interviewer: Haben Sie Anregungen bekommen bezüglich Handschuh? Werden Sie mit denen vielleicht anders umgehen, als Sie es vorher gemacht haben?

Herr N: Ach so! Ja, genau! Ich werde sie... (...)zum Beispiel auch die Schuhe häufiger wechseln, die Handschuhe dann auch, Baumwollhandschuhe drunter tragen, das habe ich vorher auch nie gemacht. Ja.

Herr N macht keine Ausführungen dazu, wie es ihm künftig gelingen soll, mehr Baumwollunterziehhandschuhe einzusetzen oder die Handschuhe häufiger zu wechseln, weshalb beide Intentionen eher als *vage* einzuordnen sind. Wurde eine Umsetzungsstrategie hierzu formuliert, so wurde die Intention mit *konkret* bewertet, wie die beiden folgenden Interviewpassagen deutlich machen:

Interviewer: Und das mit den Baumwollhandschuhen drunter ziehen, fällt Ihnen schwerer, oder ...?

Frau J: Mittlerweile nicht mehr. Ich habe es in der Klinik gelernt und ich habe sie jetzt überall liegen! Also, wenn ich sie jetzt jedes Mal suchen müsste, dann würde ich vielleicht sagen: Ach, na jetzt ziehst du die doch nochmal so drüber Aber, da ist mir jetzt wirklich ... Also, wirklich jetzt mir vorgenommen habe, fällt es mir leichter.
Interview t2, Frau J, Zeile 34 ff

Frau G: Also, Massagen hauptsächlich. Ja! Da werde ich jetzt wirklich konsequent nur mit Handschuhen...

Interviewer: Und wollen Sie dann mit Baumwollunterziehhandschuhen arbeiten?

Frau G: Ja, genau!. (...)

Interviewer: Sie haben erwähnt, dass Sie vermehrt auf Handschuhe achten möchten. Haben Sie da schon überlegt, wie Ihnen das gelingen kann?

Frau G: Da nehme ich einfach so ein Paket mit in die Praxis und stelle mir das da hin.... Ja, das geht!
Interview t2, Frau G, Zeile 31 ff und 59 ff

In beiden Fällen wird versucht, das Ziel, mehr Baumwollunterziehhandschuhe einzusetzen, durch eine bessere Verfügbarkeit der Handschuhe sicherzustellen.

In der Antwortkategorie *öfter Handschuhe wechseln* lässt sich nur die Ausführung von Frau M als *konkret* einstufen:

Frau M: Hmm, also was ich mir schon mitgenommen habe ist einfach noch mal darauf zu achten, dass ich die Handschuhe auch wirklich zeitnah, oder öfter wechsel. Also, ... keine Ahnung, ob ich mir einen kleinen Wecker daneben stelle oder ... ich weiß es noch nicht, wie ich es mache. Auf jeden Fall, dass ich wirklich regelmäßig dran denke: So, jetzt ist eine Viertelstunde um, jetzt musst du mal wieder deine Handschuhe

wechseln, so ungefähr. Da muss ich mal gucken, wie ich das hinkriege
Interview t2, Frau M Zeile 30 ff

Die Intentionen der anderen drei Interviewpartner zum häufigeren Handschuhwechsel müssen als *vage* bezeichnet werden, da während des jeweiligen Interviews keine Überlegungen zur Umsetzung formuliert werden. Viel mehr erscheint der Handschuhwechsel nur in Frage zu kommen, wenn tatsächlich bereits ein Schwitzen der Hände bemerkt wird. Ein genereller regelmäßiger Handschuhwechsel scheint nicht vorgesehen zu werden:

Interviewer: Haben Sie Anregungen bekommen, die Sie zukünftig umsetzen möchten? In Bezug auf Hautschutz jetzt?

Herr I: (...)Wie gesagt nur Einweghandschuhe an, dann zu lange Baumwollhandschuhe drunter gelassen und das will ich jetzt ändern, demnächst. Das ich dann sage, wenn es gar nicht geht, Baumwollhandschuhe wechseln.
Interview t2, Herr I, Zeile 19 ff.

Herr B: Gut man hat wieder ein bisschen was -Kleines dazugelernt ...

Interviewer: Was „Kleines“?

Herr B: Ja, das man, äh, Handschuhe mal öfters ausziehen muss auf der Arbeit wegen dies Schwitzen, dass das ja auch nicht so gut ist für die Haut ... Und da in dieser Hinsicht, vielleicht, das man da ein bisschen mehr drauf achtet, wenn das denn wirklich mal anfängt zu schwitzen, dass man da noch mal, Handschuhe raus und dann ein bisschen abwartet und dann die wieder anzieht.
Interview t2, Herr B, Zeile 46 ff

In der Kategorie *Schutzhandschuhe* zeigte sich zum Zeitpunkt t1, dass die Befragten mehrheitlich über einen Umgang mit Schutzhandschuhen berichteten, der den dermatologischen Empfehlungen entspricht (n = 4) oder teilweise entspricht (n = 9). In nur einem Fall wurde im Bereich *Schutzhandschuhe* das Verhalten in *entspricht nicht den dermatologischen Empfehlungen* eingeordnet (siehe hierzu Tabelle 16). Zum Zeitpunkt t1 scheint somit nur wenig Potenzial für eine Verhaltensverbesserung im Umgang mit Schutzhandschuhen möglich zu sein. Dieser Eindruck wird allerdings durch die formulierten Intentionen zum Einsatz von Schutzhandschuhen widerlegt. Bis auf einen Interviewpartner (Herr K) formulieren alle weiteren mehr oder weniger konkrete Absichten zum verbesserten Hautschutz durch Schutzhandschuhe. Dabei fällt auf, dass selbst von den vier Interviewpartnern, deren Verhalten zum Zeitpunkt t1 mit *entspricht den dermatologischen Empfehlungen* beurteilt wurde (Frau M, Herr E, Herr I und Herr N), sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich *konkrete* Verbesserungspotenziale zum Umgang mit Schutzhandschuhen erkannt werden. Alle vier wollen im privaten Bereich generell mehr Handschuhe einsetzen. Im Beruf wollen Frau M, Herr N, und Herr I öfter die Handschuhe wechseln und andere, geeignetere Schutzhandschuhe einsetzen (siehe Tabelle 17). Hier

konnte das stationäre Heilverfahren offensichtlich zur Aufdeckung von Optimierungsmöglichkeiten im Bereich der Handschuhe beitragen.

2.2.3 Intentionen zur Hautreinigung

In der Kategorie *Hautreinigung* machen drei der 14 Befragten (Frau M, Frau H und Frau F) keine Aussagen, die auf Vorsätze zu einem veränderten Verhalten im Bereich der Hautreinigung schließen lassen (siehe Tabelle 18). Drei Interviewpartner sehen keine Verbesserungsmöglichkeiten zur Hautreinigung im beruflichen Bereich und äußern sich zum privaten Bereich nicht (Herr K und Herr E) bzw. äußern sich bezüglich ihres Vorhabens eher vage (Herr B):

Herr B: (...)Oder auch Hände, waschtechnisch zu Hause, das ist schon sehr gut gewesen, was man hier so erfahren hat. Das man das auch ein bisschen verändert, auch zu Hause. Und vielleicht auch mal beim Spülen ´nen Handschuh anzieht und so weiter, ne.
Interview t2, Herr B, Zeile 36 ff

Tabelle 18: Übersicht Kategorie Hautreinigung Zeitpunkt t1/t2

| Interviewte N = 14 | Hautreinigung zum Zeitpunkt t1 | Intentionen zur Hautreinigung zum Zeitpunkt t2 | |
|-----------------------|-----------------------------------|--|--------|
| | | beruflich | privat |
| Frau M | ☺ | ∅ | ∅ |
| Herr C | ☹ | ++ | ± |
| Herr D | ☹ | ± | ± |
| Frau A | ☹ | ++ | ++ |
| Herr B | ☹ | = | ± |
| Herr L | ∅ | ± | ∅ |
| Frau J | ☹ | ∅ | ++ |
| Frau G | ☹ | ++ | ∅ |
| Frau H | ∅ | ∅ | ∅ |
| Herr E | ∅ | = | ∅ |
| Herr K | ☹ | = | ∅ |
| Herr I | ∅ | ± | ± |
| Herr N | ∅ | ++ | ∅ |
| Frau F | ☺ | ∅ | ∅ |

Zeichenerklärung:

☺ = Entspricht den dermatologischen Empfehlungen

☹ = Entspricht teilweise den dermatologischen Empfehlungen

☹ = Entspricht nicht /kaum den dermatologischen Empfehlungen

∅ = Keine Zuordnung möglich

Unklar = unklar ob/wann Hautschutzcreme und/oder Hautpflegecreme angewendet wurde

++ konkret formulierte Intention

= es wird kein Verbesserungsbedarf in der betroffenen Kategorie gesehen:

± unkonkrete/ vage formulierte Intention

∅ es werden keine Intentionen zu der Kategorie formuliert

Die drei Gesprächspartner, die keinen Verbesserungsbedarf in ihrem Hautschutzverhalten sehen, begründen dies damit, bereits im Vorfeld auf schonendere Reinigungssubstanzen umgestellt zu haben:

Interviewer: Hautreinigung, haben Sie da irgendwas?

Herr K: Da habe ich vorher schon ein spezielles Produkt genommen, was mir auch hier wieder empfohlen wurde. Das werde ich dann so bei behalten.
Interview t2, Herr K, Zeile 43 ff.

Interviewer: Hautreinigung? Wollen Sie da noch irgendetwas verändern?

Herr B: Ne, das läuft eigentlich schon ziemlich gut. Mit den Mitteln, die ich damals schon von der BG gekriegt hab. Das passt schon. Auch so im Umgang mit Handschuhen und Hautwaschmitteln, sag ich mal, ist ja auch weniger, wenn man Handschuhe trägt. Das ist mir selbst schon aufgefallen, vorher. Weil sonst wäscht man sich – ich sag mal – 20 mal am Tag die Hände und mit Handschuhe wird das vielleicht auf 5 mal minimiert.
Interview t2, Herr B, Zeile 49 ff.

Herr B erläutert in diesem Zusammenhang, durch vermehrten Handschuheneinsatz die Anzahl der Händewaschungen reduziert zu haben. Er konnte offensichtlich für sich einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Säule „Hautschutz durch Handschuhe“ und „schonende Hautreinigung“ herstellen und entsprechend umsetzen.

Die Hälfte der Befragten formuliert Intentionen zur Hautreinigung im beruflichen Bereich (4 x konkrete Intentionen, 3 x vage Intentionen). Von diesen sieben Gesprächspartnern formulieren vier auch Intentionen zu der Hautreinigung im privaten Bereich (3 x vage, 1 x konkret). Sowohl aus dieser Verteilung als auch aus den Äußerungen der Interviewpartner wird deutlich, dass der beruflichen Hautreinigung oft mehr Relevanz beigemessen wird:

Interviewer Ja. Sie haben ein paar Anregungen bekommen, ähm, vielleicht noch zu dem Privaten. Würden Sie privat da ein paar Sachen ändern auch?

Herr C Da werd ich es genau so halten wie in der Firma auch, ganz genau so, ja.

Insgesamt konnten aus dem Interviewmaterial vier Antwortkategorien im Bereich der *Intentionen zur Hautreinigung* generiert werden (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Intention zur Hautreinigung zum Zeitpunkt t2

| Sieht kein Verbesserungspotenzial | Weniger Hände waschen | | Mehr desinfizieren | | Schonendere Reinigungssubstanzen | | |
|-----------------------------------|-----------------------|---------|--------------------|------|----------------------------------|------|-------------------|
| | konkret | vage | konkret | vage | konkret | vage | bereits vorhanden |
| E, K, B | C, A, N, J, G | L, D, I | C, A, G | I | I, J | C | B, K, N, E |

Das Hautreinigungsverhalten von Frau A, Herrn G und Herrn C wurde zum Zeitpunkt der Aufnahme (t1) mit *entspricht nicht/kaum den dermatologischen Empfehlungen* bewertet. Alle drei wollen zum Zeitpunkt t2 ihr Hautreinigungsverhalten zukünftig anders gestalten und bilden hierzu konkrete Intentionen:

Frau A und ich werd also im beruflichen Teil jetzt zu mindestens wenn ich wieder arbeiten gehe mal sehen, dass ich überhaupt mal in Erfahrung bringe wer unser Hygienebeauftragter oder -beauftragte ist.

Interviewer Ja

Frau A ... und dann werd ich erst mal dafür sorgen, dass diese ganzen Pläne, die am Waschbecken hängen wegkommen weil da ständig steht "Hände waschen"! Also desinfizieren und waschen so in einem Atemzug!

Interviewer Ja ...

Frau A Und mehr waschen als alles andere! Da werd ich mal fragen, ob so die letzten neuen Erkenntnisse an denen vorbei gegangen sind!
Interview t2, Frau A, Zeile 59 ff.

Herr C Ich kann besser ein bisschen Dreck drauf sitzen lassen, als wie zu viel mit Wasser zu arbeiten! Hab ich auch hier gelernt. Sonst ..Wenn es gut desinfiziert ist, ist es sowieso wurscht! (...)
Ja, aber wenn man es nicht weiß, macht man´s nicht!

Interviewer Natürlich!

Herr C Und das sind so grundlegende Sachen, die wir auch (...) Auf alle Fälle ändern werden! In der Firma wie auch privat!
Interview t2, Herr C Zeile 58 ff

Frau G: Ja, also... Ich habe auch jetzt, also, wenn ich jetzt so rumfahre, also so zu den Hausbesuchspatienten so da will ich mir dann auch Also weniger die Hände waschen, eben halt mehr... desinfizieren. Dann lege ich mir auch so eine kleine Flasche mit ins Auto... Das habe ich mir auch vorgenommen.
Interview t2, Frau G, Zeile 37

Alle drei sind in Berufen tätig (Altenpflege, Physiotherapie, Großschlachtereie), in denen die Hautreinigungsregel „Weniger waschen, mehr desinfizieren!“ zum Tragen kommt. Entsprechend wurden von diesen drei Gesprächspartnern Intentionen für die Kategorie *weniger Hände waschen* als auch für die Kategorie *mehr desinfizieren* formuliert. Herr C und Frau A liefern zudem Begründungen, warum das Hautreinigungsverhalten bisher nicht den dermatologischen Empfehlungen entsprach. Beide sehen die Ursache in der eigenen Unwissenheit, aber auch in der Unwissenheit der eigentlichen „Experten“, wie z. B. Hygienebeauftragten (siehe Interview Frau A). Diese Erkenntnis entspricht dem Ansatz von Petermann (1997), wonach das Hauptproblem chronisch Kranker das mangelnde Krankheits- und Behandlungswissen ist, welches in Folge dazu führe, dass medizinisch sinnvolle Maßnahmen von Patienten nicht umgesetzt würden.

Wurden Intentionen zum privaten Hautreinigungsverhalten formuliert, so beschränkten sich diese überwiegend auf die Kategorie *weniger waschen*. Zwei Gesprächspartner wollen im privaten Bereich auf schonendere Reinigungssubstanzen achten:

Interviewer: Und Hautreinigung?

Herr I: (...)weil ich habe gemerkt hier, war ja eigentlich die Verschmutzung eigentlich fast auf Null reduziert ist – im Verhältnis zu meinem Beruf – brauche ich nicht so viel Wasser nur halt klares Wasser und Neutralseife und das will ich demnächst jetzt auch machen, (...).
Interview t2, Herr I, Zeile 26 ff

Herr C: Nein nein, Zuhause, ich werde wirklich, erst mal werde ich die Seifen Zuhause
ich habe mit der Frau schon gesprochen ...
Interview t2, Herr C, Zeile 55 ff

Zum Zeitpunkt t1 wurde das Hautreinigungsverhalten bei drei der 14 Interviewten mit *entspricht nicht/kaum den dermatologischen Empfehlungen* bewertet. Fünf Gesprächspartner machten keine Aussagen zu ihrem bisherigen Hautreinigungsverhalten, was darauf schließen lässt, dass diesem Teil des Hautschutzes bis zur Aufnahme in das stationäre Heilverfahren keine besondere Aufmerksamkeit zuteilwurde. Hier konnte das stationäre Heilverfahren offenbar ein Umdenken bewirken, denn von diesen acht Gesprächspartnern, die zum Zeitpunkt t1 diesen beiden letzten Kategorien zugeordnet wurden, formulierten sechs nun Intentionen zur schonenden Hautreinigung, wobei die Mehrheit die Notwendigkeit der Verhaltensänderung im beruflichen Bereich sieht. Eine Gesprächspartnerin machte weiterhin keine Aussage zur Hautreinigung (Frau H).

2.2.4 Intentionen zur Therapie der Erkrankung

Wie in Teil III, Kapitel 2.1.4 erläutert, wurde im Rahmen dieser Auswertung auch das therapeutische Verhalten der Gesprächspartner analysiert, um auf diese Weise einen möglichst umfassenden und genauen Eindruck über das Verhalten und den Umgang mit der beruflichen Hauterkrankung bei den Gesprächspartnern zu ermitteln.

Bei Entlassung aus der stationären Maßnahme zeigte sich, dass fast 2/3 der Interviewten hierzu konkrete oder vage Intentionen formulieren (vgl. Tabelle 20). Ein Interviewpartner gab an, im Umgang mit akuten Hauterscheinungen (z. B. Juckreiz und/oder Bläschen) nichts ändern zu wollen, zwei weitere (Herr C und Herr B) formulierten keine Intentionen im Bereich „*Therapie*“.

Tabelle 20 gibt einen Überblick über die aus den Interviewtexten generierten Antwortkategorien zu der Leitfrage: „*Wollen Sie im Umgang mit akuten Hautverschlechterungen etwas ändern? Falls ja, was möchten Sie ändern?*“

Tabelle 20: Antwortkategorien Intentionen zur Therapie

| Kann keine Intention formulieren | Will im Umgang mit Juckreiz/ Hautverschlechterungen nichts verändern | Anderer Umgang mit Juckreiz | | Spezifische Externa auf Hautzustand abgestimmt (ohne Cortison) | | Allgemein andere therapeutische Externa / Cortisonersatz | |
|----------------------------------|--|-----------------------------|------|--|------|--|------|
| | | konkret | vage | konkret | vage | konkret | vage |
| E, H | K | M, | N, E | A, L, I | D, N | M, A, K, J, I, F | G |

Für Frau H und Herr E war es schwierig, zu formulieren, wie sie sich zukünftig bei akuten Hautverschlechterungen verhalten wollen, wie folgende Gesprächspassage belegt:

Interviewer: Haben Sie sich etwas vorgenommen, wenn mal wieder eine Verschlechterung kommt? Wollen Sie dann irgendetwas anders machen?

Herr E: reagiert mit unsicherer Nachfrage, leider auf Tonband unverständlich

Interviewer: Ich meine jetzt Ihre Haut, also, wenn es mal schlechter werden sollte... Wollen Sie dann anders damit umgehen?

Herr E: Also, ich wüsste schon, was ich dann machen müsste...

Interviewer: Was würden Sie dann tun?

Herr E: Also, das, was ich dann hier auch gemacht habe... Es gibt so wie Bäder, Ölbad und sowas, dann würde ich sowas dann wieder vorziehen... und ... auf der Arbeit ist das dann ein bisschen schlechter. Denn ich arbeite ja schon seit 10 Jahren so, oder etwas über 10 Jahre schon so... und wenn es schmerzt ich arbeite da weiter, weil ich mich daran gewöhnt habe.

Interviewer: Aber um das in den Griff zu kriegen würden Sie dann auch nichts anders machen, als Sie es vorher gemacht haben?

Herr E: Ja.

Interviewer: Das würden Sie so weiter machen?

Herr E: Ja.

Interviewer: Da haben Sie vor allem ja diese Ölbäder, davon haben Sie ja berichtet...

Herr E: Ja, Ölbäder ne.
Interview t2, Herr E, Zeile 36 ff

Herr E scheint Interventionsmöglichkeiten, die er im Rahmen des stationären Heilverfahrens kennengelernt hat, im Falle der akuten Hautverschlechterung anwenden zu wollen: „... Also, das, was ich dann hier auch gemacht habe... ..“ findet aber keine Formulierungen für diese Gedanken. Der Interviewerin gelingt es nicht, passende Frageformulierungen zu wählen, die es Herrn E ermöglichen, seine Interventionsvorstellungen konkreter zu be-

nennen, was in den kurzsilbrigen Antworten im letzten Teil des Gesprächsausschnitts deutlich wird.

Betrachtet man die generierten Antwortkategorien, in denen Intentionen zum zukünftigen Therapieverhalten formuliert werden, so scheint es, dass die Substitution von Cortisonexterna für die Befragten von besonderem Interesse ist. Sechs der 14 Interviewpartner geben an, zukünftig eher auf Cortison verzichten zu wollen und die während des stationären Heilverfahrens kennengelernten Alternativen stattdessen einsetzen zu wollen:

Interviewer: Was haben Sie vorher gemacht, wenn Sie merkten es wird schlimmer?

Frau F: Ja, dann habe ich meistens Cortisonsalben bekommen, auch sofort vom Arzt. Oder auch Cortisontabletten. Ja, das wird eben nicht mehr sein.

Interviewer: Was wollen Sie jetzt tun?

Frau F: Wenn es extrem juckt, oder so, dann würde ich wieder diese Schüttelmixtur nehmen, die ich bekommen habe. Und ich kriege ja auch die Tabletten, werde ich auf alle Fälle durchführen und auch weiternehmen, so lange wie ich sie nehmen soll. Weil ich dadurch ja auch merke, dass die Schübe weniger werden.
Interview t2, Frau F, Zeile 20 ff

Deutlich wird in diesem Zusammenhang, dass mit dem bisherigen Einsatz von Cortison unter Umständen Ängste einhergingen, der Haut eher zu schaden. Die kennengelernten therapeutischen Alternativen werden hingegen positiver empfunden:

Interviewer: Wenn es jetzt zu einer Verschlechterung kommen sollte, was würden Sie dann anders machen, als Sie es vorher gemacht haben?

Herr I: Ich sage mal so, vorher da hätte ich nicht so drauf geachtet, die Cremes anzuwenden. Da habe ich mir gedacht: Das tut jetzt weh! Da mache ich jetzt erst mal nix dran, mal gucken. Jetzt, hm, ja gut. Ich hatte ja auch nicht die Möglichkeiten, die ich jetzt habe, mit den Cremes, weil ... zur Not habe ich Cortison drauf gemacht. Das lasse ich jetzt erst mal ganz bleiben. Und das auch nur ganz wenig... Und jetzt kriege ich ja Mittel mit, die ich ja sofort anwenden kann. Wo ich weiß, dass schädigt die Haut nicht.
Interview t2, Herr I Zeile 6 ff.

Der adäquate Einsatz der therapeutischen Externa wird teilweise auch als Lernprozess aufgefasst:

Interviewer Ja?

Frau A (...), sondern da kann ich dann vielleicht auch selbst ein bisschen gucken, was mir gerade im Moment gut tut. Ob jetzt Schüttelmixtur oder lieber fettig, lieber trocken... Muss man halt so ein bisschen lernen auch die nächste Zeit, wie man (...)die Gradwanderung vollbringt.
Interview t2 Frau A, Zeile 29 ff.

Ein ähnliches Bedürfnis nach schonenden, aber wirkungsvollen therapeutischen Alternativen lässt sich auch beim Umgang mit Juckreiz feststellen. In dem folgenden Interviewausschnitt werden die kennengelernten Alternativen bevorzugt, weil sie scheinbar weniger negativ assoziierte Nebenwirkungen haben als die bisher angewandte systemische Juckreiztherapie:

Interviewer: Haben Sie Impulse bekommen, was den Umgang mit Juckreiz angeht? Hatten Sie da Probleme?

Frau M. Ja ... also, ich hatte bis jetzt immer das Problem, dass ich mich nicht zurückhalten konnte, sobald es an den Juckreiz oder sobald ich gemerkt habe, es fängt an zu jucken! Klar die Name des Medikaments die ich jetzt hier abends immer nehme, vorm Schlafengehen, die hilft natürlich auch. Gut ist jetzt aber nicht das was ... was ich jetzt immer nehmen könnte, wenn jetzt plötzlich Juckreiz kriegen würde. Oder zu Hause, würde ich mir nicht jedes Mal eine Tablette einschmeißen, wollen. Weil die Dinger machen dann ja irgendwann mal müde und irgendwann kann man die ... ich weiß nicht ... auch nicht fünfzig Mal am Tag nehmen! Im übertriebenen Sinne! Und ... ich werde mir jetzt auf jeden Fall so ein Linsenbad für zu Hause kaufen! Das ich bei mir in den Kühlschrank stellen werde. Auf der Arbeit habe ich Kühlkompressen um die Ecke die brauche ich eigentlich nur aus dem Schrank nehmen. Und so ... werde ich das erst mal versuchen, dass das erst mal klappt.
Interview t2, Frau M, Zeile 61 ff

Zwei Interviewte gaben an, vor Aufnahme in das stationäre Heilverfahren Juckreiz vornehmlich durch Kontakt mit heißem Wasser bekämpft und dies als sehr befriedigende Möglichkeit empfunden zu haben.

Interviewer: Umgang mit Juckreiz, haben Sie da irgendwie was mitgenommen, aus den Seminaren, oder Gespräche mit anderen?

Herr K: (...) Oder, bei mir war es immer ganz toll, die Hände dann unter heißes Wasser zu halten und das werde ich auch weiterhin wahrscheinlich mal tun. Weil das einfach so ein befriedigendes Gefühl ist. Der Juckreiz ist weg danach, aber ... Es gibt da eigentlich keine andere Möglichkeit, dann.

Interviewer: Also, Sie haben da jetzt keine Anregungen für sich gefunden, wo Sie denken, das könnte ich mal probieren?

Herr K: Eher weniger.
Interview t2, Herr K Zeile 45 ff

Interviewer: Haben Sie da irgendwas mitgenommen, was Sie ändern möchten im Umgang mit dem Juckreiz?

Herr E: Ja, wie ich das Einstellen kann... Wie ich das zurückhalten könnte, ja. Solche Sachen... Da sind einige Sachen bei, die man dafür nehmen kann, ja. Bei mir war das ja immer das Problem, wenn ich heißes Wasser drunter komm, ging ich da auch nicht mehr drunter weg, dann reibe ich natürlich so lange bis es wehtut dann.
Interview t2 Herr E Zeile 79 ff

Während Herr K die im Heilverfahren kennengelernten Alternativen zur Minderung des Juckreizes nicht mit der gleichen Befriedigung assoziiert und diese im Vorfeld bereits ablehnt, will Herr E dieses Verhalten zukünftig einstellen:

Interviewer: Und was haben Sie sich jetzt alternativ überlegt?

Herr E: Das mache ich nicht mehr!

Interviewer und Herr E: lachen

Interview t2 Herr E Zeile 81 ff

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Mehrheit (n = 10) der Gesprächspartner Intentionen zu einem veränderten Umgang mit akuten Hautverschlechterungen formuliert. Sieben Gesprächspartner äußern ihre Vorhaben konkret, fünf Gesprächspartner bleiben in ihren Intentionen zu Therapie eher vage bzw. können ihre Ideen nicht in eine verbale Formulierung überführen. Die Mehrheit der Gesprächspartner berichten über eine gesteigerte Handlungskompetenz in Bezug auf den Umgang mit akuten Hautverschlechterungen, wie folgende Textpassagen verdeutlichen:

Interviewer (...) Wenn ein akuter Schub auftritt, werden Sie damit zukünftig anders umgehen?

Frau A Ja, auf jeden Fall. Weil ich jetzt denke einfach: Ich hab adäquate Cremes dafür! .. Ich muss mich da nicht drauf verlassen, das mir irgendeiner eine Kortison-Creme gibt, sondern da kann ich dann vielleicht auch selbst ein bisschen gucken, was mir gerade im Moment gut tut.

Interview t2 Frau A Zeile 26 ff

Interviewer: Was würden sie jetzt anders machen, wenn es jetzt so akut mal schlechter wird?

Herr L: Also, ich weiß jetzt schon mal, wie ich die zu pflegen habe. Und so ... eben auch diese medizinischen Vorträge ... wenn es feucht ist, dass es dann ausgetrocknet wird. So und ... dem sehe ich eigentlich ganz gelassen entgegen.

Interview t2 Herr L, Zeile 17 ff.

Zum Zeitpunkt t1 wird von der Mehrheit der Befragten zur Behandlung akuter Hautverschlechterungen Cortison eingesetzt, gleichzeitig steht die Mehrheit der Befragten diesem Cortisoneinsatz eher negativ gegenüber (siehe Teil II, Kapitel 2.1.4). Diese eher ablehnende Haltung gegenüber Cortison erklärt, dass die kennengelernten therapeutischen Alternativen vornehmlich positiv beurteilt werden und von der Mehrheit der Interviewten als Verhaltensalternative im Umgang mit akuten Hautverschlechterungen intendiert werden.

2.2.5 Quellen der Intentionen zum Hautschutzverhalten

Wie in Kapitel 3.1 erläutert, ist es aus gesundheitspädagogischer Perspektive interessant, zu erfahren, aus welchen Quellen die Interviewpartner ihre Anregungen zum Hautschutz beziehen. Auf Basis dieses Wissens können Strategien (weiter)entwickelt werden, die darauf abzielen, die Patienten in ihrem Prozess der Verhaltensänderung zu unterstützen.

Tabelle 21 gibt einen Überblick über die genannten Quellen, die für die Gesprächspartner bei der Bildung ihrer persönlichen Intentionen zum Hautschutz maßgeblich waren. Insgesamt wurden acht Quellen genannt, wobei das Hautschutzseminar mit elf Nennungen mit Abstand am häufigsten genannt wurde. Von den elf interviewten Patienten, die das Hautschutzseminar als Quelle ihrer Anregung zum veränderten Hautschutzverhalten benennen, gaben acht Gesprächspartner mindestens eine weitere Quelle an. Häufig wurde das *Hautschutzseminar* als die wichtigere Quelle empfunden:

Herr C Nö, also der (meint den behandelnden Arzt während des stationären Aufenthalts) hat natürlich auch Anregungen gegeben. Klar, aber am interessantesten war es wie gesagt bei .. in diesen Seminaren! Bei der(Name der Seminarleitung), das war richtig gut! Da war die Stunde manchmal sogar zu kurz!
Interview t2, Herr C Zeile 79 ff

Herr K: Ja, in den Hautschutzseminaren auf jeden Fall. Ich weiß, was ich vorher falsch gemacht habe. Was ich jetzt besser machen muss. Hautschutz auf der Arbeit, Hautpflege daheim! Das war mir vorher nicht so bewusst, wie das abläuft. Und, das kann ich jetzt auf jeden Fall besser!
Interview t2, Herr k, Zeile 32 ff

Tabelle 21: Quellen der Hautschutzintentionen

| Patienten-reader | Pflege-personal | Med. Vorträge | Soziales Umfeld | Hand-schuhbe-ratung | Haut-schutz-seminar | Mitpatienten | Arzt |
|------------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------------|---------------------------------|--------------|---------------|
| N | K, I | I | C | M, C | L, C, B, A, K, N, J, E, G, H, F | M, C, D | M, C, A, J, F |

Erkennen lässt sich in diesem Zusammenhang die Bedeutung einer möglichst anschaulichen Aufbereitung der Inhalte zum Hautschutz. So wird von einigen Interviewpartnern geschildert, dass besonders die konkrete Darstellung von Hautschutzmaßnahmen und ihrer Wirkung während der Hautschutzseminare sich positiv auf die eigene Intentionsbildung ausgewirkt hat:

Interviewer: Woher stammen jetzt ihre Anregungen zum veränderten Hautschutz?

Herr L: Das kam mehr von dem Seminar. Das ist dann ja auch so praktisch vorgeführt worden, wie das dann funktioniert, ohne und mit ... und so. Das ist doch schon gut gewesen, ja.

Interviewer: Haben Sie aus dem Seminar etwas besonders in Erinnerung behalten, was sich besonders eingeprägt hat?

Herr L: Ja, die Handreinigung zum Beispiel. Das es auch ohne Wasser ... einfach mit der Creme ... und Taschentuch oder Zewa und dann ist die Hand sauber ohne Wasser. Weil auf dem Bau kommt es ja eben oft vor, dass man kein Wasser zur Verfügung hat.
Interview t2, Herr L, Zeile 76 ff

In diesem Gesprächsausschnitt berichtet Herr L über die praktische Darstellung der Anwendung und Wirkung von Hautschutzcreme für Arbeitsbereiche mit starken Verschmutzungen. Die anwenderorientierte Darstellung bewirkte bei Herrn L eine Änderung in der Handlungsergebniserwartung (Schwarzer 2004), denn er ist nun über eine wirksame Handlungsalternative, die eine schonende Reinigung der Hände ermöglicht, informiert. Für Herrn L mündet dies in die Intention, diese Möglichkeit des Hautschutzverhaltens für sich umzusetzen:

Herr L: Ja, eben diese Hautschutzcreme, damit man, wenn man dann mal ohne Handschuhe da arbeitet, dass der Dreck leichter von den Händen zu entfernen ist. Und nicht so oft die Hände waschen!
Interview t1, Herr L, Zeile 49 ff.

Auch andere Gesprächspartner berichten darüber, wie nachhaltig sie von den anschaulichen Demonstrationen im Rahmen des Hautschutzseminars beeindruckt waren:

Frau J: Also, wie die uns das demonstriert haben, wie die Haut reagiert, nach dem Waschen, und überhaupt mit Spüli mal eben kurz die Hände abwaschen! Selbst beim Gehacktem – sage ich mal – kneten, trage ich jetzt Handschuhe!

Und einige Zeilen später:

(...) Also, die Schulungen haben dann das noch mal unterstrichen, was die Ärzte einem eigentlich versucht haben einem zu sagen. Hauptsächlich muss ich sagen, war der Umschwung da, bei den Seminaren! Da hat man noch mal auch verstanden, weil das ja auch deutlich gezeigt wurde am Beamer, wie das alles eigentlich aussieht, und wie schädlich alles ist und ... Und da kam noch mal richtig noch mal ordentlich was rüber, wo man sagt: Jetzt wissen wir auch warum!
Interview t2, Frau J Zeile, 31 ff. und 51 ff

Im ersten Gesprächsteil berichtet Frau J von einem Experiment, welches die Wirkung von Detergenzien mit hohem pH-Wert auf den Wasser-Fett-Film der Haut verdeutlicht. Für Frau J wirkte sich diese Demonstration nachhaltig auf ihre Risikowahrnehmung (Schwarzer 2004) aus. Sie zog daraus die Konsequenz, die Zahl der Händewaschungen durch

vermehrten Handschuheneinsatz zu reduzieren: „Selbst beim Gehackten (...) kneten trage ich jetzt Handschuhe!“. Interview t2, Frau J, Zeile 31 ff..

2.3 Hautschutzverhalten zum Zeitpunkt t3

Der dritte Gesprächstermin (= Zeitpunkt t3) fand im Anschluss an die ca. zwei- bis dreiwöchige Arbeitskarenz statt, welche alle Teilnehmer in ihrem häuslichen Umfeld verbrachten. Im Rahmen dieses dritten Interviews sollte ermittelt werden, welche Auswirkungen die stationäre Rehabilitation aus Sicht der Interviewpartner auf das eigene Hautschutzverhalten und den Umgang mit der Hauterkrankung im häuslichen Umfeld hatte. Die Antworten auf die Leitfragen: „Haben Sie zu Hause bereits Hautschutzmaßnahmen umgesetzt, die Sie hier kennengelernt haben?“ „Welche Hautschutzmaßnahmen haben Sie zu Hause bereits umgesetzt?“ bildeten überwiegend die Basis der Analysen. Zusätzlich soll ein Abgleich zwischen dem beschriebenen Hautschutzverhalten während der Arbeitskarenz und den formulierten Intentionen zum Zeitpunkt t2 erfolgen.

Am dritten Gesprächstermin nahmen von den 14 Gesprächspartnern zum Zeitpunkt t1 und t2 zwölf Gesprächspartner teil. Lediglich mit Herrn C und Herrn E konnte zu diesem Zeitpunkt kein Interview geführt werden.

Im Rahmen der Gespräche wird deutlich, dass 3/4 der Interviewpartner (n = 9) während der Arbeitskarenz viele Gedanken und viel Zeit in den richtigen Umgang mit der Hauterkrankung investiert haben:

Interviewer Ihr Aufenthalt bei uns ist jetzt dreieinhalb Wochen her. Wie ist es Ihnen zu Hause ergangen?

Frau A Gut. Ich bin gut zu Recht gekommen

Interviewer Haben Sie auch über das ein oder Andere nachgedacht?

Frau A Ja, sicher. Ja, über die ganzen 4 Wochen die ich so hier war, sowieso und ganz besonders immer im Zuge der „Schmiererei“, nenn ich das jetzt mal so ganz lapidar, dann eben viel auch an die Behandlungen gedacht oder darüber nachgedacht, wie jetzt man was wohl richtig macht.
Interview t3 Frau A, Zeile 1 ff.

I Haben Sie über das ein oder andere zu Hause noch mal nachgedacht?

Herr D Ja, viel! Jetzt allein mit den Handschuhen

I Ja? Worüber haben Sie sich Gedanken gemacht zu Hause?

Herr D Quasi, dass ich mich jetzt auch richtig pflege

I Haben Sie da jetzt was verändert?

Herr D: Also, ich brauche jetzt länger im Badezimmer als meine Frau ... (Gelächter). Allein mit den Salben und so, mit dem Eincremen Aber es hilft.
Interview t3, Herr D, Zeile 4 ff.

Drei Interviewpartner gaben an, sich zu Hause gedanklich kaum mit Hautschutz und Therapie beschäftigt zu haben, dennoch aber die kennengelernten Therapie- und Schutzmaßnahmen umgesetzt zu haben:

Interviewer: Haben Sie über das ein oder andere noch mal nachgedacht, was hier so gelaufen ist? Haben Sie paar Sachen noch mal Revue passieren lassen?

Herr N: Nicht direkt.

Interviewer: Von den Dingen, die Sie hier jetzt so kennengelernt haben, was haben Sie zu Hause umgesetzt?

Herr N: Was habe ich zu Hause umgesetzt? Ja, eigentlich die ganze Austrocknerei, das habe ich ja vorher nicht gemacht, die ganzen Bäder ... Handbäder und so. Ja, und mit der Schüttelmixtur zum Beispiel, ist ja auch extra zum Austrocknen gedacht. Sowas habe ich halt immer hauptsächlich angewandt, was ich vorher nicht gemacht habe.
Interview t3 Herr N Zeile 17 ff

Die nachfolgenden Ergebnisdarstellungen werden entsprechend der in den vorausgegangenen Kapiteln bereits vorgenommenen Gliederung des Hautschutzverhaltens in *Eincremen*, *Therapie*, *Handschuhe* und *Hautreinigung* erfolgen.

2.3.1 Eincremeverhalten zum Zeitpunkt t3

Diese Kategorie beinhaltet den Umgang mit Hautschutz- und Hautpflegecreme bzw., wenn eine Zuordnung hier nicht möglich ist, dem Eincremen allgemein. Zum Zeitpunkt t3 werden von sieben der zwölf Interviewpartner Angaben gemacht, die sich dieser Kategorie zuordnen lassen. Dies liegt in der Tatsache begründet, dass die Mehrzahl der Befragten das Eincremen während der Arbeitskarenz eher unter therapeutischen Aspekten betrachtete, so dass entsprechende Aussagen der Kategorie *Therapieverhalten* zugeordnet wurden. Generell wurden während der Zeit der Arbeitskarenz hautbelastende Tätigkeiten, die unter anderem einen Einsatz von Hautschutzcremes erforderlich gemacht hätten, von den Interviewpartnern eher nicht durchgeführt, wie die folgende Aussage von Herrn L verdeutlicht:

Interviewer: Sie sagten jetzt das mit den Cremes haben Sie verstärkt jetzt eingesetzt. Gibt es andere Dinge, die Sie jetzt umgesetzt haben, von Dingen, die Sie sich vorgenommen hatten?

Herr L: Ja, noch war ja nicht viel. War ich ja nur zu Hause. Das Arbeiten, das kommt ja jetzt erst noch.
Interview t3, Herr L, Zeile 50 ff

Dieses Verhalten entspricht den ärztlichen Empfehlungen für die Zeit der Arbeitskarenz, um der Haut eine möglichst vollständige Regeneration zu ermöglichen (vgl. Skudlik 2007, Diepgen 2012). Lediglich Frau J berichtet im Rahmen von Hausarbeitstätigkeiten über den vermehrten Einsatz von Hautschutzcreme/-pflegecreme, welche sie vor der Reha-Maßnahme nicht in der Form berücksichtigt hatte:

Interviewer: (...)Was von den Dingen, die Sie hier jetzt kennengelernt haben, haben Sie jetzt umgesetzt?

Frau J: Ja, also umgesetzt in dem Sinne, dass man eben ... Baumwollhandschuh ist Muss! unter den Vinyl- oder Nitrilhandschuhen, Haushaltshandschuh! Ja, und ... das es eben unerlässlich eben ist. Und dann eben unerlässlich auch eben dieses Hautschutzgel. Weil, wenn ich normal Handschuhe anziehe, ohne dieses Gel, dann schwitzen die Hände, dann bin ich pitschenass drin. Also, dass habe ich hier gelernt, und wenn ich das nicht umsetze, dann habe ich wieder ...
Interview t3, Frau J, Zeile 14 ff.

Und später:

Frau J: Vorher habe ich mal Baumwollhandschuhe drunter angezogen, wenn ich längere Zeit nur gearbeitet habe, ansonsten war ich schludriger.(...) Hautschutzgel gar nicht! Dann oftmals mit Pflaster verklebten Fingerkuppen, weil die ständig offen waren. Eincremen nicht wirklich immer, nachdem man sich die Hände gewaschen hat. Das mache ich jetzt immer!
Interview t3, Frau J, Zeile 17 ff.

Entsprechend wenig Aussagen konnten konkret der Antwortkategorie *Eincremen* zugeordnet werden, wie Tabelle 22 verdeutlicht.

Tabelle 22: Antwortkategorien im Bereich Eincremen zum Zeitpunkt t3

| Mehr eingecremt als vor der Reha | Externa werden hautspezifisch gewählt | Hautpflegecreme mehr eingesetzt | Mehr Hautschutzcreme eingesetzt | Anzahl des Eincremens wie vor der Reha, allerdings Präparat ausgetauscht |
|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| B,L,N, J, F | M,J, | J,L, | J | G |

Von den fünf Interviewpartnern, die zum Zeitpunkt t2 im Bereich Hautpflege konkrete Intentionen formulierten, gaben vier Befragte an, allgemein mehr eingecremt zu haben, als dies vor dem stationären Heilverfahren noch der Fall gewesen war. Aussagen, die dieser Antwortkategorie zugeordnet wurden, wiesen häufig Überschneidungen zwischen therapeutischem und pflegerisch intendiertem Eincremeverhalten auf, wie folgende Textauschnitte belegen:

Interviewer: Wie viel mehr haben Sie im Vergleich zu früher ihre Hände eingecremt?

Herr B: Also, jetzt vier Mal am Tag mehr, weil ich ja auch die bestimmten Salben mehrmals am Tag draufmachen muss. Das habe ich schon eingehalten

Interviewer: Und vorher haben Sie nur einmal am Tag eingecremt?

Herr B: Da habe ich abends mal, nur nach der Arbeit mal Hautpflege aufgetragen. Jetzt musste ich ja nun auch diese Salben auftragen, die ich von hier gekriegt hatte.
Interview t3 Herr B, Zeile 4 ff.

Interviewer: Wie machen Sie das jetzt mit den Cremes. Haben Sie da auch etwas verändert im Vergleich zu vorher?

Frau F: Ja, klar! Soviel gecremt habe ich ja nie! Man hat ja schon immer diese Hautpflege durchgeführt, aber dieses zwischenzeitliche Cremen, dieses vom Arzt verordneten Salben, die müssen ja auch noch alle aufgetragen werden! UND die Pflege muss gemacht werden. Also, man ist eigentlich ständig am Cremen!

Interviewer: Wie oft cremen Sie jetzt am Tag so die Hände ein?

Frau F: Also zweimal mit der einen Salbe. Wenn ich Jucken habe, kommt da zwischendurch die Mix-Tinktur drauf, dann nehme ich auch zwischendurch noch die Zinkpaste, wenn es dann wieder extremer wird. Dann mache ich die Pflege! Eigentlich, würde ich mal sagen so.... geht das alle zwei Stunden creme ich meine Hände.

Interviewer: (...) Dann wären das jetzt so in etwa 8mal am Tag die Hände eincremen?

Frau F: Ja, mindestens! Also... Das ist das mindeste! Und zur Nacht ist das dann ja auch noch drauf!
Interview t3, Frau F, Zeile 24 ff

Von den Interviewpartnern, die konkrete Intentionen im Bereich der Hautpflege zum Zeitpunkt t2 formulierten, äußerten zwei ganz konkret, vermehrt die Hautpflege in der Zeit der Arbeitskarenz eingesetzt zu haben. Von den drei Interviewpartnern, die zum Zeitpunkt t2 nur vage Intentionen zum Umgang mit Hautpflegecreme formulierten, gab nur Herr L an, sich während der Arbeitskarenz mehr eingecremt zu haben, als dies vor dem stationären Heilverfahren der Fall war:

Interviewer: Sie sagten jetzt gerade, mit den Cremes. Cremen Sie sich mehr die Hände ein als Sie es vorher getan haben?

Herr L: Mehr als vorher! Ja, doch

Interviewer: Und welche Creme benutzen Sie? (...)

Herr L: Das war ja jetzt hier dieses, dieses Physiogel, und dann auch diese normale Hautcreme, Lotion. Die da ist. Die mehrfach am Tag.
Interview t3, Herr L, Zeile 20ff

2.3.2 Intentionen zum Eincremeverhalten zum Zeitpunkt t3 und tatsächliches Eincremeverhalten

Aufgrund der Tatsache, dass die Mehrheit der Aussagen zum *Eincremen* sich auf die Therapie beziehen, ist ein Abgleich zwischen Intentionen zum Zeitpunkt t2 und tatsächlichem Umgang mit Hautschutz- und Hautpflegecreme zum Zeitpunkt t3 nur eingeschränkt möglich. In Tabelle 23 sind Intentionen (Zeitpunkt t2) und tatsächliches Verhalten (Zeitpunkt t3) gegenübergestellt. Von den acht Interviewpartnern, die konkrete Intentionen zur Anwendung von Hautschutz- und/oder Hautpflegecreme zum Zeitpunkt t2 formulierten (siehe Tabelle 15), gaben vier Interviewpartner an, sich insgesamt mehr eingecremt zu haben, als dies vor dem stationären Heilverfahren der Fall war (Herr B, Herr L, Frau J, Frau F). Bei den übrigen vier Interviewpartnern beziehen sich die Äußerungen zum Eincremen eher auf die Therapie, so dass an dieser Stelle keine Analyse erfolgt. Von den Gesprächspartnern, die ausschließlich vage Intentionen zum *Eincremen mit Hautschutz- bzw. Hautpflegecreme* äußerten (Herr N, Herr D, Frau H), äußerte nur Herr N, sich mehr eingecremt zu haben. Herr D machte keine interpretierbaren Aussagen zu dieser Kategorie, Frau H gab an, die Präparate ausgetauscht zu haben, aber an der Cremefrequenz nichts verändert zu haben:

Interviewer: Speziell noch mal mehr gecremt, oder irgendwas anders gemacht?

Frau H: Nö. Einfach normal weiter gecremt.

Interviewer: So wie Sie es vorher auch schon gemacht haben?

Frau H: Ja.

Interviewer: Haben Sie die gleichen Cremes benutzt, wie Sie auch schon vor Ihrem Aufenthalt hier hatten, oder haben Sie jetzt andere Cremes benutzt.

Frau H: Nein, andere. Also ... DAs was ich ja hatte war ja Cortison. Das habe ich sofort weggeschmissen als ich zu Hause war.
Interview t3, Frau H, Zeile 27 ff

Tabelle 23: Übersicht Intentionen zum Eincremen zum Zeitpunkt t2 – Eincremeverhalten zum Zeitpunkt t3

| Interviewte | Intentionen zum Eincremen zum Zeitpunkt t2 (n = 14) | Einsatz von Schutz- und Pflegecreme zum Zeitpunkt t3 (n = 12) |
|-------------|--|---|
| Frau M | Sieht kein Verbesserungspotenzial im Bereich Schutz- und Pflegecreme | Externa werden spezifisch gewählt |
| Herr C | Konsequenter Hautschutzcreme anwenden (±) Eincremen allgemein ändern (++) | Kein Interview zu t3 |
| Herr D | Konsequenter Hautpflegecreme anwenden (±) | Keine Angaben |
| Frau A | Konsequenter Hautschutzcreme anwenden (++) | Aussagen zum Eincremen beziehen sich eher auf die Therapie |
| Herr B | Sieht kein Verbesserungspotenzial im Bereich Hautschutzcreme (=) Konsequenter Hautpflegecreme anwenden (++) | Mehr eingecremt als vor der Reha |
| Herr L | Konsequenter Hautschutzcreme anwenden (±) Konsequenter Hautpflegecreme anwenden (++) | Mehr eingecremt als vor der Reha; explizit mehr Hautpflege angewendet |
| Frau J | Konsequenter Hautschutzcreme anwenden (±) Konsequenter Hautpflegecreme anwenden (++) | Mehr eingecremt als vor der Reha, sowohl mit der Hautpflege- als auch mit der Hautschutzcreme |
| Frau G | Konsequenter Hautpflegecreme anwenden (++) Eincremen allgemein ändern (++) | Aussagen zum Eincremen beziehen sich nur auf die Therapie |
| Frau H | Konsequenter Hautschutzcreme anwenden (±) Eincremen allgemein ändern (±) | Genauso viel gecremt wie vor der Reha nur Präparate ausgetauscht. |
| Herr E | Eincremen allgemein ändern (±) | Kein Interview zu t3 |
| Herr K | Konsequenter Hautschutzcreme anwenden (++) Konsequenter Hautpflegecreme anwenden (++) | Aussagen zum Eincremen beziehen sich auf Therapie |
| Herr I | Konsequenter Hautschutzcreme anwenden (++) | Aussagen zum Eincremen beziehen sich eher auf Therapie |
| Herr N | Sieht kein Verbesserungspotenzial im Bereich Hautpflegecreme Konsequenter Hautschutzcreme anwenden (±) | Mehr eingecremt als vor der Reha |
| Frau F | Konsequenter Hautpflegecreme einsetzen (++) | Mehr eingecremt als vor der Reha |

2.3.3 Therapieverhalten zum Zeitpunkt t3

Im Rahmen der Interviewanalysen zum Therapieverhalten während der Arbeitskarenz (= t3) konnten insgesamt fünf Antwortkategorien generiert werden, welche in Tabelle 24 dargestellt sind.

Tabelle 24: Antwortkategorien Therapieverhalten zum Zeitpunkt t3

| Therapie wie in der Reha fortgeführt | Konnte akute Hautverschlechterungen ohne Cortison behandeln | Bestrahlung in Arztpraxis fortgeführt | Umgang mit Juckreiz konnte verbessert werden | Bei akuten Hautverschlechterungen allgemein mehr gecremt (unspezifisch) |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------|--|---|
| A, D, B, L, M, I, K, N, G, F | A, D, L, M, I, H | A, L, M, I, F | D, M, K | H |

Wie in Kapitel 2.3.1 bereits erläutert, spielte bei der Mehrheit der Befragten der Einsatz von Hautschutzcreme zum Zeitpunkt t3 eine eher untergeordnete Rolle, da in der Regel Tätigkeiten, die einen Schutz der Haut erforderlich gemacht hätten, entsprechend der ärztlichen Anweisung vermieden wurden:

Interviewer: Sie sagten jetzt das mit den Cremes haben Sie verstärkt jetzt eingesetzt. Gibt es andere Dinge, die Sie jetzt umgesetzt haben, von Dingen, die Sie sich vorgenommen hatten?

Herr L : Ja, noch war ja nicht viel. War ich ja nur zu Hause. Das Arbeiten, das kommt ja jetzt erst noch.

Interviewer: Also da hatten Sie jetzt keine Situationen, wo Sie vorher keinen Hautschutz betrieben haben, aber seit ihrem Aufenthalt doch?

Herr L: Zu Hause, jetzt im Augenblick nicht. War nichts. Ist ja auch nicht das Wetter für.
Interview t3, Herr L, Zeile 50 ff.

Anders stellt sich die Kategorie *Therapie* dar. Alle zwölf Gesprächsteilnehmer äußern sich zu ihrem Therapieverhalten, was darauf schließen lässt, dass dieser Verhaltensbereich während der Arbeitskarenz von hoher Relevanz für die Interviewpartner war. Zwar bleiben einige Interviewpartner recht unspezifisch in ihren Darstellungen zur Therapie:

Interviewer: Und mit der Haut? Wie waren Sie da zufrieden?

Frau H: Ja ... Bis vielleicht auf ein, zwei Stellen, da hatte ich dann mal so kleine Probleme, aber ... Sonst war alles okay.

Interviewer: Und wenn Sie dann Probleme hatten, was haben Sie dann gemacht? Haben Sie das speziell behandelt?

Frau H: Ja, immer wieder eingecremt.

Interviewer: Mit anderen Cremes, als Sie vorher hatten? Haben Sie das jetzt anders behandelt, als Sie es vorher behandelt hatten?

Frau H: Nee, die Cremes, die ich hier auch bekommen habe.

Interviewer: Kannten Sie die schon, oder erst seit dem Sie hier waren?

Frau H: Nein, erst seit dem ich hier war.

Interviewer: Und, hatten Sie den Eindruck, das hilft?

Frau H: Ja.
Interview t4, Frau H, Zeile 10 ff.

und einige Zeilen später:

Interviewer: Haben Sie die gleichen Cremes benutzt, wie Sie auch schon vor Ihrem Aufenthalt hier hatten, oder haben Sie jetzt andere Cremes benutzt.

Frau H: Nein, andere. Also ... DAs was ich ja hatte war ja Cortison. Das habe ich sofort weggeschmissen als ich zu Hause war.

Interviewer: Ja. Also Cortisoncreme haben Sie jetzt gar nicht mehr eingesetzt?

Frau H: Nein.
Interview t3, Frau H, Zeile

Dennoch wird deutlich, dass eine Verhaltensänderung bei akuten Hautverschlechterungen (hier der Verzicht auf cortisonhaltige Externa) stattgefunden hat. Andere Gesprächspartner empfanden die richtige Fortführung der Therapie und Pflege, wie sie während des stationären Heilverfahrens begonnen wurde, als sehr wichtig. So wird beispielsweise betont, sich während der Arbeitskarenz gedanklich viel mit der Therapiefortführung beschäftigt zu haben:

Interviewer: Haben Sie auch über das ein oder Andere nachgedacht? I

Frau A Ja, sicher. Ja, über die ganzen 4 Wochen die ich so hier war, sowieso und ganz besonders immer im Zuge der „Schmiererei“ nenn ich das jetzt mal so ganz lapidar, dann eben viel auch an die Behandlungen gedacht oder darüber nachgedacht, wie jetzt man was wohl richtig macht.
Interview t3, Frau A, Zeile 3 ff.

Andere bringen ihre Therapietreue durch Betonung, die Therapiezeiten eingehalten zu haben, zum Ausdruck:

Interviewer: Also, die Therapie, die hier angefangen wurde, haben Sie zu Hause dann ...

Herr I: Jeden Tag fortgeführt! Fast die identisch gleichen Uhrzeiten. Also, daran kann es nicht gelegen haben (lacht).
Interview t3, Herr I, Zeile 27 ff

Auch zeigt sich, dass die Eigenverantwortung für die „richtige Auswahl“ der therapeutischen Externa als belastend empfunden werden kann. Tritt jedoch im Anschluss eine Besserung der Hauterscheinungen ein, wird diese Verbesserung der eigenen therapeutischen Handlungskompetenz zugeschrieben und stärkt das Selbstvertrauen, wie der Gesprächsausschnitt mit Frau A dokumentiert:

Frau A (...) das fing hier schon an, akut Bläschenalarm! Und das machte natürlich zu Hause auch nicht halt nur weil ich wieder zu Hause war. Da hab ich dann vor den Tiegeln gestanden ...Ach du Scheiße ... Jetzt hast du gar keinen den Du fragen kannst, jetzt musst Du erst mal gucken. Und dann habe ich gedacht: So, jetzt erst mal ganz ruhig! Du kannst da nicht viel verkehrt machen! Jetzt machst du's so wie du es gelernt hast. So ganz konsequent so, ich sag mal wie so'n Schüler, der jetzt nach Schema-F anwendet. Hat geklappt! Hat geholfen!
Interview t3, Frau A, Zeile 6 ff.

Die Bedeutung dieser Therapietreue wird auch deutlich bei der Betrachtung der generierten Antwortkategorien (siehe Tabelle 24): Von zwölf Gesprächspartnern geben zehn an, die Therapie so fortgeführt zu haben, wie sie diese während das stationären Heilverfahrens kennengelernt haben. Sowohl die hohe Zahl der Interviewpartner, die hierzu Stellung nehmen (n = 10), als auch die inhaltlichen Ausführungen verdeutlichen, dass der Fortführung der Therapie während der Zeit der Arbeitskarenz ein hoher Stellenwert beigemessen wird. Die beiden folgenden Textausschnitte belegen dies:

Interviewer: Also konkret, was haben Sie jetzt anders gemacht? Ganz konkret im Tagesablauf.

Frau G: Ich habe halt mehr auf meine Hände geachtet, habe ich sonst gar nicht so wahrgenommen und jetzt habe ich eben halt jeden Morgen ein Bad gemacht, anschließend eingecremt, alles mit Handschuhen gemacht. Mittags auch wieder und abends auch noch mal. Also 3 x pro Tag habe ich das gemacht.

Interviewer: Also 3 x pro Tag die Creme. War das eine Pflegecreme oder war das eine therapeutische Creme.

Frau G: Genau, das war so 'ne komische Zinkpaste, die habe ich dann draufgemacht.
Frau G, Interview t3, Zeile 24 ff.

Herr B Also, jetzt vier Mal am Tag mehr, weil ich ja auch die bestimmten Salben mehrmals am Tag draufmachen muss. Das habe ich schon eingehalten!

Interviewer Und vorher haben Sie nur einmal am Tag eingecremt?

Herr B Da habe ich abends mal, nur nach der Arbeit mal Hautpflege aufgetragen. Jetzt musste ich ja nun auch diese Salben auftragen, die ich von hier gekriegt hatte.

Interviewer Und wie war das so vom Gefühl?

Herr B Das ging! Ich hatte ja nun eh nichts zu tun, weil ich ja noch krankgeschrieben war. Wie es jetzt wird wenn ich wieder arbeiten gehe – ist das ja tagsüber nicht so viel möglich, diese Creme aufzutragen
Interview t3, Herr B, Zeile 6 ff.

Eine ähnlich hohe Relevanz wird dem Umgang mit akuten Hautverschlechterungen beigemessen. Während zum Zeitpunkt t1 Cortisonexterna bei fast allen Gesprächspartnern als Intervention bei akuten Hautverschlechterungen eingesetzt wurden (siehe Tabelle 12), gibt jetzt die Hälfte der Interviewten zum Zeitpunkt t3 (n = 6) an, akute Schübe ohne Cortison behandelt zu haben. Einige Interviewte erläutern in diesem Zusammenhang, die al-

alternativen Behandlungsmöglichkeiten erst im Rahmen des stationären Heilverfahrens kennengelernt zu haben:

Interviewer: Sie sagten ja eben, Sie haben noch einmal Bläschen bekommen? Haben Sie da jetzt irgendwas anders gemacht, als Sie es vorher gemacht haben?

Herr D: Also, auf jeden Fall nicht gekratzt. Und mit der Schüttelmixtur darauf getan, dass das Jucken weggeht und das die Bläschen austrocknen

Interviewer: Und wie waren Sie zufrieden? Hat das funktioniert?

Herr D: Das hat super funktioniert. Dauert zwar etwas länger, als wenn ich das mit Cortison gemacht hätteAber, es funktioniert so auch man kommt zum ErgebnisBin ich eigentlich zufrieden mit.

Interviewer: Und früher haben Sie Bläschen dann eher mit Cortison behandelt?

Herr D: Ja! Und Schüttelmixtur hab ich erst hier kennen gelernt.(...)
Interview t3, Herr D, Zeile 38 ff.

Die Therapieumstellung wirkt sich auch auf die Einschätzung und Beurteilung des Hautzustandes aus:

Frau M: (...) Aber ich bin so schon mal sehr viel besser zufrieden, als vorher! Weil ich halt vorher solche Ergebnisse halt nur mit Cortison erzielt habe. Das ist jetzt ohne Cortison. Von daher bin ich schon ganz froh, dass es jetzt so ist.

Interviewer: Worauf führen Sie jetzt diesen besseren Hautzustand zurück?

Frau M: Auf ... die Umstellung. Also auf die Therapieumstellung! Mit andern Cremes und anderen Salben, die ich sehr viel besser vertrage!
Interview t3, Frau M, Zeile, 17

Im Rahmen des stationären Heilverfahrens erfuhren die Teilnehmer verschiedene, auf den jeweiligen Hautzustand abgestimmte Behandlungsmöglichkeiten, die sich nicht allein auf die Anwendung von Cortisonexterna beschränken. Diese Erfahrungen wurden teilweise als sehr positiv empfunden und führten bei einigen zu einer besseren krankheitsspezifische Handlungskompetenz:

Interviewer: (...) Und worauf haben Sie es zurückgeführt? (...)

Frau A: Nein, erst mal hatte ich vorher diese Salben gar nicht zur Hand gehabt, ja und zweitens mal: Ich denke, durch dieses gesamte Konzept, das man eben ja viel von der Haut, vom Hautaufbau und woher Bläschen kommen und wie man sie dann auch am wirksamsten bekämpft Man kriegt ja hier alles so hautnah mit und wird ja auch so einbezogen in alles. Ich denke, das hilft einem ja schon ganz schön, dass man dann nicht kopflos wird und dann, was weiß ich, doch wieder zu der Tube Cortisoncreme greift.
Interview t3, Frau A, Zeile 15 ff.

Wichtig erscheint es in diesem Zusammenhang auch, dass die eingesetzte Therapie eine möglichst zeitnahe Wirkung auf besonders störende Symptome wie z.B. Juckreiz hat, um als wirkliche Alternative zu der bisherigen Cortisontherapie akzeptiert zu werden:

Interviewer: Jetzt hatten Sie eben kurz so berichtet, wenn so ein akuter Schub war, wie haben Sie darauf reagiert, bevor Sie hier her gekommen sind? Was haben Sie darauf gemacht?

Frau M: Cortison.

Interviewer: Ach, das hatten Sie ja auch gesagt ... Und jetzt sind Sie da umgestiegen?

Frau M: Genau. Also, wenn Juckreiz ist, dann Schüttelmixtur, ansonsten auch viel kühlen, was ich zwischendurch so mache. Und die ganzen Bäder halt. Das nimmt mir auch sehr viel Juckreiz, habe ich gemerkt.
Interview t3, Frau M, Zeile 64 ff

Doch auch, wenn die Umsetzung der empfohlenen – cortisonfreien – Therapie- und Pflegemaßnahmen gelang, waren nicht alle Gesprächspartner im Ergebnis mit dem Hautzustand zufrieden:

Interviewer: (...) Wie war es zu Hause?

Herr K: Ja ...ein auf und ein ab Es kam immer mal wieder ...und ging wieder ein bisschen weg und dann kamen mal Risse und Bläschen ... und aber ... diese Behandlungsmethode, wie wir Sie hier angefangen haben, habe ich so daheim fortgesetzt ... Fast genauso. Weil, war ja eh noch daheim und hatte frei, da hatte ich ja Zeit dafür. Aber ... Ich würde diese Methode als gescheitert ansehen im Moment. Wirklich.

Interviewer: Was ist jetzt die Methode konkret? (...)

Herr K: Ein Tannolact-Handbad, morgens zum Austrocknen, dann Ichthyol-Salbe ... zum Austrocknen der Bläschen, und dann wird zur Rückfettung mit so einer Fettcreme halt noch mal und dann noch mal Zinksalbe. Und wenn es juckt Schüttelmixtur drauf. Und Schwarzteeumschläge. Das waren so die Sachen ...
Interview t3 Herr K, Zeile 2ff

2.3.4 Intentionen zur Therapie zum Zeitpunkt t2 und tatsächliches Therapieverhalten zum Zeitpunkt t3

Tabelle 25: Übersicht Therapieverhalten Intentionen t2 und tatsächliches Verhalten t3

| Interviewte | Intentionen zur Therapie zum Zeitpunkt t2 (n = 14) | Umsetzung der Therapie zum Zeitpunkt t3 (n = 12) |
|-------------|---|---|
| Frau M | Anderer Umgang mit Juckreiz (++). Cortison ersetzen(++). | Kein Cortison. Statt dessen Schüttelmixtur Bäder |
| Herr C | ∅ | Kein Interview zu t3 |
| Herr D | Externa auf Hautzustand abgestimmt wählen (+) | Konnte Externa abgestimmt auf Hautzustand ohne Cortison anwenden und Therapie wie in der Reha fortführen. Konnte Umgang mit Juckreiz verbessern |
| Frau A | Externa auf Hautzustand abgestimmt wählen (++) .Cortison ersetzen (++) | Konnte Externa ohne Cortison abgestimmt auf Hautzustand anwenden und Therapie wie in der Reha fortführen |
| Herr B | ∅ | Konnte Externa ohne Cortison abgestimmt auf Hautzustand anwenden |
| Herr L | Externa auf Hautzustand abgestimmt wählen (++) | Konnte Externa ohne Cortison abgestimmt auf Hautzustand anwenden und Therapie wie in der Reha fortführen. |
| Frau J | Cortison ersetzen (++) | Keine Aussagen zu Therapieverhalten |
| Frau G | Cortison ersetzen (+) | Therapie wie in der Reha fortgeführt |
| Frau H | Cortison weiter, kann keine Intentionen formulieren | Hat kein Cortison mehr verwendet. Keine weiteren Aussagen zum Therapieverhalten |
| Herr E | Will Umgang mit Juckreiz verändern (+-). Kann keine Intentionen formulieren | Kein t3-Interview |
| Herr K | Will keine Veränderung im Umgang mit Juckreiz. Cortison ersetzen, andere Externa (++) | Umgang mit Juckreiz verändert und Therapie wie in der Reha fortführen |
| Herr I | Cortison ersetzen, andere Externa (++) | Konnte Externa ohne Cortison abgestimmt auf Hautzustand anwenden und Therapie wie in der Reha fortführen |
| Herr N | Anderer Umgang mit Juckreiz (+-), Externa auf Hautzustand abgestimmt wählen (+-) | Therapie wie in der Reha fortgeführt |
| Frau F | Anderer therapeutische Externa/Cortisonersatz (+-) | Therapie wie in der Reha fortgeführt |

Gleicht man das Therapieverhalten zum Zeitpunkt t3 mit den Intentionen zur Therapie zum Zeitpunkt t2 ab, so bestätigt sich als inhaltlicher Schwerpunkt erneut der Cortisonersatz, auf den die meisten konkreten Intentionen zum Zeitpunkt t2 entfallen (siehe Tabelle 25). Von den sieben Interviewpartnern, die Intentionen zur Substitution von Cortisonexterna formulierten, gaben drei an, akute Hautverschlechterungen ohne Cortison behandelt zu haben und die Therapie wie im stationären Heilverfahren fortgeführt zu ha-

ben (Frau M, Frau A, Herr I). Herr K, Frau F und Frau G berichteten, die Therapie so fortgeführt zu haben, wie sie sie während des stationären Heilverfahrens kennengelernt haben, was ebenfalls bedeutet, dass kein Cortison verwendet wurde. Lediglich Immunsuppressiva kamen bei Herrn I und Frau G zum Einsatz, was ebenfalls der Therapieempfehlung des stationären Heilverfahrens entspricht (vgl Skudlik 2007).

Bemerkenswert ist der Fall von Frau H. Zum Zeitpunkt t1 berichtet Frau H, Cortisoncreme wie eine Pflege- oder Hautschutzcreme eingesetzt zu haben:

Frau H: Die Cortisoncreme habe ich jeden Tag genommen.

Interviewer Und dann immer zu bestimmten Zeiten?

Frau H: Zweimal.

Interviewer Morgens und abends?

Frau H: Aber sonst habe ich das immer zwischendurch mal gemacht. Also nicht immer morgens und abends beispielsweise, sondern einfach so zwischendurch.

Interviewer Also, während der Arbeit?

Frau H: Die nächste Creme die dann für mich geeignet ist, die habe ich dann genommen
Interview t1, Frau H, Zeile 54 ff.

Zum Zeitpunkt t2 wird dieses Thema von der Interviewerin nochmals aufgegriffen, um herauszufinden, ob Frau H im Zusammenhang mit dem stationären Heilverfahren Intentionen bezüglich eines veränderten Umgangs mit Cortisonexterna gebildet hat:

Interviewer: Dinge, zum Beispiel im Umgang mit Cortisoncreme, die Sie nicht gewusst haben, die Sie vielleicht jetzt ändern wollen?

Frau H: Nein...
Interview t2, Frau H, Zeile 54

Diese Äußerung von Frau H zum Zeitpunkt t2 macht es unwahrscheinlich, dass sie ihren zukünftigen Umgang mit Cortisoncreme verändern wird. Zum Zeitpunkt t3 äußert sich Frau H dann jedoch wie folgt:

Interviewer: Haben Sie die gleichen Cremes benutzt, wie Sie auch schon vor Ihrem Aufenthalt hier hatten, oder haben Sie jetzt andere Cremes benutzt.

Frau H: Nein, andere. Also ... Das was ich ja hatte war ja Cortison. Das habe ich sofort weggeschmissen als ich zu Hause war.

Interviewer: Ja. Also Cortisoncreme haben Sie jetzt gar nicht mehr eingesetzt?

Frau H: Nein.
Interview t3, Frau H, Zeile 31 ff.

Der Gesprächsausschnitt deutet darauf hin, dass, obwohl eine (formulierte) Intention fehlt, das gewünschte gesundheitsrelevante Verhalten (hier der angepasste Einsatz von Cortisonexterna) durchgeführt wird. Im Falle von Frau H scheint weniger der Wille und die Umsetzung der Verhaltensänderung problematisch zu sein, vielmehr scheinen die Schwierigkeiten für Frau H in der verbalen *Formulierung* einer solchen Intention zu liegen.

2.3.5 Einsatz von Schutzhandschuhen zum Zeitpunkt t3

Innerhalb der Kategorie *Schutzhandschuhe* werden sowohl Aussagen zum Einsatz von Baumwollhandschuhen als auch zu Einmal- und Mehrweghandschuhen ausgewertet. Zum Zeitpunkt t3 werden von zehn der zwölf Interviewpartner Angaben gemacht, die sich dieser Kategorie zuordnen lassen. Tabelle 26 gibt eine Übersicht über die generierten Antwortkategorien.

Tabelle 26: Einsatz von Schutzhandschuhen zum Zeitpunkt t3

| Baumwollhandschuhe als Schutz bei Tätigkeiten | Baumwollhandschuhe als Unterziehhandschuhe | Baumwollhandschuhe für die Pflege/Therapie | Handschuhwechsel berücksichtigt | Vermehrter Handschuh Einsatz |
|---|--|--|---------------------------------|------------------------------|
| K, G, I | B, I, N, J | D, M, K, N, J | F, N | D, B, K, N, H, G, I, F |

Bei 2/3 (n = 8) der zwölf Interviewpartner ließen sich Aussagen identifizieren, die sich der Antwortkategorie *vermehrter Handschuh Einsatz* zuordnen ließen. Häufig wurden in diesem Zusammenhang Tätigkeiten wie Hausarbeiten genannt, für die jetzt Schutzhandschuhe verwendet wurden:

Herr K: Das hat natürlich auch noch dadrauf geschlagen, auf die Haut (Herr K meint die Trennung von seiner Partnerin). Aber dadurch kam ich jetzt auch mal dazu wieder spülen zu müssen (lacht) Und klar, dann habe ich natürlich die Handschuhe schon angezogen, wie hier gelernt ...
Interview t3, Herr K, Zeile 15 ff.

Interviewer: Was haben Sie denn zu Hause so an Dingen umgesetzt, die Sie hier kennengelernt haben? Haben Sie irgendwas anders gemacht in Bezug auf Ihre Haut?

Frau H: Nur die Handschuhe, die ich benutze ... Halt für Spülen ... (...)
Interview t3, Frau H, Zeile 25 ff.

Diese Hausarbeitstätigkeiten mit Schutzhandschuhen tragen teilweise zu Erfahrungen bei, die für den richtigen Handschuh Einsatz von zentraler Bedeutung sind. So bemerkte

Herr B erstmals, dass er in den Handschuhen schwitzt, und zog daraus die Konsequenz, Arbeitspausen zu machen:

Herr B. Gut, wenn ich was gemacht habe im Haushalt, auch viel mit Handschuhen gearbeitet. Wie es ging. Und dann nachher auch mal wieder abgebrochen, weil das schwitzig wurde. Da hat man es mal richtig gemerkt, wenn man es intensiv macht, auch mit Baumwollhandschuhen drunter, dann diese Gummihandschuhe, wenn man dann wirklich mal ein bisschen was abwäscht oder irgendwas macht, denn fängt man wirklich schnell an zu schwitzen. Ist mir so auf der Arbeit noch nie richtig aufgefallen. (...) Interview t3, Herr B, Zeile 18 ff.

Diese „Erprobungsphase“ des Handschuheneinsatzes im häuslichen Umfeld kann auch zu den falschen Konsequenzen führen, wie folgender Textausschnitt verdeutlicht:

Interviewer: Sie sagten, Sie haben über das ein oder andere nachgedacht. Gab es konkrete Dinge, die Sie noch mal so wirklich beschäftigt haben. (...)

Herr D: Handschuhe! ... Allein beim Kochen zieh ich jetzt die Gummihandschuhe an Sieht zwar komisch aus Aber ist man einmal dran gewöhnt ein zwei Mal war es blöd, aber mittlerweile ist es Gang und Gäbe.

Interviewer Was für Handschuhe sind das?

Herr D Das sind Einmalhandschuhe, aber ich sag mal die kann man auch mehrmals benutzen. Interview t3, Herr D, Zeile 16 ff

Herr D setzt für Tätigkeiten des Kochens Einmalhandschuhe ein, gibt aber direkt im Nebensatz an, dass man diese Einmalhandschuhe auch mehrmals verwenden kann. Dieses Vorgehen entspricht nicht den dermatologischen Empfehlungen (siehe Teil 1 Kapitel 1.3.3), da Einmalhandschuhe aufgrund ihrer Beschaffenheit nur für den einmaligen Gebrauch bestimmt sind. Durch das An- und Ausziehen besteht die Gefahr von Mikroperforationen, so dass kein zuverlässiger Schutz vor z. B. Keimen, Chemikalien oder Allergenen gewährleistet werden kann. Dies mag für den privaten Küchengebrauch noch vertretbar sein, sollte diese Erkenntnis aber auf andere Tätigkeitsbereiche übertragen werden, wäre dieses Verhalten eher als gesundheitsschädigend denn als gesundheitsfördernd einzustufen.

Von den acht Interviewpartnern, die über einen vermehrten Handschuheneinsatz während der Zeit der Arbeitskarenz berichteten, machten sieben weitere Angaben zu ihrem Umgang mit Schutzhandschuhen, wobei es sich überwiegend um Aussagen handelte, die den Umgang und Einsatz von Baumwollhandschuhen betrafen. So finden sich Herr D, Herr K und Herr N auch in der Antwortkategorie *Baumwollhandschuhe für die Pflege/Therapie*. Dieser Antwortkategorie wurden Aussagen zugeordnet, die darauf schließen

lassen, dass im Zusammenhang mit der Therapie vermehrt Baumwollhandschuhe eingesetzt wurden:

Interviewer: Also, dass haben Sie schon so ein bisschen ausprobiert ...

Herr K: Ja ... und auch daheim, immer wieder diese Baumwollhandschuhe an, wenn ich die Cremes drauf habe und so ... Und.. Ja.
Interview t3, Herr K, Zeile 16 ff.

Interviewer: (...)Haben Sie auch Handschuhe mal getragen, während der Zeit zu Hause?

Herr N: Zuhause, ja. Ich habe ja auch diese ... so eine Bad Extensions ... Handbäder, sind halt diese Zinkcreme, die habe ich ja auch öfter mal angewandt. Da muss man ja zwangsläufig Handschuhe tragen ...

Interviewer: Die Baumwollhandschuhe meinen Sie?

Herr N: Hmhm.
Interview t3, Herr N, Zeile 49ff

Dieses Verhalten entspricht dem therapeutischen Alltag während des stationären Heilverfahrens. Zum Schutz der Hände vor Umwelteinflüssen (z. B. UV-Licht), mechanischen Einflüssen, aber auch, um zu schnelles „Abreiben“ der therapeutischen Externa zu verhindern, wird den Patienten empfohlen, die Baumwollhandschuhe während des Tages auch ohne Verrichtung von hautbelastenden Tätigkeiten zu tragen. Dieses Verhalten bestätigt erneut, dass der Fortführung der Therapie und Pflege von den Interviewpartnern ein hoher Stellenwert beigemessen wird.

Auch die beiden übrigen generierten Antwortkategorien, die den Umgang und Einsatz von weißen Baumwollhandschuhen betreffen, verdeutlichen diesen Schwerpunkt auf der Pflege und Therapie während der Arbeitskarenz. So geben drei Gesprächspartner an, weiße Baumwollhandschuhe vermehrt als Schutz bei allgemeinen Tätigkeiten ohne Feuchtkontakt eingesetzt zu haben:

Interviewer: Die Handschuhe, haben Sie jetzt Haushaltshandschuhe getragen, oder was haben Sie für Handschuhe getragen?

Frau G: Je nach dem was ich so für Arbeiten gemacht habe und ich habe eigentlich den ganzen Tag über so diese weißen Baumwollhandschuhe getragen, ganz egal was ich gemacht habe.
Interview t3, Frau G, Zeile 28 ff

Herr K: Beim Fahrradfahren zum Beispiel. Da habe ich jetzt Also, ich fahre jetzt viel Fahrrad wieder und da habe ich dann auch die Baumwollhandschuhe angehabt.
Interview t3, Herr K, Zeile 24 ff

Dieses Vorgehen entspricht ebenfalls dem Indikationsbereich der weißen Baumwollhandschuhe während des stationären Heilverfahrens (siehe hierzu auch Teil I, Kapitel 2.3.3.1).

Herr I geht über diesen Indikationsbereich der weißen Baumwollhandschuhe noch hinaus und setzt diese ein, nachdem es während der Arbeitskarenz zu einer akuten Hautverschlechterung kam:

Interviewer: Was haben sie bei diesem akuten Schub jetzt anders gemacht, als Sie es früher gemacht haben?

Herr I: Sofort Baumwollhandschuhe, egal wann und wo und wie. Sobald ich nichts hatte, was jetzt mit Wasser zu tun hatte, oder Feuchtigkeit oder sonst was. Sofort Baumwollhandschuhe an und ... Egal was ich angefasst habe sofort noch die anderen, normalen Handschuhe drüber ... (...)
Interview t3, Herr I, Zeile 17 ff.

Die Äußerung erweckt den Eindruck, als würde den Handschuhen eine therapeutische Eigenschaft zugeordnet. Zwar ist es sinnvoll, zur Minimierung äußerer Einflüsse gegebenenfalls Baumwollhandschuhe einzusetzen. Sie haben dabei allerdings eher einen präventiven Charakter und weniger einen therapeutischen Effekt.

Zwei Gesprächspartner berichten, rechtzeitige Handschuhwechsel berücksichtigt zu haben, um Mazerationserscheinungen an den Händen zu minimieren:

Herr N: Ich habe einmal mit Holz gearbeitet. Und dann habe ich halt auch meine ganz normalen Arbeitshandschuhe für Trockenarbeit genommen. (...)

Interviewer: Und dann ... ging das?

Herr N: Hmm, das ging. Ich habe auch nicht allzu lange gearbeitet, eine halbe Stunde, Stunde ungefähr. Da habe ich die einmal gewechselt und ... war okay.
Interview t3, Herr N, Zeile 54 ff

Interviewer: Haben Sie in den Einmalhandschuhen auch stark geschwitzt?

Frau F: Ich darf nicht zu lange mitmachen. So nach einer Stunde ist Feierabend. Da muss ich erst wieder eine Pause machen, bisschen Luft dran lassen an die Hände. Erst wieder eincremen, dann neue Handschuhe anziehen... dann kann ich wieder weitermachen. Weil länger als eine Stunde ist gar nicht möglich damit zu arbeiten. Dann fängt das nämlich auch an zu jucken! Wird ziemlich feucht.
Interview t3 Frau F Zeile 12 ff.

Die beiden Interviewpartner berichten über ihren Handschuheinsatz im Zusammenhang mit häuslichen Tätigkeiten (Holzarbeiten, Reinigungstätigkeiten). Eine mögliche Erklärung, warum nicht mehr Gesprächspartner über Handschuhwechsel berichtet haben, könnte in der Tatsache begründet liegen, dass während der Zeit der Arbeitskarenz den Rehabilitanden empfohlen wird, hautbelastende Tätigkeiten, die einen Handschuheinsatz erfordern, weitestgehend zu vermeiden. Wird diese Therapieempfehlung berücksichtigt, kommt es während der Zeit der Arbeitskarenz kaum zum Einsatz von Schutzhandschuhen, folglich sind Handschuhwechsel kaum notwendig.

2.3.6 Intentionen zum Handschuh Einsatz zum Zeitpunkt t2 und tatsächlicher Handschuh Einsatz zum Zeitpunkt t3

Tabelle 27: Übersicht Intentionen zu Handschuhen t2 und tatsächlicher Handschuh Einsatz t3

| Interviewte | Intentionen zu Handschuhen zum Zeitpunkt t2 (n = 14) | Einsatz von Handschuhen zum Zeitpunkt t3 (n = 12) |
|-------------|---|---|
| Frau M | Allgemein mehr Handschuhe einsetzen (++) Andere geeignete Handschuhe einsetzen (++) Öfter Handschuhe wechseln (++) | Einsatz von Baumwollhandschuhen für die Pflege/Therapie |
| Herr C | Ø | Kein Interview zu t3 |
| Herr D | Allgemein mehr Handschuhe einsetzen (+-) Andere, geeignete Handschuhe einsetzen (++) | Vermehrt Handschuhe eingesetzt. Baumwollhandschuhe für die Pflege/Therapie angewendet |
| Frau A | Andere geeignete Handschuhe einsetzen (++) Mehr Baumwollunterziehhandschuhe einsetzen (++) | Gibt an, bereits vorher viel mit Handschuhen incl. Baumwollunterziehhandschuhen gearbeitet zu haben. Verhaltensänderung erscheint ihr nicht notwendig (siehe t3, Zeile 18 ff. und 23 ff.) |
| Herr B | Allgemein mehr Handschuhe einsetzen (+-) Andere, geeignete Handschuhe einsetzen (+-) Handschuhe öfter wechseln (+-) | Vermehrt Handschuhe eingesetzt. Baumwollhandschuhe als Unterziehhandschuhe eingesetzt |
| Herr L | Andere, geeignete Handschuhe einsetzen (+-) | Keine Tätigkeiten ausgeführt, die Handschuh Einsatz erforderlich gemacht hätten (t3, Zeile 52 ff.) |
| Frau J | Allgemein mehr Handschuhe einsetzen (++) Mehr Baumwollunterziehhandschuhe einsetzen (++) | Einsatz von Baumwollhandschuhen für die Pflege/Therapie. Baumwollhandschuhe als Unterziehhandschuhe eingesetzt |
| Frau G | Allgemein mehr Handschuhe einsetzen (++) Mehr Baumwollunterziehhandschuhe einsetzen (++) | Vermehrt Handschuhe eingesetzt. Baumwollhandschuhe als Schutz bei Tätigkeiten |
| Frau H | Allgemein mehr Handschuhe einsetzen (++) | Vermehrt Handschuhe eingesetzt |
| Herr E | Andere, geeignete Handschuhe einsetzen (+-) | Kein Interview zu t3 |
| Herr K | Sieht kein Verbesserungspotenzial | Vermehrt Handschuhe eingesetzt. Baumwollhandschuhe für die Pflege/Therapie eingesetzt. Baumwollhandschuhe als Schutz bei Tätigkeiten (Fahrradfahren) eingesetzt |
| Herr I | Allgemein mehr Handschuhe einsetzen (++) | Vermehrt Handschuhe eingesetzt. Baumwollhandschuhe als Unterzieh- |

| Interviewte | Intentionen zu Handschuhen zum Zeitpunkt t2 (n = 14) | Einsatz von Handschuhen zum Zeitpunkt t3 (n = 12) |
|-------------|---|--|
| | Handschuhe öfter wechseln (+-) Andere, geeignete Handschuhe einsetzen (+-) | handschuhe eingesetzt. Baumwollhandschuhe als Schutz bei akuten Hautverschlechterungen (t3 Zeile 17 ff.) |
| Herr N | Allgemein mehr Handschuhe einsetzen (++) Mehr Baumwollunterziehhandschuhe einsetzen (+-) Öfter Handschuhe wechseln (+-) | Vermehrt Handschuhe eingesetzt. Baumwollhandschuhe als Unterziehhandschuhe eingesetzt. Baumwollhandschuhe für die Pflege und Therapie eingesetzt. Handschuhwechsel berücksichtigt |
| Frau F | Allgemein mehr Handschuhe einsetzen(++) Andere, geeignetere Handschuhe einsetzen (++) | Vermehrt Handschuhe eingesetzt. Handschuhwechsel berücksichtigt |

Zum Zeitpunkt t2 wurde die Intention *allgemein mehr Handschuhe einsetzen* zu wollen meist im Zusammenhang mit Verbesserungen des Hautschutzverhaltens im privaten Bereich genannt. Viele Befragte benannten private Tätigkeiten (Holzhacken, Gartenarbeiten, Abwasch, ...), die zukünftig mit Schutzhandschuhen ausgeführt werden sollen. Von den neun Interviewpartnern, die zum Zeitpunkt t3 erläutern, mehr Handschuhe eingesetzt zu haben, hatten acht Gesprächspartner zum Zeitpunkt t2 die entsprechende Intention mehr Handschuhe einsetzen zu wollen (siehe Tabelle 27) formuliert. Fünf Gesprächspartner formulierten zum Zeitpunkt t2 hierzu keine Intention (Herr K, Herr L und Frau A, Herr C und Herr E¹³).

Während es sich im Falle von Herrn L und Frau A bestätigt, dass es während der Arbeitskarenz nicht zu einem vermehrten Handschuheinsatz gekommen ist, da dieser entweder bereits im Vorfeld genügend praktiziert wurde bzw. keine hautbelastenden Situationen auftraten (siehe Tabelle 27), verhält es sich bei Herrn K genau andersherum. Herr K gab zum Zeitpunkt t2 an, keinen Verbesserungsbedarf beim Einsatz von Schutzhandschuhen zu sehen:

Interviewer: Wollen Sie was das Handling der Handschuhe angeht, wollen Sie da irgendetwas verändern?

Herr K: Handling ...?

¹³ Da von Herrn C und Herr E kein t3-Interview vorliegt, werden diese beiden für die weiteren t3-Analysen nicht berücksichtigt.

Interviewer: Ja, also den Umgang mit den Handschuhen, würden Sie sagen ich will die mehr oder weniger anziehen, oder ...

Herr K: Na ja, also so wenig wie möglich, ja ... Also, Baumwollhandschuhe natürlich immer drunter. Das habe ich ja vorher schon gemacht. ... Ansonsten, bei allen Tätigkeiten, wo es nötig ist, ziehe ich Handschuhe an, ... So mit offenen Händen, die ja wahrscheinlich immer noch sein werden, Kontakt mit den alten Leuten, das ist ja auch nicht so gut. ...: Klar, wenn ich in der Küche Tätigkeiten ausübe, dann ... Abräumen oder so, dann ziehe ich natürlich keine Handschuhe an.
Interview t2, Herr K, Zeile 37 ff

Die Textpassage verdeutlicht, dass Herr K zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem stationären Heilverfahren keinen Verbesserungsbedarf im Umgang mit Schutzhandschuhen sieht. Zudem beziehen sich seine Äußerungen zum Einsatz von Schutzhandschuhen nur auf den beruflichen Bereich. Bemerkenswert erscheint, dass zu Tätigkeiten in der Küche ausschließlich Tätigkeiten assoziiert werden, die aus Sicht von Herrn K keinen Handschuheinsatz erfordern: *„Klar, wenn ich in der Küche Tätigkeiten ausübe, dann ... Abräumen oder so, dann ziehe ich natürlich keine Handschuhe an.“* Aus diesem Grund könnte angenommen werden, dass Herr K für den privaten Bereich ebenfalls keine Hautschutzsituationen identifiziert. Zum Zeitpunkt t3 wird aber deutlich, dass dies nicht der Fall war, wie folgender Gesprächsausschnitt belegt:

Interviewer: Gab es Situationen, in denen Sie Hautschutz eingesetzt haben?

Herr K: Ja ... Genau, ich bin jetzt schon in Situationen gekommen ... Weil ... Also gut ... Man muss dazu sagen, ich hab gerade jetzt noch eine Trennung noch ... dazu, von meiner Lebensgefährtin. Das hat natürlich auch noch drauf geschlagen, auf die Haut. Aber dadurch kam ich jetzt auch mal dazu wieder spülen zu müssen (lacht) Und klar, dann habe ich natürlich die Handschuhe schon angezogen, wie hier gelernt ...

Interviewer: Also, dass haben Sie schon so ein bisschen ausprobiert ...

Herr K: Ja ... und auch daheim, immer wieder diese Baumwollhandschuhe an, wenn ich die Cremes drauf habe und so ... Und.. Ja.
Interview t3, Herr K, Zeile 15ff

Und an einer anderen Stelle:

Interviewer: (...)Gab es noch weitere Situationen, wo Sie Hautschutzmaßnahmen angewendet haben?

Herr K: Beim Fahrradfahren zum Beispiel. Da habe ich jetzt Also, ich fahre jetzt viel Fahrrad wieder und da habe ich dann auch die Baumwollhandschuhe angehabt.
Interview t3, Herr K, Zeile 24ff

Während des t2-Interviews berücksichtigte Herr K offensichtlich ausschließlich beruflich relevante Hautschutzsituationen. Die wiedergegebenen privaten Hautschutzsituationen, in denen Herr K Handschuhe eingesetzt hatte (Geschirrspülen, Fahrradfahren), waren vor-

her offensichtlich nicht von ihm antizipiert worden. Dennoch wurden diese Situationen von ihm als „hautgefährdend“ identifiziert und entsprechende Maßnahmen ergriffen. Offensichtlich gelang es hier, ohne entsprechende *formulierte* Intention eine Verhaltensänderung herbeizuführen. Hier zeigt sich – ähnlich wie im Fall von Frau H (siehe Teil III, Kapitel 2.3.4) –, dass auch *ohne eine konkret formulierte* Intention eine Verhaltensänderung möglich ist.

2.3.7 Hautreinigungsverhalten zum Zeitpunkt t3

Zum Zeitpunkt t3 machen nur zwei der zwölf Interviewpartner Aussagen zur Händereinigung, wobei diese Aussagen auch nur im Nebensatz erscheinen, wie die folgenden beiden Textpassagen belegen¹⁴:

Herr I: (...) Ich finde es auch blöd, wenn ich dann Kartoffel schäle, und dann erst mal, vor den Augen anderer, dann erst mal Handschuhe anziehe. Dann denken die Kinder auch: Und das sollen wir jetzt essen! So nach dem Motto. Dann gucken sie erst mal auf die Kartoffeln dann gucken die auf meine Handschuhe und gucken sie in den Topf, was da fertig wird (lacht). Dann meide ich schon etwas die Handschuhe. Weil da werden die Hände kurz abgespült, nicht mit Seife großartig, ist ja nur Kartoffelschale und dann sofort eingecremt und dann Baumwollhandschuhe wieder an.
Interview t3, Herr I, Zeile 55 ff.

Interviewer: Ja. Also, Sie cremen auch mehr auch ein?

Frau J: Mehr eincremen, ich würde auch ... Ich setze meine Haut auch überhaupt gar nicht mehr Spüli aus, wie das hier eben auch geschult wurde. Da konnte man sich ja richtig erschrecken, was da mit der Haut passiert. Wenn man eine normale, intakte Haut hat, kann man das ja wahrscheinlich wieder hinkriegen, aber wenn man immer nur in schwitzigen Bereichen arbeitet, muss man jetzt wirklich gucken ... Also, das habe ich jetzt alles vorher nicht gemacht! (...)
Interview t3, Frau J, Zeile 18 ff.

Zwar wird bei diesen beiden Gesprächspartnern deutlich, dass die schonende Hautreinigung während der Arbeitskarenz bedacht wurde, allerdings scheint diese Kategorie des Hautschutzes im Vergleich zu den übrigen (Handschuheinsatz, Eincremen) weniger Aufmerksamkeit geschenkt zu werden.

Die übrigen Gesprächspartner (n = 10), die zum Zeitpunkt t3 interviewt wurden, machten keine Angaben, die der Kategorie *Hautreinigung* hätten zugeordnet werden können. Eine

¹⁴ Da keine weiteren Textpassagen zur Hautreinigung während der Arbeitskarenz vorliegen, wurde auf die Bildung von Antwortkategorien im Bereich Hautreinigung verzichtet.

Aussage zu deren Hautreinigungsverhalten während der Arbeitskarenz ist daher nicht möglich.

2.3.8 Intentionen zum Hautreinigungsverhalten zum Zeitpunkt t2 und tatsächliches Hautreinigungsverhalten zum Zeitpunkt t3

Tabelle 28: Übersicht Intentionen zu Hautreinigung t2 und tatsächliches Hautreinigungsverhalten t3

| Interviewte N = 14 | Intentionen zur Hautreinigung zu t2 | | Hautreinigungsverhalten zum Zeitpunkt t3 |
|-----------------------|-------------------------------------|--------|--|
| | Beruflich | privat | |
| Frau M | ++ | ∅ | Keine Angaben |
| Herr C | ++ | ± | Kein Interview zu t3 |
| Herr D | ± | ± | Keine Angaben |
| Frau A | ++ | ++ | Keine Angaben |
| Herr B | = | ± | Keine Angaben |
| Herr L | ± | ∅ | Keine Angaben |
| Frau J | ∅ | ++ | Benutzt kein Spülmittel mehr zur Hautreinigung |
| Frau G | ++ | ∅ | Keine Angaben |
| Frau H | ∅ | ∅ | Keine Angaben |
| Herr E | = | ∅ | Keine Angaben |
| Herr K | = | ∅ | Kein Interview zu t3 |
| Herr I | ± | ± | Verzichtet nach Kochtätigkeiten auf waschaktive Substanzen |
| Herr N | ++ | ∅ | Keine Angaben |
| Frau F | ∅ | ∅ | Keine Angaben |

Die hohe Zahl der Gesprächspartner, die sich nicht zu ihrem Hautreinigungsverhalten während der Arbeitskarenz äußern, deckt sich weitestgehend mit derjenigen, die auch zum Zeitpunkt t2 keine Intentionen zur Hautreinigung im privaten Bereich formulieren (siehe Tabelle 28). Eine Ausnahme bildet hier Frau A, die konkrete Intentionen zur privaten Hautreinigung zum Zeitpunkt t2 formulierte:

Interviewer: (...) Haben Sie hier Anregungen bekommen, die Sie zukünftig in ihrem beruflichen oder im privaten Alltag umsetzen werden?

Frau A Ja

Interviewer Welche sind das denn?

Frau A Also, ich wird in meinem privaten Alltag jedem der es hören will, werd ich sagen: „Wasch dir nicht so oft die Hände!“ (...)
Interview t2, Frau A, Zeile 52 ff.

Der Textausschnitt verdeutlicht, dass Frau A zwar eine konkrete Intention zur Hautreinigung formuliert („... *jedem der es hören will ... werd ich sagen: ‚Wasch dir nicht so oft die Hände!‘*“, diese bezieht sich allerdings ausschließlich auf das Händereinigungsverhalten von anderen Personen im privaten Umfeld. Es ist allerdings davon auszugehen, dass Sie diese Vorgabe auch auf sich selber anwenden will, denn Frau A betont, dass sie gerade im Bereich der Hautreinigung einen hohen Erkenntnisgewinn durch das stationäre Heilverfahren hatte:

Frau A Gut. Ich habe hier im Laufe von diesen Hautschutzseminaren noch mal so viel eigentlich dazugelernt und so viel erfahren, was man vorher so, ja einfach falsch macht, weil man es gar nicht anders weiß, weil einem ständig gesagt wird, du musst dir die Hände waschen. ... Oder wird einem ja so irgendwie auch von Kind an anezogen, Hände waschen und ne, wo man dann hier völlig aus den Wolken fällt und denkt, das war alles gar nicht richtig, dann musst du dich nicht wundern, dass die Haut so darauf reagiert!
Interview t2, Frau A, Zeile 23 ff.

Frau A war zum Zeitpunkt t2 die einzige Interviewpartnerin, die sich besonders intensiv mit ihrem Hautreinigungsverhalten auseinandersetzte und hier sowohl im privaten als auch im beruflichen Bereich konkrete Intentionen formulierte. Dennoch spielt das Hautreinigungsverhalten zum Zeitpunkt t3 keine Rolle mehr, wie folgende Gesprächspassage belegt:

Interviewer: Haben Sie auch über das ein oder Andere nachgedacht

Frau A Ja, sicher. Ja, über die ganzen 4 Wochen die ich so hier war, sowieso und ganz besonders immer im Zuge der „Schmiererei“ nenn ich das jetzt mal so ganz lapidar, dann eben viel auch an die Behandlungen gedacht oder darüber nachgedacht, wie jetzt man was wohl richtig macht.

Interviewer Was haben Sie da für Überlegungen angestellt?

Frau A Also, die ersten zwei Tage, man hat jetzt ja da so seine Töpfchen, jetzt, wo dann drauf steht „Handrücken“, „Handinnenflächen“ und dann hab ich leider jetzt zu dem Zeitpunkt als ich nach Hause gefahren bin, das fing hier schon an, akut Bläschenalarm! Und das machte natürlich zu Hause auch nicht halt nur weil ich wieder zu Hause war. Da hab ich dann vor den Tiegeln gestandenAch du Scheiße ... Jetzt hast Du gar keinen den Du fragen kannst, jetzt musst Du erst mal gucken. Und dann habe ich gedacht: So, jetzt erst mal ganz ruhig! Du kannst da nicht viel verkehrt machen! Jetzt machst Du’s so wie Du es gelernt hast. So ganz konsequent so, ich sag mal wie so’n Schüler, der jetzt nach Schema-F anwendet. Hat geklappt! Hat geholfen!
Interview t3, Frau A, Zeile 3 ff.

Auch auf die Frage, ob Frau A neben ihrem Umgang mit akuten Hautverschlechterungen andere Dinge umgesetzt habe, die sie während des stationären Heilverfahrens kennengelernt habe, antwortet sie:

Frau A: Jein. Also, ich hab bevor ich hierhin gekommen bin ja schon seit Mitte Januar oder seit dem 20. Januar zu Hause alles immer mit den Handschuhen in vorschriftsmäßiger Reihenfolge gemacht. Also, Baumwollhandschuhe, Gummihandschuhe drüber ... Oder für Körperpflege dann eben diese dünnen Vinylhandschuhe drüber. Von daher kann ich jetzt nicht sagen, dass das anders gewesen wäre als die letzten drei Wochen bevor ich hierhin gekommen bin. Natürlich hab ich es jetzt ganz anders gemacht, als ich vorher mein Leben lang zu Hause gearbeitet hab.
Interview t3, Frau A, Zeile 18 ff.

Der Inhalt des Interviews lässt vermuten, dass Frau A ihr Hautreinigungsverhalten schonender gestaltet (vermehrter Handschuheneinsatz auch bei der Körperpflege und Hausarbeiten), diese Veränderung wird jedoch nicht mit der gleichen Aufmerksamkeit bedacht, wie z. B. der adäquate Einsatz von Handschuhen oder therapeutischen Externa. Die Gesprächsentwicklung lässt zwei Interpretationen zu: Entweder ist das schonendere Hautreinigungsverhalten bereits in ein routinemäßiges Verhalten überführt worden und wird daher nicht mehr mit der gleichen Achtsamkeit ausgeführt, wie z. B. die Auswahl geeigneter therapeutischer Externa, oder aber dieser Bereich des Hautschutzes ist in Vergessenheit geraten und wird daher nicht im gleichen Maße berücksichtigt wie der Hautschutz durch Handschuhe oder die Hautpflege.

Das insgesamt nur zwei der zwölf Gesprächspartner zum Zeitpunkt t3 Angaben zur Hautreinigung machten, erscheint insoweit verständlich, als dass während der Zeit der Arbeitskarenz insgesamt nur wenig oder keine Situationen, die eine außerordentliche Hautreinigung aufgrund von Verschmutzungen oder hygienischen Anforderungen erfordern, vorkommen. Somit ist es nachvollziehbar, dass dieser Bereich in den Gesprächen nicht oder kaum berücksichtigt wird. Es bestätigt sich zudem der Trend, der während der t2-Interviews bereits deutlich wurde, wonach im privaten Bereich nur zwei Gesprächspartnerinnen (Frau A und Frau J) konkrete Intentionen – und über die Hälfte (n = 8) keine Intentionen zu ihrem privaten Hautreinigungsverhalten formulierten. Das private Hautreinigungsverhalten scheint somit nur für wenige Gesprächspartner ein Bereich der bewussten und somit formulierbaren Handlungsänderung gewesen zu sein.

2.4 Hautschutzverhalten zum Zeitpunkt t4

Der vierte und letzte Gesprächstermin (Zeitpunkt t4) fand ca. vier Wochen nach dem beruflichen Wiedereinstieg statt. Dieser Zeitpunkt erschien sinnvoll, da die Befragten bereits über einen ausreichend langen Zeitraum Verhaltensänderungen im Hautschutz während der beruflichen Tätigkeit erproben konnten. Gleichzeitig ist der Termin aber noch nicht zu lange von der Aufnahme in das stationäre Heilverfahren entfernt, so dass auch noch Erinnerungen an früheres Hautschutzverhalten präsent sein dürften. Zusätzlich kann ermittelt werden, wie sich die zunehmende Komplexität der Hautschutzsituationen durch den beruflichen Wiedereinstieg auf das Hautschutzverhalten der Befragten auswirkt. Die Antworten auf die Leitfragen: „*Welche Hautschutzmaßnahmen führen Sie während der Arbeit durch?*“ „*Was haben Sie an Ihrem Hautschutzverhalten verändert?*“ bildeten überwiegend die Basis der Interviewanalysen. Zusätzlich soll ein Abgleich zwischen dem Hautschutzverhalten zum Zeitpunkt t1 den Intentionen zum Zeitpunkt t2 bzw. auch t3 und dem tatsächlichen Verhalten zum Zeitpunkt t4 erfolgen. Auf diese Weise kann ermittelt werden, in welcher Form sich das Hautschutzverhalten bei dem einzelnen Gesprächspartner entwickelt hat.

Am vierten Gesprächstermin nahmen von den 14 Gesprächspartnern 13 Gesprächspartner teil. Lediglich mit Herrn N konnte kein viertes Interview geführt werden. Im Folgenden soll entsprechend den vorausgegangenen Kapiteln das Hautschutzverhalten gemäß den Bereichen:

- Eincremen (mit den Unterkategorien Schutz und Pflege)
- Therapie/Umgang mit akuten Hautverschlechterungen
- Handschuhe
- Hautreinigung

fallbezogen analysiert werden.

2.4.1 Eincremeverhalten zum Zeitpunkt t4

Zum Zeitpunkt t4 machen alle 13 Interviewpartner Angaben zu ihrem Eincremeverhalten während des beruflichen Wiedereinstiegs. Bei der Mehrheit der Gesprächspartner wirkt sich der berufliche Wiedereinstieg auf ein verändertes Eincremeverhalten aus, wie die in Tabelle 29 wiedergegebenen generierten Antwortkategorien verdeutlichen.

Tabelle 29: Antwortkategorien im Bereich Eincremen zum Zeitpunkt t4

| Hautschutzcreme | | Hautpflegecreme | | Eincremeverhalten bei der Arbeit | | Eincremeverhalten zu Hause | |
|------------------------------|-------------------------|------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|
| Einsatz verändert/verbessert | Einsatz nicht verändert | Einsatz verändert/verbessert | Einsatz nicht verändert verbessert | Ja, verbessert. | Nein, unverändert | Ja, verbessert | Nein, unverändert |
| J, L, I, K, E | B, M, H | A, L, C, I, K, E | H | D, L, A, I, C, E | B, M, G | D, C, I, G | — |

Während zum Zeitpunkt t3 in dem überwiegenden Teil der Gespräche ausschließlich Aussagen zum Einsatz von Pflege- und therapeutischen Cremes gemacht wurden und der Einsatz von Schutzcreme kaum Erwähnung findet, hat sich dieser Bereich mit dem beruflichen Wiedereintritt verändert: Zum Zeitpunkt t4 nehmen acht Interviewpartner explizit Stellung zur Verwendung von Hautschutzcreme und sieben zur Verwendung von Hautpflegecreme. Von den acht Gesprächspartnern, die sich zum Einsatz von Hautschutzcreme äußern, geben fünf an, ihr Eincremeverhalten verbessert zu haben. Drei der acht Gesprächspartner berichteten im Umgang mit Hautschutzcreme nichts verändert zu haben, was aber nicht gleichbedeutend ist mit einer Vernachlässigung dieses Hautschutzbereiches, sondern von den Interviewpartnern häufig damit begründet wird, bereits vor der stationären Rehabilitation entsprechend gehandelt zu haben, wie folgende Textpassage belegt:

Interviewer: Haben Sie an dem Hautschutzverhalten bei der Arbeit, habe Sie da irgendwas verändert?

Frau H: Nein!

Interviewer: Was führen Sie denn jetzt so durch?

Frau H: Normal mit Handschuhen weiter arbeiten. Baumwollhandschuhe drunter, Nitrilhandschuhe drüber. Hautschutzcreme. Dann in der Pause oder nach Feierabend die Pflegecreme. Also, immer am Cremen.

Interviewer: Also, wie oft cremen Sie denn so die Hände mit Hautschutzcreme ein?

Frau H: Puhh, also, immer wenn ich da vorbei gehe. An dem Tübchen, ja.

Interviewer: Was würden Sie denn so grob schätzen, wie oft kommt das vor?

Frau H: Bestimmt mehr als 20 Mal!
Interview t4, Frau H, Zeile 24 ff.

Als Begründung für das Beibehalten des bisherigen Eincremeverhaltens wird angeführt, dass die beruflich einzusetzenden Externa bereits vor dem stationären Heilverfahren verwendet wurden:

Herr B: (...)Und diese Creme, die besorge ich mir schon selber auch schon seit ein paar Jahren, über meine Vater, der hat da Bezug zu über Stockhausenprodukte ...Die benutze ich ja schon länger, auch als wir diese zitronenhaltige Creme da hatten auf der Arbeit und alles.
Interview t4, Herr B, Zeile 65 ff

Interviewer: (...) Haben Sie neue oder andere Hautschutzmaßnahmen ergriffen?

Frau M: Nein, so war das ja erst mal das gleiche geblieben, mit den Schutzcremes und so weiter . (...)
Interview t4, Frau M, Zeile 23 ff.

Fast ebenso viele Gesprächspartner äußern sich zum Umgang mit Hautpflegecreme (n = 7), wobei sich in den Interviews mit fünf Gesprächspartnern (Herr L, Herr I, Herr K, und Herr E) Textpassagen identifizieren ließen, die darauf hindeuten, dass sowohl im Bereich des Hautschutzcreme als auch im Bereich der Hautpflegecreme eine Verbesserung stattgefunden hat.

Den Antwortkategorien *Eincremeverhalten zu Hause bzw. bei der Arbeit verbessert* wurden Aussagen zugeordnet, in denen die gesteigerte Eincremefrequenz betont wurde, ohne dass explizit auf die Art der Creme (Schutz oder Pflege) eingegangen wurde, wie die folgenden beiden Textausschnitte beispielhaft belegen:

Herr D: Nein, also auf der Arbeit creme ich mindestens 6-7x ein am Tag, also pro Schicht.

Interviewer: Wie oft haben sie es früher gemacht?

Herr D: 1 x , oder weniger.... auf jeden Fall.
Interview t4, Herr D, Zeile 40 ff.

Frau A: (...) Ich habe ja früher auch zwischendurch gar nicht eingecremt, weil man dann ja gar nicht in die nächsten Handschuhe reingekommen ist. Da brauchen wir uns nichts vormachen! Das ist einfach so! Da wird nicht gecremt, weil der nächste Handschuh da nicht mehr passt. Und jetzt mit dem Baumwollhandschuh ist das überhaupt kein Ding!
Ja!
Interview t4, Frau A, Zeile 15 ff

Betrachtet man die Zahl der Interviewpartner, die sich zu ihrem Eincremeverhalten während der Arbeit äußern, im Vergleich zu der Zahl, die sich zu ihrem Eincremeverhalten zu Hause äußern, fällt ein recht starker quantitativer Unterschied von neun zu vier Gesprächspartnern auf (vgl. Tabelle 29). Offensichtlich ist mit Wiedereintritt in das Berufsleben das hautschutzorientierte Eincremen am Arbeitsplatz deutlich in den Vordergrund gerückt, während das Eincremen zu Hause weniger Erwähnung findet. Von zwei männlichen Interviewpartnern wird auch eine genderspezifische Problematik bezüglich des Eincremens zum Ausdruck gebracht. Das eigene Eincremeverhalten wird mit dem Verhalten

von Frauen verglichen, um zu unterstreichen, wie positiv die Verhaltensänderung in diesem Bereich ausgefallen ist:

I Ja? Worüber haben Sie sich Gedanken gemacht zu Hause?

Herr D Quasi, dass ich mich jetzt auch richtig pflege

I Haben Sie da jetzt was verändert?

Herr D Also, ich brauche jetzt länger im Badezimmer als meine Frau ... (lacht). Allein mit den Salben und so, mit dem Eincremen Aber es hilft.
Interview t3, Herr D, Zeile 6 ff.

Interviewer: Und zu Hause?

Herr C: Wenn ich nach Hause komme sowieso. Wenn ich nach Hause komme mit dem Zeug da mit dem Physiogel. Dann habe ich ja so eine Körperlotion, die eigentlich nur am Wochenende, weil ich dusche ja sonst an der Firma, da habe ich das Zeug nicht. Obwohl ich am überlegen bin das vielleicht mitzunehmen.... Aber das sieht dann auch so dämlich aus, wenn man dann auf einmal anfängt sich einzucremen. Aber sonst, nein klar... Körper habe ich ja sowieso keine Probleme mit. Sind ja eigentlich nur die Arme und das Gesicht. Und das pflege ich schon, ja! Mehr als manche Frau!
Interview t4, Herr C, Zeile 24 ff.

Die Gesprächspassage von Herrn C (Interview t4, Zeile 24 ff.) verdeutlicht eine gewisse Ambivalenz bezüglich des Eincremeverhaltens: Einerseits wirkt Herr C fast stolz „*mehr als manche Frau*“ einzucremen, andererseits will man(n) sich vor den Kollegen keine Blöße geben, „*wenn man dann auf einmal anfängt sich einzucremen*“.

2.4.2 Intentionen zum Eincremen zum Zeitpunkt t2 und tatsächliches Eincremeverhalten zum Zeitpunkt t4

Zum Zeitpunkt t2 formulierten elf Gesprächspartner konkrete Intentionen im Bereich Eincremen (siehe Tabelle 30). Von diesen elf Gesprächspartnern ließen sich bei sechs Interviewpartnern zu t4 Aussagen identifizieren, die darauf hindeuten, dass das Eincremeverhalten bei der Arbeit verbessert wurde:

Herr C: (...) Und halt das Cremen zwischendurch. Das habe ich noch nie so viel gemacht, wie seit dem ich hier war!
Interview t4, Herr C, Zeile 39 ff.

Herr D: Nein, also auf der Arbeit creme ich mindestens 6-7 x ein am Tag, also pro Schicht.

Interviewer: Wie oft haben sie es früher gemacht?

Herr D: Ein Mal vielleicht, wenn überhaupt!
Interview t4, Herr D, Zeile 40 ff.

Frau A: (...) Ich habe ja früher auch zwischendurch gar nicht eingecremt, weil man dann ja gar nicht in die nächsten Handschuhe reingekommen ist. Da brauchen wir uns nichts vor-

machen! Das ist einfach so! Da wird nicht gecremt, weil der nächste Handschuh da nicht mehr passt. Und jetzt mit dem Baumwollhandschuh ist das überhaupt kein Ding!
Ja

Interview t4, Frau A, Zeile 14 ff.

Herr C, Herr I und Frau G berichten, sowohl auf der Arbeit als auch zu Hause das Eincremeverhalten verbessert zu haben.

Von den fünf Interviewten, die zum Zeitpunkt t2 konkrete Intentionen zum konsequenteren Einsatz von Hautschutzcreme formulierten, gaben zwei zum Zeitpunkt t4 an, den Einsatz von Hautschutzcreme verändert/verbessert zu haben (Herr K und Herr I).

Herr I: Ja, wichtig war bei mir,...weil ich da auch teilweise gar nicht dran gedacht habe... Diese Protectcreme. Weil... ich habe immer nur an die Medikamente gedacht... das ich die immer einnehme... Und die Protectcreme ist ja eigentlich kein Medikament, das ist eigentlich nur Schutz gegen Dreck. Und das ich die dann regelmäßig ... immer dann... morgens auch mit zu den anderen Sachen nehme! Weil, die habe ich drei, vier Mal am Anfang ganz vergessen... Ich dachte: DA war doch irgendwas... Und jetzt habe ich mir den Topf direkt hingestellt, wo ich morgens dann meine Kaffee weghole... Dann vergesse ich das nämlich auch nicht!
Interview t4, Herr I, Zeile 125f

Herr K: Ich wollte die Excipial-Cremes, die ich da verordnet gekriegt habe, die wollte ich richtig einsetzen. Weil, die hatte ich ja vorher falsch herum eingesetzt. Die eine privat und die andere ... Gut, dass habe ich jetzt auch gemacht.
Interview t4, Herr K, Zeile 11

Von denjenigen, die vage Intentionen in diesem Bereich formulierten, waren es ebenfalls zwei, die über einen verbesserten Einsatz von Hautschutzcreme berichteten (Herr L, Frau J).

Frau J: (...) Und ... Ich bin so gut eingestellt, sag ich mal, mit den Sachen die mir verordnet wurden. Auch dies Ovadan-Spray ... was ich zwei Mal die Woche auftrage ... Und dann zusätzlich noch mal dieses Gel Ohne dem arbeite ich gar nicht mehr!
Interview t4, Frau J, Zeile 3 ff.

Herr L: Ich habe das ja immer unten im Auto liegen, und bevor ich dann anfangen zu arbeiten, creme ich mich und zwischendurch. Man geht ja immer mal wieder zum Auto. Creme(...). Das klappt auch ganz gut.
Interview t4, Herr L, Zeile 11 ff.

Ähnlich verhält es sich bei der Intention *konsequenter Hautpflegecreme anwenden*. Auch hier sind es von den fünf Interviewpartnern, die dies als konkretes Vorhaben formulieren (Herr L, Herr B, Herr K, Frau J, Frau F), zwei, die im Rahmen der t4-Interviews berichten, den Einsatz mit Hautpflegecreme verändert/verbessert zu haben (Herr L und Herr K).

Eher vage äußerten sich Frau H und Herr D bezüglich ihres Vorhabens, Hautpflegecreme konsequenter einzusetzen zu wollen. Zum Zeitpunkt t4 gibt Frau H an, im Bereich der Hautschutzcreme und -pflegecreme nichts verändert zu haben (siehe Zitat unten), Herr D äußert sich nicht explizit zu Hautpflege, sondern erklärt lediglich, sein Eincremeverhalten bei der Arbeit und zu Hause verbessert zu haben (siehe oben; t4-Zitat von Herr D, Zeile 40 ff.).

Interviewer: Haben Sie an dem Hautschutzverhalten bei der Arbeit, habe Sie da irgendwas verändert?

Frau H: Nein!

Interviewer: Was führen Sie denn jetzt so durch?

Frau H: Normal mit Handschuhen weiterarbeiten. Baumwollhandschuhe drunter, Nitrilhandschuhe drüber. Hautschutzcreme. Dann in der Pause oder nach Feierabend die Pflegecreme. Also, immer am Cremen.
Interview t4, Zeile 24 ff

Für die hier betrachteten Fälle scheint folglich der Grad der Konkretheit, mit der die jeweilige Intention zum Zeitpunkt t2 formuliert wurde, nicht in jedem Fall ein Prädiktor für die Umsetzung der jeweiligen Intention gewesen zu sein. Denn alle Interviewpartner äußern in mindestens einer der generierten Antwortkategorien aus dem Bereich *Eincremen* ihr Verhalten verbessert zu haben oder aber ihr bisheriges Verhalten beibehalten zu haben (siehe Tabelle 15 und Tabelle 30).

Tabelle 30: Intentionen zum Eincremen t2 und deren Umsetzung zu t3 und t4

| Interviewte | Intentionen zum Eincremen zum Zeitpunkt t2 (n = 14) | Einsatz von Schutz- und Pflegecreme zum Zeitpunkt t3 (n = 12) | Einsatz von Schutz- und Pflegecreme zum Zeitpunkt t4 (n = 13) |
|-------------|--|---|---|
| Frau M | Sieht kein Verbesserungspotenzial im Bereich Schutz- und Pflegecreme | Externa werden spezifisch gewählt | Umgang mit Schutz- und Pflegecreme beibehalten |
| Herr C | Konsequenter Hautschutzcreme anwenden (±) Eincremen allgemein ändern (++) | Kein Interview zu t3 | Einsatz von Hautpflegecreme verbessert, Eincremeverhalten bei der Arbeit und zu Hause verbessert |
| Herr D | Konsequenter Hautpflegecreme anwenden (±) | Keine Angaben | Eincremeverhalten zu Hause und bei der Arbeit verbessert |
| Frau A | Konsequenter Hautschutzcreme anwenden (++) | Keine Angaben | Einsatz von Hautpflege verbessert Eincremeverhalten bei der Arbeit verbessert |

| Inter- viewte | Intentionen zum Eincremen zum Zeitpunkt t2 (n = 14) | Einsatz von Schutz- und Pflegecreme zum Zeitpunkt t3 (n = 12) | Einsatz von Schutz- und Pflegecreme zum Zeitpunkt t4 (n = 13) |
|------------------|--|--|--|
| Herr B | Sieht kein Verbesserungspotenzial im Bereich Hautschutzcreme (=) Konsequenter Hautpflegecreme anwenden (++) | Mehr eingecremt als vor der Reha | Umgang mit Hautschutzcreme nicht verändert Eincremeverhalten bei der Arbeit nicht verändert |
| Herr L | Konsequenter Hautschutzcreme anwenden (±) Konsequenter Hautpflegecreme anwenden (++) | Mehr eingecremt als vor der Reha; explizit mehr Hautpflege angewendet. | Umgang mit Schutz- und Pflegecreme verbessert Eincremeverhalten bei der Arbeit verbessert |
| Frau J | Konsequenter Hautschutzcreme anwenden (±) Konsequenter Hautpflegecreme anwenden (++) | Mehr eingecremt als vor der Reha sowohl mit der Hautpflege- als auch mit der Hautschutzcreme | Umgang mit Hautschutzcreme verbessert |
| Frau G | Konsequenter Hautpflegecreme anwenden (++) Eincremen allgemein ändern (++) | Aussagen zum Eincremen beziehen sich nur auf die Therapie | Eincremeverhalten bei der Arbeit unverändert Eincremeverhalten zu Hause verbessert |
| Frau H | Konsequenter Hautschutzcreme anwenden (±) Eincremen allgemein ändern (±) | Genauso viel gecremt wie vor der Reha nur Präparate ausgetauscht. | Umgang mit Hautschutz- und Hautpflegecreme nicht verändert; aber: kein Cortison mehr als „Hautschutz-/ Pflegecreme“ eingesetzt |
| Herr E | Eincremen allgemein ändern (±) | Kein Interview zu t3 | Umgang mit Schutz- und Pflegecreme verbessert Eincremeverhalten bei der Arbeit verbessert |
| Herr K | Konsequenter Hautschutzcreme anwenden (++) Konsequenter Hautpflegecreme anwenden (++) | Aussagen zum Eincremen beziehen sich auf Therapie | Umgang mit Schutz – und Pflegecreme verbessert |
| Herr I | Konsequenter Hautschutzcreme anwenden (++) | Aussagen zum Eincremen beziehen sich eher auf Therapie | Umgang mit Schutz- und Pflegecreme verbessert |
| Herr N | Sieht kein Verbesserungspotenzial im Bereich Hautpflegecreme Konsequenter Hautschutzcreme anwenden (±) | Mehr eingecremt als vor der Reha | Kein t4-Interview |
| Frau F | Konsequenter Hautpflegecreme einsetzen (++) | Mehr eingecremt als vor der Reha | Es konnten keine expliziten Aussagen zum Umgang mit Hautschutz- und/oder Hautpflegecreme identifiziert werden |

2.4.3 Therapieverhalten zum Zeitpunkt t4

Zum Zeitpunkt t4 äußern sich zehn der 13 Interviewpartner zur Therapie bzw. zum Umgang mit akuten Hautverschlechterungen. Drei Gesprächspartner machten keine Angaben zu therapeutischen Maßnahmen, wobei Herr L und Frau H zwar über akute Hautverschlechterungen nach dem beruflichen Wiedereinstieg berichten, im Verlauf aber keine interpretierbaren Angaben zu therapeutischen Maßnahmen aufgrund dieser Verschlechterungen machen. Herr C berichtet nur über leichte Hautveränderungen, die durch die normale Pflege therapiert werden konnte:

Interviewer: Und die Haut?

Herr C: Super! (zeigt seine Arme und Hände) Da ist ja nichts mehr! Das ist ja... Und das war ja....!!!

Interviewer: Auch keinen Schub mal gehabt seither...

Interviewer: Nein, nichts! Gestern habe ich einmal gedacht.... Ich habe gestern ganzen Tag an einem Arbeitsplatz gestanden, weil, fehlten so viele Leute. Da habe ich gedacht, das Gesicht würde wieder anfangen zu spannen. Aber heute Morgen war wieder alles weg. Was ich natürlich auch sagen muss, dies Physiogel ist total gut, ne. Das ist ja richtig klasse das Zeug. Die Creme benutze ich für zu Hause und... Die Pflegecreme.
Interview t4, Herr C, Zeile 4 ff.

Während sich das therapeutische Verhalten während der Arbeitskarenz auf die Fortführung der Therapie zur Stabilisierung des Hautzustandes bezog, rückt zum Zeitpunkt t4 in vielen Gesprächen der adäquate Umgang mit akuten Hautverschlechterungen in den Mittelpunkt, wie die generierten Antwortkategorien in Tabelle 31 verdeutlichen.

Tabelle 31: Antwortkategorien im Bereich Therapie zum Zeitpunkt t4

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| Therapie konnte auch nach dem beruflichen Wiedereinstieg fortgeführt werden. | Konnte akute Hautverschlechterungen ohne Cortison behandeln | Bei akuten Hautverschlechterungen allgemein mehr gecremt (unspezifisch) | Umgang mit akuten Hautverschlechterungen verbessert / adäquate Externa ausgewählt) | Gelerntes angewendet aber keine Besserung im Hautzustand. |
| B, I, G | D, A, I, G, C | B, E | J, D, A, I, G | M, F, I, K, E, A |

Das vermehrte Auftreten von Hautverschlechterungen führt teilweise zu einer intensiven Ursachenforschung:

Frau A: Ja, ... doch frustriert einen schon so ein bisschen. Also... Ich zumindest bin so jemand, suche dann auch immer nach einer Ursache... wo ich dann denke: 'Was um alles in der Welt hast Du jetzt gemacht? Du hast nichts gemacht!' ... Ich bin wirklich, ich bin so konsequent, dass es mir schon selbst manchmal weh tut... Ja.
Interview t4, Frau A, Zeile 48 ff.

Ebenso wird deutlich, dass die Fortführung der Therapie sich im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit schwierig gestalten kann, aber dennoch gelingt.

Herr I: Hmm, ja. Verändern können... Ich musste teilweise in der Zeit schieben, weil dann, man hat ja nicht immer dann gerade Zeit, sich dann einzuremen, wenn man in die Kundschaft muss. Oder Lenkrad anpacken muss, oder sonst was. Wenn man gerade los muss, dann kommt ein Notfall. AHA! Da muss man dann gerade sofort dahin. Und dann verschiebt sich das schon schnell,... Eine halbe Stunde.
Interview t4, Herr I, Zeile 41ff

Trotz dieser Unzufriedenheit mit den Hautveränderungen und der Therapie, wird die Therapietreue betont:

Interviewer: Was haben Sie alles ausprobiert, um es einzudämmen?

Frau F: Ich habe versucht, einfach alles so weiter zu machen, wie man mir das hier beigebracht hat. Aber, irgendwie... Das hat irgendwie nicht gefruchtet. Hat nicht funktioniert.
Interview t4 Frau F, Zeile 16 ff.

Wird der Einsatz von cortisonhaltigen Externa trotz der Therapietreue erforderlich, führt dies bei einigen Interviewten dazu, die cortisonfreie Therapie als grundsätzlich gescheitert zu betrachten:

Interviewer: Was ist haben Sie bemerkt?

Frau M: Ja, einfach mehr Juckreiz. Mehr kaputte Hände. Also, kann ich noch so viel pflegen, wie ich will, aber es funktioniert so nicht. Ich habe mir jetzt auch wieder Cortisoncreme verschreiben lassen, weil es geht nicht mehr.

Interviewer: Also, Sie sind richtig unzufrieden mit dem Hautzustand?

Frau M: Momentan ja.
Interview t4, Frau M, Zeile 6 ff

Zum Zeitpunkt t4 nimmt die Zahl der berichteten Hautveränderungen zu, was mit einer vermehrten Unzufriedenheit einhergeht:

Interviewer: Gibt es was womit Sie nicht zufrieden sind?

Frau A: Na ja, im Moment ... mit dem Hautbild...
Interview t4, Frau A, Zeile 45 ff.

Interviewer: Wenn Sie jetzt selber Ihren Hautzustand betrachten: Wie würden Sie den jetzt selber einordnen?

Herr I: Ja, leider unverändert.

Interviewer: Unverändert. Seit dem Sie hier waren?

Herr I: Vorher war es fast identisch, wie jetzt. Trotz den Cremes und den ganzen Anstrengungen.... NULL!

Interview t4, Herr I, Zeile 10 ff.

Mit dieser Zunahme der berichteten Hautveränderungen scheint auch die Unzufriedenheit mit der Therapie zuzunehmen. So lassen sich bei sechs Interviewten (siehe Tabelle 29) Äußerungen finden, die darauf hindeuten, dass das Gelernte angewendet wurde, aber keine akzeptable Besserung des Hautzustands auf diese Weise erreicht werden konnte. Zum Teil schwingt in den hier zugeordneten Äußerungen eine gewisse Verzweiflung mit, wie die folgende Textpassagen verdeutlichen:

Herr I: Genau. Das war vor Tagen viel schlimmer. Dann heilt das relativ, mit der Creme gut ab. Also, die ich da auch benutze und fette...und auch diese... diese... die so arg nach Öl riecht, also nach Teer... die tue ich drauf. Und dann wie gesagt diese andere Creme, so eine Fettcreme und dann noch Basodexan... extra dicke Fettcreme... Aber trotzdem.. Geht das irgendwie nicht in den Griff. Obwohl ich das regelmäßig, also auch fast... bis auf eine halbe Stunde genau jeden Tag absolviert wird..... Ich verstehe das nicht!

Interview t4, Herr I, Zeile 19

Frau F: (Holt aus einem Beutel mehrere Fläschchen) Das sind jetzt so Tinkturen, die ich auftragen muss. Weil ich die Haare auch verloren habe oder immer noch verliere. Durch die Tabletten... Büschelweise...Dann das noch für die Hände (zeigt auf ein Fläschchen). Dann noch andere Medikamente, noch einnehmen. All solche Dinge muss ich jetzt noch....

Interviewer: Haben Sie den Eindruck, dass es hilft...?

Frau F: (schüttelt den Kopf)

Interview t4, Frau Zeile 25 ff

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass zum Zeitpunkt t4 vermehrt der Umgang mit akuten Hautveränderungen im Vordergrund steht. Deutlich hat auch die Zahl der wertenden Aussagen zugenommen. Die wachsende Unzufriedenheit mit dem Hautzustand führt auch zu Unzufriedenheit mit der Therapie. Dennoch wird die empfohlene Therapie weitergeführt. Nur Frau M berichtet, Cortison eingesetzt zu haben, was von ihr als letzter Ausweg beschrieben wird. "Ich habe mir jetzt auch wieder Cortisoncreme verschreiben lassen, weil es geht nicht mehr!"

2.4.4 Intentionen zur Therapie zum Zeitpunkt t2 und tatsächliches Therapieverhalten zum Zeitpunkt t4

Zum Zeitpunkt t2 entfielen die meisten konkreten Intentionen zur Therapie auf den Cortisonersatz (siehe Tabelle 25). Sieben der 14 Befragten formulierten zum Zeitpunkt t2 hierzu konkrete Intentionen. Zum Zeitpunkt t4 berichtet nur Frau M, diese Intention nicht bis zum Schluss umgesetzt zu haben und schließlich doch Cortison eingesetzt zu haben. Frau A und Herr I berichten zum Zeitpunkt t4, dieser konkret formulierten Intention explizit entsprochen und im Umgang mit Hautverschlechterungen zum einen adäquate Externa gewählt und zum anderen diese ohne Cortison behandelt zu haben. Diese „Therapie-treue“ – ohne Cortison auskommen zu wollen – führt aber im Falle von Frau A, Frau F, Herr I und Herrn K nicht zu einem befriedigenden Ergebnis im Bereich des Hautzustands (siehe Tabelle 31). Somit führte die intendierte und vollzogene Verhaltensänderung nach Aussage dieser Gesprächspartner nicht zu dem erhofften Erfolg.

Herr D, Herr N und Frau G formulierten zum Zeitpunkt t2 eher vage Intentionen zum Cortisonersatz. Herr D und Frau G berichten zum Zeitpunkt t4 akute Hautverschlechterungen ohne Cortison behandelt zu haben (Herr D) bzw. den Umgang mit akuten Hautverschlechterungen durch Auswahl adäquater Externa verbessert zu haben (Frau G). Auch diese beiden konnten ihre – im Vergleich zu den oben genannten Gesprächspartnern – eher vage formulierten Intentionen zur Therapie umsetzen.

Vier Interviewpartner formulierten zum Zeitpunkt t2 keine Intentionen (Herr C, Herr B) bzw. konnten ihre Vorhaben in diesem Bereich nicht formulieren (Herr E und Frau H). Von diesen vier berichten Herr B und Herr E, bei akuten Hautverschlechterungen allgemein mehr gecremt zu haben und das Gelernte angewendet zu haben, aber dennoch keine Besserung im Hautzustand zu erleben (Herr E). Herr C berichtet akute Hautverschlechterungen ohne Cortison behandelt zu haben. Diesen Drei gelang es, ohne entsprechende Intention ein dermatologisch erwünschtes therapeutisches Verhalten umzusetzen. Bei Frau H lassen sich zum Zeitpunkt t4 trotz Berichte über Hautverschlechterungen keine Textstellen zum therapeutischen Verhalten aufdecken.

Folglich scheint auch im Bereich der Therapie der Grad der Konkretheit, mit dem Intentionen formuliert wurden, als Prädiktor für die tatsächliche Ausführung des Verhaltens bei dem hier interviewten Kollektiv nicht relevant gewesen zu sein.

Tabelle 32: Intentionen zu Zeitpunkt zur Therapie zum Zeitpunkt t2 und tatsächliches Therapieverhalten zum Zeitpunkt t4

| Interviewte | Intentionen zur Therapie zum Zeitpunkt t2 (n = 14) | Umsetzung der Therapie zum Zeitpunkt t4 (n = 13) |
|-------------|--|---|
| Frau M | Anderer Umgang mit Juckreiz (++). Cortison ersetzen(++). | Gelerntes angewendet, aber keine Besserung im Hautzustand |
| Herr C | ∅ | Konnte akuten Hautverschlechterungen ohne Cortison behandeln |
| Herr D | Externa auf Hautzustand abgestimmt wählen (+-) | Konnte akuten Hautverschlechterungen ohne Cortison behandeln Umgang mit akuten Hautverschlechterungen verbessert/adäquate Externa ausgewählt |
| Frau A | Externa auf Hautzustand abgestimmt wählen (++). Cortison ersetzen (++) | Konnte akuten Hautverschlechterungen ohne Cortison behandeln Umgang mit akuten Hautverschlechterungen verbessert/adäquate Externa ausgewählt |
| Herr B | ∅ | Therapie konnte auch nach dem beruflichen Einstieg fortgeführt werden. Bei akuten Hautverschlechterungen allgemein mehr gecremt (unspezifisch) |
| Herr L | Externa auf Hautzustand abgestimmt wählen (++) | Trotz Hautverschlechterungen keine interpretierbaren Angaben zu therapeutischen Maßnahmen |
| Frau J | Cortison ersetzen (++) | Umgang mit akuten Hautverschlechterungen verbessert/adäquate Externa ausgewählt |
| Frau G | Cortison ersetzen (+-) | Therapie konnte auch nach dem beruflichen Einstieg fortgeführt werden. Konnte akuten Hautverschlechterungen ohne Cortison behandeln Umgang mit akuten Hautverschlechterungen verbessert/adäquate Externa ausgewählt |
| Frau H | Cortison weiter, kann keine Intentionen formulieren | Trotz Hautverschlechterungen keine interpretierbaren Angaben zu therapeutischen Maßnahmen |
| Herr E | Will Umgang mit Juckreiz verändern (+-). Kann keine Intentionen formulieren | Bei akuten Hautverschlechterungen allgemein mehr gecremt (unspezifisch) Gelerntes angewendet, aber keine Besserung im Hautzustand |
| Herr K | Will keine Veränderung im Umgang mit Juckreiz. Cortison ersetzen, andere Externa (++) | Gelerntes angewendet, aber keine Besserung im Hautzustand |

| Interviewte | Intentionen zur Therapie zum Zeitpunkt t2 (n = 14) | Umsetzung der Therapie zum Zeitpunkt t4 (n = 13) |
|-------------|---|--|
| Herr I | Cortison ersetzen, andere Externa (++) | Therapie konnte auch nach dem beruflichen Einstieg fortgeführt werden. Konnte akuten Hautverschlechterungen ohne Cortison behandeln Umgang mit akuten Hautverschlechterungen verbessert/adäquate Externa ausgewählt Gelerntes angewendet, aber keine Besserung im Hautzustand |
| Herr N | Anderer Umgang mit Juckreiz (+-) , Externa auf Hautzustand abgestimmt wählen (+-) | Kein t4-Interview |
| Frau F | Anderer therapeutische Externa/Cortisonersatz (+-) | Gelerntes angewendet, aber keine Besserung im Hautzustand |

2.4.5 Einsatz von Schutzhandschuhen zum Zeitpunkt t4

Die Kategorie Schutzhandschuhe umfasst Gesprächsinhalte, die sowohl zum Einsatz von Baumwollhandschuhen als auch zu flüssigkeitsabweisenden Einmal- und Mehrweghandschuhen geäußert werden. Zum Zeitpunkt t4 berichten alle 13 Gesprächsteilnehmer über ihre Erfahrungen mit den empfohlenen Schutzhandschuhen. Tabelle 33 gibt einen Überblick über die generierten Antwortkategorien.

Tabelle 33: Einsatz von Schutzhandschuhen zum Zeitpunkt t4

| Mehr Handschuhwechsel | Mehr Baumwollhandschuhe als Unterziehandschuhe verwendet | Allgemein vermehrter Handschuh-einsatz | Handschuhe tätigkeitspezifisch gewählt | Empfohlene Handschuhe haben sich bewährt | Empfohlene Handschuhe haben sich teilweise nicht/gar nicht bewährt |
|-----------------------|--|--|--|--|--|
| B, D, M, H, F, I | J, A, M, E, G | D, G, L, F | B, D, I, E, H | I, D, E, G, L | C, K |

Bei fast der Hälfte der Gesprächspartner (n = 6) deuten die Inhalte darauf hin, dass in dem betrachteten Zeitraum ein vermehrter Handschuhwechsel berücksichtigt wurde. In den meisten Fällen ist das Ziel des Handschuhwechsels, Mazerationserscheinungen der Haut zu verhindern:

Frau H: Sobald ich den an habe, merke ich das schon. Das geht ganz schnell! (Frau H meint das Schwitzen in Handschuhen)

Interviewer: Und gelingt es Ihnen dann auch, die einigermaßen regelmäßig zu wechseln?

Frau H: Ja.

Interviewer: Wie oft wechseln Sie die Baumwollhandschuhe?

Frau H: Ufff. Das weiß ich gar nicht.

Interviewer: Wie viel Paar gehen da so am Tag durch?

Frau H: Bestimmt mehr als fünf!
Interview t4, Frau H, Zeile 66 ff.

Frau F: Also, schwer ist jetzt bei der Hitze, die Stoffhandschuhe zu tragen ... Und die anderen Handschuhe darüber ... Nach 10 Minuten ist Feierabend. Dann muss ich die wieder wechseln. Also, das fällt mir sehr schwer. Weil ich stets und ständig am Wechseln bin!

Interviewer: Und ist das möglich dann auch, diesen Wechsel dann durchzuführen ...?

Frau F: Ich habe die ja überall! Auf jedem Pflegewagen steht ja schon eine Kiste: Für (nennt Vornamen). Also, da habe ich die ja überall drauf.
Interview t4 Frau F, Zeile 70 ff.

Zwar gelingt es in manchen Fällen, die Handschuhe mehr zu wechseln, als dies noch vor dem stationären Aufenthalt der Fall war, dennoch erscheint dieser vermehrte Handschuhwechsel nicht immer ausreichend:

Interviewer: oder Sie hätten mal wechseln müssen, das hat nicht geklappt...

Herr I: Ja gut, das mit dem Wechseln. Ja. Aber, dabei habe ich sie eigentlich immer! Spätestens im Auto auf dem Beifahrersitz, oder so.... Aber mit dem Wechseln ist das teilweise so.... Geht nicht einzuhalten! Man kann nicht jetzt sagen, jede Viertelstunde... Das geht nicht. Dann kommt man überhaupt nicht mit vorwärts. Der Kunde sagt einem: Das kann ich nicht bezahlen:

Interviewer: Und wie klappt das jetzt. Also, Sie wechseln die ja schon, die Baumwollhandschuhe. Und haben Sie jetzt so einen Rhythmus... Also, wie lange haben Sie so einen Baumwollhandschuh ungefähr an?

Herr I: Ungefähr... Also,.. Wenn es nicht so heiß ist und man muss vielleicht im Keller arbeiten, man hat keine Sonne, leider, nicht so oft bei mir.... Dann ... 20 Minuten. Weil meine Hände, obwohl die komischerweise trocken sind... Im Handschuh ist das alles ganz anders! Da läuft irgendwie, als ob die ganze Körperflüssigkeit in die Hände laufen könnte, und dann schwitzen die! Vielleicht ist da auch ... Einbildung. Aber, länger wie 20 Minuten kann ich sie nicht anhaben.

Interviewer: Wie oft gelingt es Ihnen dann die zu wechseln?

Herr I: Ja, also... Ich nehme vier Paar mit.... Fünf Paar.... Und dann lasse ich schon zwischendurch mal wieder welche trocknen... Bei der Hitze geht das ganz gut im Auto... wenn Sie nicht dreckig sind. Dann habe ich so... 45 Minuten, halbe Stunde... Aber, dann sind Sie auch schon nass! Dann haben die wirklich alles aufgesogen, dann sind die auch im Maximum.
Interview t4, Herr I, Zeile 104 ff

Aus allen drei Gesprächsausschnitten geht deutlich hervor, dass der Handschuhwechsel aufgrund der Hyperhidrose der Hände als zwingend notwendig empfunden wird. Alle drei

betonen, dass ihnen der regelmäßige Wechsel – trotz des damit verbundenen Aufwands – gelingt.

Ein Gesprächspartner versteht unter Handschuhwechsel den Austausch von Mehrweghandschuhen bei Verschmutzung, da diese Verschmutzungen von ihm als Indikator für mögliche Defekte der Schutzhandschuhe betrachtet werden:

Interviewer: Würden Sie sagen, Sie wechseln sie auch häufiger?

Herr D: Ja.

Interviewer: Wie lange haben Sie die Handschuhe früher getragen, wenn Sie dann welche getragen haben?

Herr D: Manchmal 1, 2 Wochen ... kommt drauf an, aber jetzt wechsele ich schon früher, also wenn sie verschmutzt sind und ich meine es könnte was durchkommen werden die gewechselt.

Interviewer: Ok. Das haben Sie früher nicht so berücksichtigt?

Herr D: Da habe ich die länger getragen.
Interview t4, Herr D, Zeile 30 ff.

Verschmutzungen und Verfärbungen können als Zeichen für Materialermüdung gewertet werden. Ein frühzeitiger Austausch ist hier in jedem Falle sinnvoll. Im Umgang mit Chemikalien sollten vor allem aber die Beständigkeitszeiten des Handschuhmaterials gegenüber der jeweiligen Chemikalie berücksichtigt werden und bei deren Überschreitung – auch ohne sichtbare Veränderungen des Handschuhmaterials – ein Austausch derselben vorgenommen werden (siehe Teil I, Kap. 2.3.2.1). Es bleibt unklar, ob Herr D auch diesen Aspekt beim Austausch der Schutzhandschuhe berücksichtigt.

Fünf Interviewpartner berichten, vermehrt Baumwollhandschuhe als Unterziehhandschuhe eingesetzt zu haben:

Interviewer: Wie ist es Ihnen seit Ihrem beruflichen Wiedereinstieg ergangen?

Frau J: (...) Also, ich könnte gar nicht mehr arbeiten ohne den Baumwollhandschuhen in den Vinylhandschuhen. Da würde ich glaube ich gleich so eine ... so eine Angst entwickeln.. So eine Panik, weil dann schwitzt man dann automatisch ja noch mehr. (...)
Interview t4, Frau J, Zeile 3 ff

Frau A: Ja, ich mache mehr als vorher! Natürlich! Auf jeden Fall! Klar! Sicher, ganz anders. (...) Ich habe ja früher auch zwischendurch gar nicht eingecremt, weil man dann ja gar nicht in die nächsten Handschuhe reingekommen ist. Da wird nicht gecremt, weil der nächste Handschuh da nicht mehr passt. Und jetzt mit dem Baumwollhandschuh ist das überhaupt kein Ding! Ja...
Interview t4, Frau A, Zeile 55 ff. und 15 ff

Die beiden Textausschnitte machen deutlich, dass auch die Intentionen zum Einsatz von Baumwollunterziehhandschuhen variieren können: Während Frau J Baumwollunterziehhandschuhe zur Minderung von Mazerationserscheinungen einsetzt, betont Frau A, durch den Einsatz von Baumwollhandschuhen ihre Eincremefrequenz verbessert zu haben.

Fünf Gesprächspartner berichten, dass die im Rahmen des stationären Heilverfahrens empfohlenen Schutzhandschuhe sich im beruflichen Alltag bewährt haben. Aus den Interviews geht deutlich hervor, dass ganz unterschiedliche Kriterien herangezogen werden, um die Eignung oder Nichteignung eines Handschuhs zu beschreiben:

Herr D: Zu 100 % Handschuhe tragen.

Interviewer: Jetzt alle Tätigkeiten?

Herr D: Alle Tätigkeiten.

Interviewer: Sie hatten ja glaube ich auch das Problem, dass die feinen Sachen so schlecht gingen?

Herr D: Genau ... da gehen die neuen Handschuhe super mit. Bis jetzt habe sich beim Arbeiten nur Handschuhe an!
Interview t4, Herr D, Zeile 24

Für Herrn D sind die sensomotorischen Eigenschaften eines Handschuhs wichtig. In anderen Fällen war es die Hautverträglichkeit des Handschuhmaterials, die über die Eignung entschieden hat. So berichtet Frau J, früher Latexhandschuhe eingesetzt zu haben, die ihre Haut nicht vertragen habe:

Frau J: (...) Rein in die Handschuhe. Manchmal auch Latex. Die vertragen ich auch überhaupt nicht:
Interview t4, Frau J, Zeile 4

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes wurden ihr Handschuhe aus Nitril und Vinyl empfohlen, die sie sogar so weit akzeptiert, dass diese Handschuhe mit „*mein Nitrilhandschuh*“ bezeichnet werden:

(...) Ja und dann Baumwollhandschuhe und dann eben mein Nitrilhandschuh oder Vinyl. Je nach dem, was ich dann nehme.
Interview t4, Frau J, 7 ff

Aber auch spezielle Anforderungen, wie z. B. ein möglichst „leises“ Arbeiten mit Handschuhen bei Massagen, werden als Begründung für die Eignung der empfohlenen Handschuhe angeführt:

Frau G: Ja, würde ich sagen. Ich habe jetzt auch so ganz gute Handschuhe, die nicht so komisch rascheln da, da hat ich erst so ein Paar und wenn man dann rauf und runter ging

dann raschelten das immer so. Aber jetzt habe ich welche, die relativ eng anliegen und das ist eigentlich echt gut.

Interviewer: Wissen Sie, was das für ein Material ist, was Sie da jetzt haben?

Frau G: Also, dieses Nitril ist das.
Interview t4, Zeile 28 ff

In manchen Fällen wird die Zufriedenheit mit den neuen Handschuhen nicht weiter begründet. So ist Herr E einfach mit den Handschuhen zufrieden, da er „*keine Schwierigkeiten*“ damit hat:

Interviewer: Von den Handschuhen, die Sie bekommen haben, gab es welche mit denen Sie besonders zufrieden waren?

Herr E: Also, mit den Handschuhen bin ich mit allen zufrieden, die ich habe. Ja, das sind super Handschuhe, also, da habe ich keine Schwierigkeiten mit.
Interview t4, Zeile 55 ff.

Vier Interviewpartner bleiben in ihren Aussagen zunächst relativ unspezifisch und geben nur an, vermehrt Handschuhe eingesetzt zu haben:

Interviewer: (...) Sie arbeiten mehr mit Handschuhen als Sie es vorher gemacht haben?

Frau G: Ja, viel mehr!
Interview t4, Frau G, Zeile 58 ff.

Interviewer: (...)Haben Sie noch weitere Dinge verändert seit dem Sie wieder angefangen sind zu arbeiten? Im Vergleich zu vorher(...)?

Herr D: Zu 100 % Handschuhe tragen.

Interviewer: Jetzt alle Tätigkeiten?

Herr D: Alle Tätigkeiten.
Interview t4, Herr D, Zeile 20 ff.

An anderer Stelle finden sich bei Herrn D, Frau F und Frau G weitere Hinweise auf einen verbesserten Handschuheinsatz: So geben Herr D (Interview t4, Zeile 28) und Frau F (Interview t4, Zeile 70 ff.) an, vermehrt auf Handschuhwechsel geachtet zu haben, und Frau G erläutert (Interview t4, Zeile 23), vermehrt Baumwollhandschuhe unter flüssigkeitsdichten Einmalhandschuhen eingesetzt zu haben.

Zwei Interviewpartner berichten, dass die empfohlenen Handschuhe sich nicht bewährt haben, wobei in einem Fall die Handschuhe bzw. Armstulpen sich als nicht geeignet für die Tätigkeit herausgestellt haben (Herr C) und im anderen Fall es aufgrund der empfohlenen Nitrilhandschuhe zu Problemen mit Hautveränderungen kam (Herr K). Beide Gesprächspartner konnten die Situation durch Austausch der Handschuhe gegen bewährte Exemplare bewältigen, wie die folgenden beiden Textpassagen belegen:

Herr C: (...). Dann habe ich einen Handschuh, den kann ich gar nicht tragen, weil dann kriege ich die Stechhandschuhe nicht mehr drüber.... Ist alles zu dick. Ja da habe ich jetzt ein bisschen rumgefummelt, mir ein paar andere Handschuhe geholt, die gehen jetzt zwar nur bis hier (zeigt auf die Mitte des Unterarms), aber geht alles.
Interview t4, Herr C, Zeile 8 ff.

Interviewer: Und das Handschuhwechseln und die Handschuhe die sie verschrieben bekommen haben, die waren ...

Herr K: Ja gut, genau! Das hatte ich vergessen! Die Handschuhe, die ich hier bekommen habe, das waren ja Nitrilhandschuhe. Und die haben eine lange Stulpe und gingen bis hier (Mitte Oberarm) und die Baumwollhandschuhe bis hier (Handgelenk) und nachdem ich die ein paar Tage getragen hatte ich dann hier an beiden Händen Ausschlag gekriegt.

Interviewer: Da wo die endeten, die Baumwollhandschuhe.

Herr K: Ja, genau.

Interviewer: Und ... Da wo der Nitrilhandschuhe endete, da war aber nichts?

Herr K: Nein, nein. Nur auf diesem Stück. Man sieht ja auch noch ein bisschen hier. Da war dann wieder arg eine Hautveränderung aufgetreten. Und dann habe ich die Vinyl wiedergenommen, die ich vorher hatte. Die ja auch da zur Verfügung stehen.
Interview t4, Herr K, Zeile 51 ff

2.4.6 Intentionen zum Handschuheinsatz zum Zeitpunkt t2 und tatsächlicher Handschuheinsatz zum Zeitpunkt t4

Tabelle 34: Intentionen zum Handschuheinsatz und deren Umsetzung zum Zeitpunkt t3 und t4

| Interviewte | Intentionen zu Handschuhen zum Zeitpunkt t2 (n = 14) | Einsatz von Handschuhen zum Zeitpunkt t3 (n = 12) | Einsatz von Handschuhen zum Zeitpunkt t4 (n = 13) |
|-------------|--|---|--|
| Frau M | Allgemein mehr Handschuhe einsetzen (++) Andere geeignetere Handschuhe einsetzen(++). Öfter Handschuhe wechseln (++) | Einsatz von Baumwollhandschuhen für die Pflege/Therapie | mehr Handschuhwechsel mehr BW-Unterziehhandschuhe verwendet |
| Herr C | ∅ | Kein Interview zu t3 | empfohlenen Handschuhe haben sich nicht bewährt |
| Herr D | Allgemein mehr Handschuhe einsetzen (+-) Andere, geeigneter Handschuhe einsetzen (++) | Vermeehrt Handschuhe eingesetzt. Baumwollhandschuhe für die Pflege/Therapie angewendet | empfohlenen Handschuhe haben sich bewährt HS tätigkeitspezifisch eingesetzt mehr Tätigkeiten mit Handschuhen ausgeführt Mehr HS-wechsel |

| Inter- viewte | Intentionen zu Handschu- hen zum Zeitpunkt t2 (n = 14) | Einsatz von Handschu- hen zum Zeitpunkt t3 (n = 12) | Einsatz von Hand- schuhen zum Zeit- punkt t4 (n = 13) |
|------------------|--|---|--|
| Frau A | Andere geeignete Hand- schuhe einsetzen(++). Mehr Baumwollunterzieh- handschuhe einsetzen (++) | Gibt an, bereits vorher viel mit Handschuhen incl. Baumwollunterzieh- handschuhen gearbeitet zu haben. Verhaltensän- derung zu Hause er- schien nicht notwendig (siehe t3, Zeile 18 ff. und 23 ff). | Mehr BW- Unterziehhandschuhe verwendet |
| Herr B | Allgemein mehr Handschu- he einsetzen (+-) Andere, geeignete Hand- schuhe einsetzen (+-) Handschuhe öfter wechseln (+-) | Vermehrt Handschuhe eingesetzt. Baumwollhandschuhe als Unterziehhandschuhe eingesetzt. | Mehr Handschuhwech- sel Handschuhe tätigkeits- spezifisch gewählt |
| Herr L | Andere, geeignete Hand- schuhe einsetzen (+-) | Keine Tätigkeiten ausge- führt, die Handschuh-ein- satz erforderlich gemacht hätten (t3, Zeile 52 ff.). | allgemein vermehrter HS-einsatz empfohlenen HS haben sich bewährt |
| Frau J | Allgemein mehr Handschu- he einsetzen (++) Mehr Baumwollunterzieh- handschuhe einsetzen (++) | Einsatz von Baumwoll- handschuhen für die Pflege/Therapie Baumwollhandschuhe als Unterziehhandschuhe eingesetzt | mehr BW- Unterziehhandschuhe verwendet |
| Frau G | Allgemein mehr Handschu- he einsetzen (++). Mehr Baumwollunterzieh- handschuhe einsetzen (++) | Vermehrt Handschuhe eingesetzt Baumwollhandschuhe als Schutz bei Tätigkei- ten | empfohlenen Hand- schuhe haben sich bewährt mehr Tätigkeiten mit Handschuhen ausge- führt mehr BW- Unterziehhandschuhe verwendet |
| Frau H | Allgemein mehr Handschu- he einsetzen (++) | Vermehrt Handschuhe eingesetzt | mehr Handschuhwech- sel Handschuhe tätigkeits- spezifisch ausgewählt |
| Herr E | Andere, geeignete Hand- schuhe einsetzen (+-) | Kein Interview zu t3 | empfohlenen Hand- schuhe haben sich bewährt Handschuhe tätigkeits- spezifisch ausgewählt mehr BW- Unterziehhandschuhe verwendet |

| Inter- viewte | Intentionen zu Handschu- hen zum Zeitpunkt t2 (n = 14) | Einsatz von Handschu- hen zum Zeitpunkt t3 (n = 12) | Einsatz von Hand- schuhen zum Zeit- punkt t4 (n = 13) |
|------------------|---|---|---|
| Herr K | Sieht kein Verbesserungspotenzial | Vermehrt Handschuhe eingesetzt. Baumwollhandschuhe für die Pflege/Therapie eingesetzt. Baumwollhandschuhe als Schutz bei Tätigkeiten (Fahrradfahren) eingesetzt | empfohlenen Handschuhe haben sich nicht bewährt (Hautveränderungen durch die |
| Herr I | Allgemein mehr Handschuhe einsetzen (++) Handschuhe öfter wechseln (+-) Andere, geeignete Handschuhe einsetzen (+-) | Vermehrt Handschuhe eingesetzt. Baumwollhandschuhe als Unterziehhandschuhe eingesetzt. Baumwollhandschuhe als Schutz bei akuten Hautverschlechterungen (t3 Zeile 17 ff.) | Handschuhe tätigkeitsspezifisch gewählt empfohlenen Handschuhe haben sich bewährt Mehr Handschuhwechsel |
| Herr N | Allgemein mehr Handschuhe einsetzen (++) Mehr Baumwollunterziehhandschuhe einsetzen (+-) Öfter Handschuhe wechseln (+-) | Vermehrt Handschuhe eingesetzt. Baumwollhandschuhe als Unterziehhandschuhe eingesetzt Baumwollhandschuhe für die Pflege und Therapie eingesetzt. Handschuhwechsel berücksichtigt | Kein t4-Interview |
| Frau F | Allgemein mehr Handschuhe einsetzen(++). Andere, geeignetere Handschuhe einsetzen (++) | Vermehrt Handschuhe eingesetzt. Handschuhwechsel berücksichtigt. | mehr Handschuhwechsel mehr Tätigkeiten mit Handschuhen ausgeführt |

Zum Zeitpunkt t2 wollen acht Gesprächspartner in Zukunft andere, geeignetere Handschuhe einsetzen (siehe auch Tabelle 17). Von diesen acht Gesprächspartnern erläuterten fünf im Rahmen des t4-Interviews, dass die empfohlenen Handschuhe sich im beruflichen Alltag bewährt haben (Herr D, Herr L, Frau G, Herr E, Herr I) oder die Handschuhe tätigkeitsspezifisch gewählt werden (Herr D, Herr B, Herr E, Herr I). Nur im Fall von Frau A und Frau M lassen sich keine Aussagen identifizieren, die darauf hindeuten, dass die Intention, *andere, geeignete Handschuhe einsetzen*, sich erfolgreich umsetzen ließ.

Neun Gesprächspartner gaben zum Zeitpunkt t2 an, zukünftig allgemein mehr Handschuhe einsetzen zu wollen (siehe Tabelle 17). Diese Intention zum vermehrten Handschuh-einsatz bezog sich bei der Mehrheit der Gesprächspartner auf Hautschutzsituationen im privaten Bereich (vgl. Teil III, Kapitel 2.2.2). Lediglich Herr D und Frau G formulierten Intentionen, die darauf schließen lassen, dass auch im beruflichen Bereich vermehrt Schutzhandschuhe eingesetzt werden sollen:

Interviewer: Haben Sie hier Anregungen bekommen, die Sie zukünftig in Ihrem beruflichen oder privaten Alltag umsetzen möchten?

Herr D: Ja, alles mit den Handschuhen und der Pflege.

Interviewer: Also Handschuhe? Was möchten Sie da ändern?

Herr D: Ja, da ich jetzt ein anderes Paar Handschuhe habe als vorher, die ich für feinmotorische Sachen besser anziehen kann (...)
Interview t2, Herr D, Zeile 20 ff.)

Interviewer: Welche Tätigkeiten sind das, die Sie dann beruflich mit Handschuhen ausführen möchten?

Frau G: Also, Massagen hauptsächlich. Ja! Da werde ich jetzt wirklich konsequent nur mit Handschuhen...
Interview t2, Frau G, Zeile 31 ff

Herr D und Frau G berichten, dass diese Umstellung gelang:

Interviewer: Das glaube ich.

Frau G: Obwohl ich jede Massage wirklich brav mit Handschuhen gemacht habe (lacht).

Interviewer: Das glaube ich Ihnen gerne.

Frau G: Geht auch langsam gut, man halt auch langsam .. ist ok. Und die Leute fragen auch nicht mehr, die finden es auch ok.

Interviewer: Haben Sie jetzt mit Baumwollhandschuhen oder ohne was gemacht?

Frau G: Mit Baumwollhandschuhen und dann eben halt so einen Einmalhandschuh drüber. Doch, das geht auch.
Interview t4, Frau G, Zeile 22 ff.

Interviewer: Sie hatten ja glaube ich auch das Problem, dass die feinen Sachen so schlecht gingen?

Herr D: Genau ... da gehen die neuen Handschuhe super mit. Bis jetzt habe ich beim Arbeiten nur Handschuhe an.

Interviewer: Und habe Sie das Gefühl, dass Sie jetzt mit Schwitzen Probleme kriegen?

Herr D: Also in den Dünnen gar nicht, mit den Dicken, die kann ich dann schon ne halbe Stunde dazwischen anhaben aber länger habe ich die sowieso nicht an.
Interview t4, Frau D, Zeile 24 ff.

Sechs der 13 Interviewpartner gaben zum Zeitpunkt t4 an, während der Zeit des beruflichen Wiedereinstiegs vermehrt Handschuhwechsel berücksichtigt zu haben. Eine ent-

sprechende Intention zum Zeitpunkt t2 formulierten drei Gesprächspartner (Frau M, Herr B, Herr I), alle übrigen (Herr D, Frau H, Frau F) formulierten zum Zeitpunkt t2 hierzu keine entsprechenden Vorhaben.

Bei 1/3 der t4-Interviewpartner (n = 5) ließen sich Textpassagen identifizieren, die darauf schließen lassen, das während des beruflichen Wiedereinstiegs vermehrt Baumwollunterziehhandschuhe eingesetzt wurden. Von diesen fünf Gesprächspartnern formulierten drei Gesprächspartner zum Zeitpunkt t2 eine entsprechende Intention (Frau A, Frau J, Frau G).

Insgesamt zeigt sich, dass alle zwölf Interviewpartner, die zum Zeitpunkt t2 eine oder mehrere Intentionen zum verbesserten Umgang mit Schutzhandschuhen formuliert haben, auch mindestens einen dieser oder andere Vorsätze umgesetzt haben. Auch der umgekehrte Fall bestätigt sich: Herr C und Herr K formulierten zum Zeitpunkt t2 keine Intentionen, was den verbesserten Umgang mit Schutzhandschuhen betrifft. Diese beiden berichten zum Zeitpunkt t4, dass die empfohlenen Handschuhe sich nicht bewährt haben. Auch sonst lassen sich bei diesen beiden keine anderen Textpassagen identifizieren, die darauf hindeuten, dass der Umgang mit Schutzhandschuhen verbessert wurde.

Zum Zeitpunkt t4 lassen sich 32 Textpassagen identifizieren, die Auskunft über den Umgang mit Schutzhandschuhen geben. Dies sind deutlich mehr Aussagen als zum Zeitpunkt t3 (25 Textpassagen). Diese Tatsache bestätigt abermals, dass während der Zeit der Arbeitskarenz der Umgang mit Schutzhandschuhen nicht im Fokus des Hautschutzverhaltens ist, was sicherlich der Tatsache geschuldet ist, dass in der Zeit der Arbeitskarenz deutlich weniger Situationen, die einen Einsatz von Schutzhandschuhen notwendig machen, vorkommen.

2.4.7 Hautreinigungsverhalten zum Zeitpunkt t4

Zum Zeitpunkt t4 machen acht der 13 Gesprächspartner Aussagen zu ihrem Hautreinigungsverhalten, bei vier Gesprächspartnern (Herr D, Frau M, Frau F, Herr K) lassen sich keine Textpassagen, die Auskunft über das Hautreinigungsverhalten geben, identifizieren. Insgesamt ließen sich fünf Antwortkategorien generieren, die darauf hindeuten, dass eine Verbesserung im Bereich der Hautreinigung stattgefunden hat (siehe Tabelle 35). Die Aussagen von drei Interviewpartnern deuten eher auf Probleme bezüglich der Umsetzung der Hautreinigungsempfehlungen hin (Frau G, Herr I, Herr K).

Tabelle 35: Antwortkategorien im Bereich Hautreinigung zum Zeitpunkt t4

| Bewussteres Händewaschen | Zahl der Waschungen reduziert | Verzicht auf abrasive Reinigungsmethoden | Weniger Einsatz von Detergenzien, mehr ph-hautneutral | Weniger Waschen mehr Desinfizieren | Probleme bei der Umsetzung von Hautreinigungsempfehlungen |
|--------------------------|-------------------------------|--|---|------------------------------------|---|
| J, A, I | J, A, C | B, D, I, E | L, C, H | A, C | I, G, K |

Der Antwortkategorie *bewussteres Händewaschen* wurden Aussagen zugeordnet, aus denen hervorgeht, dass der Vorgang des Händewaschens nicht gedankenlos erfolgt, sondern konkrete Überlegungen zur Art und Weise des Händewaschens gemacht werden, wie folgende Textpassage verdeutlicht:

Frau A: Wenn ich das jetzt mal so über den Daumen sag, habe ich mir sicher so zwischen acht und zwölf Mal die Hände gewaschen. Am Vormittag! Und mit Sicherheit genauso oft desinfiziert. Weil es ist ja immer so gesagt worden, desinfizieren und dann eben weiter... Und jetzt beschränke ich das Waschen wirklich auf ... muss ich sagen, ich wasche mir morgens die Hände, zu Hause. Wenn ich so mit meinen ganzen Dingen im Badezimmer fertig bin, als letztes wasche ich mir dann die Hände, creme die ein. Und dann wasche ich mir, also wenn ich fertig bin eigentlich erst die Hände wieder, wenn ich Feierabend habe! Es sei denn es ist jetzt mal was ganz akutes irgendwo,... wo man das Bedürfnis hat, ich hab ja Fäkalien am Handschuh gehabt und da möchte ich mir doch vielleicht mal lieber die Hände waschen. Ansonsten wasche ich mir die wirklich konsequent so lange nicht, bis ich Feierabend habe.
Interview t4, Frau A, Zeile 58 ff

Diese Textpassage aus dem t4-Interview mit Frau A wurde ebenfalls der Kategorie *Zahl der Waschungen reduziert* zugeordnet, da Frau A sehr genau beschreibt, inwieweit sie die Anzahl der Händewaschungen im Vergleich zu früher reduziert hat. Das *bewusstere Händewaschen* wirkt sich also in diesem Fall auch unmittelbar positiv auf weitere Aspekte der schonenden Hautreinigung aus.

Ähnlich verhält es sich bei den beiden anderen Interviewpartnern, die über ein bewusstes Händewaschen berichten. Hier wirkt sich die größere Bewusstheit im Bereich der Hautreinigung zusätzlich auf den Einsatz von Hautschutz- bzw. Hautpflegecreme aus, wie die beiden Textpassagen belegen:

Interviewer: Ja, genau. Und da ist Ihnen dann quasi die "Erleuchtung" gekommen?

Frau J: Ja, ja, genau! Ich habe auch immer Creme jetzt bei mir! Also ich wasche mir nicht mehr die Hände, wo ich nicht weiß, dass ich hinterher keine Creme habe! Das ist schon Paraneua! Habe ich schon entwickelt (lacht). Ich habe überall Creme! Weil ich es auch durch (Name der Seminarleitung) bei dem Hautschutzseminar gezeigt wurde, wie die Haut aussieht, nach dem Hände waschen!
Interview t4, Frau J, Zeile 32 ff.

Herr I: Ja, ich setze die ... Bevor ich zur Arbeit fahre, eine Stunde vorher creme ich meine Hände komplett ein. Und dann versuche ich die so sauber wie möglich zu halten. Aber, meistens gelingt das nicht... Und dann habe ich noch eine zweite Creme in der Firma stehen. Da, wo kein anderer rangeht, wo die auch kein anderer findet. Und... oder im Auto teilweise, wenn es nicht so heiß ist... Wenn die Hände in der Mittagspause noch mal richtig trocken geworden sind, dann noch mal draufcremen. Weil, ich muss sie teilweise Waschen, das geht gar nicht anders! Ich kann den Dreck, den ich da habe, kann ich nicht noch mal desinfizieren und verreiben. Das bringt nichts!
Interview t4, Herr I, Zeile 129

Herr I zeigt ein bewussteres Händewaschverhalten, indem er versucht, die Zahl der notwendigen Waschungen so gering wie möglich zu halten. Um diese Vorgabe zu erfüllen, versucht er die Hände *so sauber wie möglich* zu halten. Dabei scheint es ihm primär um einen regelmäßigen Einsatz von Creme-Externa auf sauberer Haut zu gehen, was den Vorgaben zum Hautschutz entspricht (siehe Teil I, Kap. 2.3.2). Ähnlich verhält es sich bei Frau J, die angibt, den Vorgang des Händewaschens davon abhängig zu machen, ob sie über entsprechende Creme-Externa verfügt, die sie im Anschluss auftragen kann. Die Textausschnitte machen deutlich, dass die Säulen des Hautschutzes von den Betroffenen als eng verzahnt erlebt werden. Gelingt es, die Vorgaben z. B. im Bereich Hautreinigung einzuhalten, wirkt sich dies – wie im Fall von Frau J und Herrn I – unmittelbar auf die anderen Bereiche des Hautschutzes aus.

In handwerklichen Berufen ist die Hautreinigung mit reibemittelfreien Substanzen ein zentraler Aspekt der schonenden Hautreinigung. Von den 14 Interviewpartnern, die an der Untersuchung teilgenommen haben, sind vier aus Berufen, in denen dieser Aspekt relevant ist (Herr D, Herr B, Herr I, Herr E). Alle vier Gesprächspartner geben zum Zeitpunkt t4 an, auf reibemittelhaltige Reinigungssubstanzen zu verzichten. Herr B berichtet in diesem Zusammenhang von Vorurteilen bezüglich der Reinigungsleistung, die sogar im Rahmen einer ambulanten Hautschutzschulung bekräftigt wurden:

Interviewer: Und reibemittelhaltige Reinigungssachen haben Sie die vorher benutzt, oder gar nicht?

Herr B. Doch, vorher hatte ich das ja dies Krestopol, Solopol immer quer durch den Garten. Doch jetzt benutze ich nur noch diese Verapol und die ist ja ganz ohne Reibemittel, die ist ja fast wie eine Creme. Die benutze ich jetzt nur noch. Das haut auch hin mit Hände sauber kriegen! Das funktioniert! Weil viele ja immer gesagt haben, das bringt nichts Auch auf dem Hautschutzseminar (spricht von einem im Vorfeld besuchten ambulanten Hautschutzseminar): `Da kriegen Sie die Hände nicht mit sauber!` Aber, das passt. Auch wenn man mit Handschuhen arbeitet und die vorher eincremt, mit diesem Travabon oder diesem Stockoderm, das habe ich ja auch, das haut schon hin. Das funktioniert! Gerade, wenn man mit Handschuhen arbeitet, dann sind sie ja auch nicht ganz so verschmutzt. Ich denke mal, würde ich jetzt ohne Handschuhen, ... habe ich auch ein paar mal, weil alles geht nicht mit Handschuhen da hat man die auch mal ziemlich dreckig, das geht auch, ohne diese Reibemittel!

Interviewer: Also, davon sind Sie schon von ab. Das war eine Veränderung?

Herr B: Joaa. (...)
Interview t4, Herr B, Zeile 66 ff.

Trotz der auch von Expertenseite formulierten Vorurteile bezüglich der Reinigungsleistung von reibemittelfreien Waschsubstanzen, erprobte Herr B diese. Seine Erfahrungen konnten die Vorurteile widerlegen. Gleichzeitig machen die Erfahrungen von Herrn B deutlich, dass in diesem Bereich noch weitere Aufklärung auch der sogenannten Experten und Multiplikatoren erfolgen muss.

Was die Reinigung mit reibemittelfreien Substanzen im handwerklichen Berufssektor ist, ist die Regel „Mehr desinfizieren – weniger waschen“ in Berufen mit hygienischen Anforderungen (medizinischer Sektor, Lebensmittel, Körperpflege). Acht der 14 Interviewpartner arbeiten in Berufsfeldern, in denen diese Regel zu Anwendung kommt (Pflege, Altenpflege, Großschlachtereier). Von diesen acht Gesprächspartnern äußerten zwei zum Zeitpunkt t4, diese Regel besonders umgesetzt zu haben:

Interviewer: Von all den Maßnahmen, die Sie so durchführen, haben Sie irgendwo das Gefühl: Das hilft besonders gut?

Frau A: (...) Oder was ich als besonders positiv empfinde, ist dies nicht mehr so häufig Hände waschen. Weil ich auch jetzt nach jedem Händewaschen merke, wie ausgelaugt die Hände sind. Ich meine, die sind sowieso ausgelaugt und die werden auch den Rest meines Lebens keine Schönheitspreis irgendwo gewinnen in irgendeiner Art und Weise. Aber, wenn ich mir die Hände wasche, ich trockene die auch ganz vorsichtig ab, ich rubbel auch nicht dran rum.... Obwohl ich das wirklich manchmal so gerne möchte ... wenn es dann so juckt. Dann merke ich so nach... weiß nicht... nach einer Minute... ich sag mal wenn die Restfeuchtigkeit raus ist, so aus der Haut ist... Wie ausgelutscht, wie spröde, wie trocken die sind! Das ist... wo ich dann denk... das sollst du wirklich sein lassen, einfach. Das ist so! Das 'mehr desinfizieren', bekommt mir wesentlich besser! Auf jeden Fall!
Interview t4, Frau A, Zeile 59 ff.

Frau A beschreibt deutlich, welche Disziplin es für sie bedeutet, die Hände schonend zu reinigen und auf juckreizstillende Praktiken, wie Hände nach dem Waschen kräftig zu rubbeln, zu verzichten. Dennoch ist sie von der schonenden Hautreinigung durch vermehrtes Desinfizieren anstelle vom Waschen überzeugt: „Das ‚mehr desinfizieren‘ bekommt mir wesentlich besser! Auf jeden Fall!“ (Interview t4, Frau A). Frau M und Frau F gaben bereits zum Zeitpunkt t1 an, vermehrt Hände zu desinfizieren und weniger zu waschen (Interview t1, Frau F, Zeile 54; Interview t1 Frau M, Zeile 57), so dass davon ausgegangen werden kann, dass dieses Verhalten auch zum Zeitpunkt t4 fortgesetzt wurde. Eine konkrete Aussage machen Frau M und Frau F zum Zeitpunkt t4 hierzu nicht.

Schwieriger stellte sich die Situation bei Herrn K und Frau G da. Beide berichten über Probleme mit der Umsetzung „weniger waschen – mehr desinfizieren“, wie die folgenden beiden Textstellen belegen:

Herr K: Es wäre leicht umzusetzen, wenn die Haut in Ordnung wäre und ich es machen könnte. Ja, klar! Die Spender sind überall! Da kann man überall dran hier. Am Pflegewagen hängt einer und die hat man immer dabei und an jeder Tür überall ... Aber, ich konnte sie ja nicht benutzen. (...)

Herr K: (...)Das Desinfizieren halt, das ging nicht ... Aber sonst....

Interviewer: Weil die Hände dann offen waren?

Herr K: zustimmend Hmhm.
Interview t4, Herr K, Zeile 43 ff..

Frau G: Das ich also jede Massage mit Handschuhen mache, das hab ich halt. Das Händewaschen also auch nicht mehr so oft, also eben mehr desinfiziere. Aber wenn die Hände eben halt so offen sind, dann ist das nicht gerade so angenehm mit dem Desinfizieren. Dann lässt man das auch wieder.
Interview t4 Frau G; Zeile 74 ff

In beiden Fällen scheitern die Bemühungen um das vermehrte Desinfizieren an akuten Hautveränderungen, die beim Desinfizieren schmerzhaft brennen. Bei Frau G bewirkt diese Tatsache, dass die Zahl der Waschungen relativ hoch bleibt, wie die folgende Textstelle verdeutlicht:

Interviewer: Und dann auch mit Seife?

Frau G: Ja, also mit einer pH-hautneutralen, das schon, aber ja so ganz oft, dann habe ich mir die Hände gewaschen, dann geht schon wieder das Telefon, und dann fang ich schon wieder an mit der Behandlung und dann mittendrin denk ich immer, oh du hast nicht eingecremt. Also, es kommt schon oft vor, dass ich dann nach dem Händewaschen eben halt nicht eingecremt habe. Ja, dann merke ich das. Dann ist wieder alles trocken und dann reißt es eben halt auch auf. (...)

Interviewer: Wenn Sie es jetzt auf eine Zahl bringen sollten, wie oft waschen Sie dann jetzt noch so die Hände im Verhältnis? Also Sie sagten jetzt alle halbe Stunde, ich weiß jetzt nicht, wie lange Ihr Arbeitstag ist.

Frau G: Das ist ganz unterschiedlich, also ..

Interviewer: So grob geschätzt....

Frau G: Pro Tag sag ich mal zehnmal.(...) Also jetzt nur bei der Arbeit, Zuhause natürlich auch ein paar Mal.

Interviewer: Zehnmal ungefähr bei der Arbeit, pie mal Daumen, und Zuhause, wenn Sie es da jetzt so grob hochrechnen sollten, so ein normaler Wochentag?

Frau G: 15 bis 20.
Interview t4 Frau G; Zeile 86 ff. und 92 ff

Das Beispiel von Frau G macht deutlich, dass auch eine umgekehrte Verzahnung der einzelnen Bereiche des Hautschutzverhaltens stattfindet. In diesem Fall gelingt es nicht, das Desinfektionsmittel vermehrt einzusetzen, was dazu führt, dass die Händewaschfrequenz von Frau G relativ hoch bleibt. Die hohe Waschfrequenz führt zu einer stärkeren Entfettung, der mit einem vermehrten Eincremen entgegengewirkt werden müsste. Dies gelingt Frau G jedoch nicht in dem von ihr gewünschten Maße und sie bemerkt die direkten Auswirkungen auf den Hautzustand:

„Also, es kommt schon oft vor, dass ich dann nach dem Händewaschen eben halt nicht eingecremt habe. Ja, dann merke ich das. Dann ist wieder alles trocken und dann reißt es eben halt auch auf.“

Interview t4, Frau G, Zeile 87 ff.

Vom umgekehrten Problem – nämlich die Hände zu wenig waschen zu können – berichtet Herr I:

Herr I: Ja, weil ich kann nicht immer sofort die Hände waschen... Weil ich mache genau das Gegenteil... Ich entsorge die Sachen, die dreckig sind... Also, jetzt beruflich... Und gleichzeitig baue ich noch die Hilfsmittel dafür ab, die dafür nötig sind, um die Hände zu waschen. Das heißt, wenn ich eine Baustelle beginne, baue ich nämlich alles ab. Ich mache Wasser weg, ich mache Heizung ab, ich mache Waschbecken ab... Ich habe gar keine Möglichkeiten mehr mich zu waschen. Deswegen habe ich auch ein Problem, meine Hände ständig irgendwo zu reinigen... Ja. Das klappt meistens auch gar nicht.

Interview t4, Herr I, Zeile 130 ff

Für Herrn I ist die zu geringe Möglichkeit zum Händewaschen schwierig, da er die Creme-Externa und Handschuhe entsprechend den Empfehlungen auf sauberer trockener Haut anwenden will. Eine Lösung für dieses Problem scheint er nicht zu finden. Anders verhält es sich bei Herrn E, der das gleiche Problem beschreibt, aber eine Lösung vorstellt:

Interviewer: Und können Sie während der Arbeit auch die Hände waschen, oder machen Sie das dann eher nur am Feierabend?

Herr E: Auf der Baustelle so draußen ... (...) Müsste ich schon ... Ich habe mir so einen Kanister besorgt, so einen Wasserkanister, wo ich immer zwischendurch meine Hände mit sauber machen kann. Mit klarem Wasser.

Interviewer: Funktioniert das?

Herr E: Ja.

Interview t4, Herr E, Zeile 40 ff.

2.4.8 Intentionen zur Hautreinigung zum Zeitpunkt t2 und tatsächliches Hautreinigungsverhalten zum Zeitpunkt t4

Von den 14 Gesprächspartnern zum Zeitpunkt t2 formulierten acht eine oder mehrere Intentionen bezüglich ihres zukünftigen Hautreinigungsverhaltens (siehe Tabelle 36). Alle acht Gesprächspartner gaben an, *weniger Hände waschen* zu wollen. Von diesen acht Gesprächspartnern gaben vier zum Zeitpunkt t4 an, die *Zahl der Waschungen reduziert* zu haben und/oder sich *bewusster die Hände zu waschen* (Herr C, Frau A, Frau J, Herr I). *Schonendere Reinigungssubstanzen* wollen zum Zeitpunkt t2 drei Interviewpartner einsetzen (Herr C vage, Frau J konkret, Herr I konkret). Zum Zeitpunkt t4 betonten Herr C und Herr I, *mehr pH-hautneutrale* Reinigungsprodukte einzusetzen (Herr C) bzw. auf abrasive Reinigungssubstanzen zu verzichten (Herr I). Dieser Aspekt der schonenden Hautreinigung durch Umstellung auf pH-hautneutrale Waschsubstanzen oder Verzicht auf abrasive Reinigungsmittel wird auch von fünf weiteren Gesprächspartnern angegeben. Von diesen fünf machte Frau H keine Angaben zur zukünftigen Hautreinigung. Zwei Interviewpartner (Herr B und Herr E) sahen zum Zeitpunkt t2 kein Verbesserungspotenzial im Bereich der Hautreinigung, wie folgender Textausschnitt verdeutlicht:

Interviewer: Und im beruflichen Bereich, gibt es da irgendwie was, wo Sie schon ganz konkret wissen, dass werde ich ändern?

Herr B Da habe ich ja schon vor diesem hier viel geändert, auch vom Hautarzt von zu Hause aus her, hat man mir andere Hautschutzcreme andere Handwaschpasten und so was verschrieben und auch die Handschuhe, trag ich jetzt auch schon länger. Bloß, das sind jetzt noch mal wieder andere Handschuhe. Da kann ich, glaube, ich nicht mehr viel verändern.
Interview t2, Herr B, Zeile 40 ff

Zum Zeitpunkt t4 äußert sich Herr B zu abrasiven Reinigungsmitteln wie folgt:

Interviewer: Und reibemittelhaltige Reinigungssachen haben Sie die vorher benutzt, oder gar nicht?

Herr B: Doch, vorher hatte ich das ja dies Krestopol, Solopol immer quer durch den Garten. Doch jetzt benutze ich nur noch diese Verapol und die ist ja ganz ohne Reibemittel, die ist ja fast wie eine Creme. Die benutze ich jetzt nur noch. Das haut auch hin mit Hände sauber kriege!. Das funktioniert! (...)
Interview t4 Herr B, Zeile 66 ff.

Auch Herr E sah zum Zeitpunkt t2 keine weiteren Möglichkeiten, sein Hautreinigungsverhalten zu verbessern. Die Aussagen zum Zeitpunkt t4 deuten aber darauf hin, dass Herr E doch einen Erkenntnisgewinn hatte und auf abrasive Reinigungsmittel seit dem stationären Heilverfahren verzichtet:

Interviewer: Von dem was sie so berichtet haben, also, Sie benutzen die Handschuhe, Sie benutzen die Cremes ... Wo würden Sie sagen, dass habe ich früher nicht gemacht, dass mache ich aber heute!

Herr E: Also, dass habe ich ja auch hier gelernt eigentlich ... Weil so früher habe ich mich da gar nicht so drum bemüht, eigentlich ... einfach nur mal so ... und wenn die dreckig werden, dann werden die dreckig und ... Und dann kann man die abends wieder waschen ... Bloß da habe ich dann auch gescheuert ... oder andere Seifen benutzt ... und ... Jetzt achte ich da einfach mehr drauf. (...).
Interview t4 Herr E, Zeile 64 ff

Die Interviewpassagen von Herrn E und Herrn B zeigen, dass zum Zeitpunkt t2 die schonende Hautreinigung noch nicht im Bewusstsein als eine wirkungsvolle Methode des Hautschutzes verankert scheint. Erst in der Rückschau wird ihnen bewusst, dass dies eine wirkungsvolle, hautschonende Verhaltensänderung ist, die erwähnt werden muss.

Tabelle 36: Intentionen zur Hautreinigung und deren Umsetzung zum Zeitpunkt t3 und t4

| Inter- viewte N = 14 | Intentionen zur Hautrei- nigung zum Zeitpunkt t2 (N = 14) | Hautreinigungsverhal- ten zum Zeitpunkt t3 (N = 12) | Hautreinigungsverhalten zum Zeitpunkt t4 N = 13 |
|----------------------------|--|--|---|
| Frau M | Keine Angaben | Keine Angaben | Keine Angaben |
| Herr C | Weniger Hände waschen Mehr desinfizieren (++) Schonendere Reinigungs- substanzen (+-) | Kein Interview zu t3 | Zahl der Waschungen re- duziert Weniger Einsatz von Detergenzien/mehr ph- hautneutral Weniger Waschen mehr Desinfizieren |
| Herr D | weniger Hände waschen (+-) | Keine Angaben | Verzicht auf abrasive Rei- nigungsmethoden |
| Frau A | Weniger Hände wa- schen(++) Mehr desinfizieren (++) | Keine Angaben | bewussteres Händewa- schen Zahl der Waschungen re- duziert Weniger Waschen mehr Desinfizieren |
| Herr B | Sieht kein Verbesserungs- potenzial (=) | Keine Angaben | Verzicht auf abrasive Rei- nigungsmethoden |
| Herr L | Weniger Hände waschen (±) | Keine Angaben | Weniger Einsatz von Detergenzien/mehr ph- hautneutral |
| Frau J | weniger Hände wa- schen(++) Schonendere Reinigungs- substanzen (++) | Benutzt kein Spülmittel mehr zur Hautreinigung | bewussteres Händewa- schen Zahl der Waschungen re- duziert |
| Frau G | weniger Hände wa- schen(++) Mehr desinfizieren (++) | Keine Angaben | Probleme bei der Umset- zung von Hautreinigungs- empfehlungen |
| Frau H | Keine Angaben | Keine Angaben | Weniger Einsatz von Detergenzien/ ehr ph- hautneutral |
| Herr E | Sieht kein Verbesserungs- potenzial | Keine Angaben | Verzicht auf abrasive Rei- nigungsmethoden |
| Herr K | Sieht kein Verbesserungs- potenzial | Kein Interview zu t3 | Probleme bei der Umset- zung von Hautreinigungs- empfehlungen |
| Herr I | weniger Hände waschen(±) Mehr desinfizieren (±) Schonendere Reinigungs- substanzen (++) | Verzichtet nach Kochtä- tigkeiten auf waschakti- ve Substanzen | bewussteres Händewa- schen Verzicht auf abrasive Rei- nigungsmethoden Probleme bei der Umset- zung von Hautreinigungs- empfehlungen |
| Herr N | weniger Hände waschen | Keine Angaben | Kein t4-Interview |
| Frau F | Keine Angaben | Keine Angaben | Keine Angaben |

2.4.9 Beurteilung des Hautschutzverhaltens zum Zeitpunkt t4 aus Sicht der Interviewpartner

Wie auch während der t1-Interviews geschehen, wurden die Interviewpartner zum Zeitpunkt t4 gebeten, eine Selbsteinschätzung ihres Hautschutzverhaltens abzugeben. Die erneute Selbsteinschätzung dient zwei Bereichen: Zum einen kann überprüft werden, inwieweit die Interviewpartner selbst eine Veränderung in ihrem Hautschutzverhalten wahrnehmen und wie sie diese beurteilen, zum anderen können die Antworten zur Selbsteinschätzung mit den Interpretationen und Analysen der Autorin abgeglichen werden. Auf diese Weise können einzelne Ergebnisse möglicherweise untermauert oder aber auch neu hinterfragt werden. Tabelle 37 gibt einen Überblick über die vorgenommene Selbsteinschätzung der Interviewpartner.

Tabelle 37: Selbsteinschätzung des eigenen Hautschutzverhaltens zum Zeitpunkt t4

| „gut“ bis „sehr gut“ | „befriedigend/mittelmäßig“ | „schlecht“ bzw. „schlechter als mittelmäßig“ | Keine Zuordnung möglich |
|------------------------------|----------------------------|--|-------------------------|
| B, J, D, A, L, M, C, F, G | I, E, H | ---- | K |

Frau J und Herr D benoten ihr eigenes Hautschutzverhalten mit der Schulnote „1“. Begründet wird dies in beiden Fällen mit der als sehr stark empfundenen Verbesserung des eigenen Hautschutzverhaltens. Beide sehen nach eigener Einschätzung kein weiteres Verbesserungspotenzial in ihrem Verhalten, wie folgende Textstelle verdeutlicht:

Interviewer: (...) was würden Sie sich für eine Note geben? Im Vergleich zu vorher?

Herr D: Eine „1“.

Interviewer: Sie sehen jetzt also gar nichts mehr, wo Sie sagen würden da könnte ich vielleicht noch ein bisschen ...

Herr D: Nein, also auf der Arbeit creme ich mindestens 6-7 x ein am Tag, also pro Schicht.

Interviewer: Wie oft haben sie es früher gemacht?

Herr D: 1 x, oder wenigerauf jeden Fall.

Interviewer: Zu Hause, haben Sie da auch irgendetwas verändert?

Herr D: Da creme ich mich auch häufiger ein und auch mit Handschuhen.

Interviewer: Welche Tätigkeiten sind das zu Hause, die Sie jetzt mit Handschuhen machen?

Herr D: Auch letztens Gartenarbeiten, Holzarbeiten...
Interview t1, Herr D, Zeile 38ff

Sieben Interviewpartner benoten ihr Hautschutzverhalten mit „2“ oder „gut“. Von diesen sieben Gesprächspartnern waren vier eher unzufrieden mit ihrem Hautzustand. Diese Unzufriedenheit wirkte sich auch auf die Selbsteinschätzung aus:

Interviewer: Wenn Sie jetzt den Hautzustand mal außer Acht lassen, jetzt nur ihr Hautschutzverhalten... Wie würden Sie sich selber einschätzen. Welche Note würden Sie sich für ihr eigenes Hautschutzverhalten geben?

Frau F: Also, ich mache eigentlich sehr viel! Ich würde sagen, eine Zwei. Weil ich mich da doch dran halte. Auch an das Putzen mit Handschuhen. Geht gar nicht mehr ohne... Oder auch die Pflege, alles nur noch mit Handschuhen!

Interviewer: Was würden Sie sagen müssten Sie noch verbessern, um sich selber eine Eins geben zu können?

Frau F: Hmm... Weiß ich nicht, was ich verbessern sollte... Also, noch mehr als ich jetzt schon mache, kann ich gar nicht machen.

Interviewer: Sie könnten dann somit auch von sich selber sagen, was das Hautschutzverhalten angeht, könnten Sie sich selber auch eine Eins geben?

Frau F: Nee... Vielleicht... Was könnte ich ändern... (seufzt)... Vielleicht manchmal sich selber mehr in den Vordergrund schieben, wie andere Dinge. Wo man dann sagt: Ja, gut, dass ist jetzt auch wichtig! Das man sich einfach noch eine Stelle höher setzt.
Interview t4, Frau F, Zeile 36 ff.

Obwohl Frau F auch nach erneutem Überlegen keine wirkliche Hautschutzmaßnahme benennen kann, die sie eventuell noch verbessern könnte, führt dies nicht dazu, dass sie selber sich mit „sehr gut“ einschätzt. Vielmehr klingt eine gewisse Verzweiflung heraus: *„Weiß ich nicht, was ich verbessern sollte ... Also, noch mehr als ich jetzt schon mache, kann ich gar nicht machen.“* Die einzige Lösung, die Frau F nach längerer Überlegung einfällt, liegt nicht in einer weiteren Verbesserung des Hautschutzverhaltens, sondern einer veränderten Einstellung zum eigenen Selbst: *„(...) Was könnte ich ändern... (seufzt)... Vielleicht manchmal sich selber mehr in den Vordergrund schieben, wie andere Dinge. (...)“*

Eine andere Interviewpartnerin spricht die Frustration über den Hautzustand trotz verbessertem Hautschutzverhalten noch deutlicher an:

Interviewer: Welche Note würden Sie sich selber geben, was die Umsetzung von Hautschutz angeht?

Frau A: Oh, also mit der Umsetzung von Hautschutz angeht, bin ich zufrieden, da würde ich schon sagen: Gut (meint dies als Note).

Interviewer: Gibt es was womit Sie nicht zufrieden sind?

Frau A: Na ja, im Moment ... mit dem Hautbild...

Interviewer: Frustriert einen das, wenn man das Gefühl hat, ich mache doch alles?

Frau A: Jaa, ... Doch frustriert einen schon so ein bisschen. Also... Ich zumindest bin o jemand, suche dann auch immer nach einer Ursache... wo ich dann denke: Was um alles in der Welt hast Du jetzt gemacht? Du hast nichts gemacht! ... Ich bin wirklich, ich bin so konsequent, dass es mir schon selbst manchmal weh tut... Ja. Ich fasse noch nicht mal mehr nasse Wäsche so mit bloßen Händen an, wenn ich das aus der Waschmaschine hole. Auch da habe ich meine Handschuhe deponiert, ja, diese Knisterhandschuhe... Wo man eben mal so schnell reinschlüpfen kann, und hole selbst die Wäsche aus der Waschmaschine damit raus. Wo ich dann sag.... Wo ... ist es jetzt... um alles in der Welt... Wo ist es her?
Interview t4, Frau A, Zeile 43 ff.

Der Gesprächsausschnitt macht deutlich, dass der als schlecht empfundene Hautzustand zu einer starken Verunsicherung führt, deutlich in der Aussage: „*Was um alles in der Welt hast du jetzt gemacht*“ Es wird keine Antwort auf diese Frage gefunden, was Frau A als frustrierend beschreibt.

Drei Befragte ordnen ihr Hautschutzverhalten im Schulnotenbereich von „3“ ein bzw. empfinden es als „mittelmäßig“. Auf die Frage, was sie denn nach ihrer Meinung besser machen müssten, um ihr Hautschutzverhalten mit „sehr gut“ oder „gut“ benoten zu können, werden meist keine Antworten gefunden:

Herr E: Ich selber würde ... Also, ich mache ja eigentlich alles, dass was man mir gesagt hat. Dann würde ich mir eine Drei geben.

Interviewer: Eine Drei.

Herr E: Ja.

Interviewer: Wo würden Sie denn sagen, was müssten Sie selber noch besser machen, damit Sie sich selber eine Eins oder eine Zwei geben könnten.

Herr E: Ja. Kann man es noch besser machen (lacht)? Weiß ich nicht ... (lacht). Bei der Arbeit sagen Sie schon: Du bist ja nur noch am Hände pflegen, sauber machen (lacht). Ich will ja auch in meinem Beruf bleiben. So ist das ja nun nicht. Und der liegt mir einfach. Der ... Den irgendwo aufzugeben, oder so, dass möchte ich auch gar nicht.
Interview t4, Herr E Zeile 68ff

Wenn ein Verbesserungsvorschlag gefunden wird, wird er weniger im veränderten Hautschutz gesehen, sondern abermals in einer veränderten Einstellung zum „Selbst“:

Interviewer: Was glauben Sie müssten Sie noch besser machen um sich selber eine zwei oder eine Eins geben könnten?

Herr I: Ja, ähhh... Vielleicht nicht so viel nachdenken über andere Leute, was die jetzt denken, wenn ich jetzt was mache, wieso und warum.... Das einfach durchziehen! Und das machen! Weil je mehr man nachdenkt und macht und erklären muss, desto weniger kommt man vorwärts. (...)
Interview t4, Herr I, Zeile 72 ff.

2.4.10 Selbsteinschätzung des Hautschutzverhaltens zum Zeitpunkt t1 im Vergleich zur Selbsteinschätzung des Hautschutzverhaltens zum Zeitpunkt t4

Tabelle 38: Übersicht Selbsteinschätzung des Hautschutzverhaltens zum Zeitpunkt t1 und t4 (Bedeutung der Notenstufe: 1 = sehr gut, 2 = gut, 3= befriedigend)

| Interviewte | Note zum Zeitpunkt t1 | Note zum Zeitpunkt t4 |
|-------------|-------------------------|-------------------------|
| | (n = 14) | (n = 13) |
| Frau M | 2 | 2 |
| Herr C | Keine Zuordnung möglich | 2 |
| Herr D | 3 | 1 |
| Frau A | 3 | 2 |
| Herr B | 2 | 2 |
| Herr L | Keine Zuordnung möglich | 2 |
| Frau J | Schlechter als „3“ | 1 |
| Frau G | Schlechter als „3“ | 2 |
| Frau H | 3 | 3 |
| Herr E | Keine Zuordnung möglich | 3 |
| Herr K | 2 | Keine Zuordnung möglich |
| Herr I | 3 | 3 |
| Herr N | 2 | Kein t4-Interview |
| Frau F | 2 | 2 |

Vier Gesprächspartner schätzen das eigene Hautschutzverhalten zum Zeitpunkt t4 im Vergleich zum Zeitpunkt t1 als besser ein, von diesen vier sehen zwei Interviewpartner eine Steigerung um zwei Notenpunkte, nämlich von „schlechter als 3“ auf „2“ (Frau G) und von „3“ auf „1“ (Herr D). Aus der Gruppe derjenigen, bei denen keine Zuordnung zum Zeitpunkt t1 möglich war, macht der Gesprächsverlauf von Herrn C und Herr L zum Zeitpunkt t4 deutlich, dass diese beiden ebenfalls ihr t4-Hautschutzverhalten deutlich besser einschätzen als zu Zeiten vor der stationären Rehabilitation, wie folgender Textausschnitt verdeutlicht:

Interviewer: Wenn Sie sich selber eine Note geben sollten, wie zufrieden sind Sie jetzt persönlich mit sich, was die Umsetzung von Hautschutz angeht?

Herr C: Gut, würde ich sagen!

Interviewer: Eine zwei?

Herr C: Ja...Tendenz steigend! (lacht)

Interviewer: Wieso steigend?

- Herr C: Ja, weil man merkt an sich selbst wenn es gut ist, dann macht man es doch lieber einmal mehr, als einmal weniger. So am Wochenende zum Beispiel, creme ich öfter wie fünf Mal ein... Oder sechs Mal oder sieben Mal ein. Weil es dann einfach so ist, wenn wir sitzen, ich habe eins draußen auf der Terrasse stehen... Ich habe eins im Wohnzimmer stehen und eins in der Küche stehen. Also es ist immer erreichbar, das Zeug.
- Interviewer: Wenn es mal nicht so geklappt hat mit der Umsetzung, also die Handschuhe hatte wir ja schon geklärt, warum dass nicht funktioniert hat. Aber, wenn es mit dem Eincremen mal nicht geklappt hat...
- Herr C: Das hat es bis jetzt noch nicht gegeben! Nö!
- Interviewer: Vielleicht nochmal zurück zu den Kollegen. Sie hatten eben schon angedeutet, dass die komisch gucken...
- Herr C: Ja gut, aber da kann ich ja mit umgehen! Das ist doch kein Problem! Die haben ja nicht die Probleme, die ich habe! Ich meine, wenn ich jetzt jemanden sehen würde, der ständig am eincremen ist, würde ich ja auch.... Wenn ich jetzt nichts hätte! Aber, ich muss ja auf mich selber achten, und auf keinen anderen. Das andere ist mir eigentlich egal. Natürlich sagen die: Noch ein Cremchen und: Pass auf! Und „So viel!“... Und was da auch alle so kommt... Wie das bei uns so ist in den Metzgereien... Da wird ja immer mal viel ein bisschen dumm rumgelabert!
Interview t4 Herr C, Zeile 26 ff.

Diese Interviewsequenz zeigt, wie positiv sich eine selbstbewusste Einstellung zum Hautschutz auswirkt. Herr C berichtet, wie er trotz mangelnder Akzeptanz bei den Kollegen sein Hautschutzverhalten umsetzt. *„Aber ich muss ja auf mich selber achten und auf keinen anderen! Das andere ist mir eigentlich egal.“* (Interview t4, Herr C, Zeile 35). Es wird deutlich, dass Herr Cs selbstbewusste Haltung zur konsequenten Umsetzung des Hautschutzes beiträgt, denn ein „Nicht-Eincremen“ *„Das hat es bei mir bis jetzt noch nicht gegeben!“* (Interview t4, Herr C, Zeile 33).

In anderen Fällen scheint der Mangel an Selbstbewusstsein zur Unzufriedenheit mit dem eigenen Hautschutzverhalten beizutragen, wie die Aussagen von Herrn I verdeutlichen (siehe Teil III, Kapitel 2.4.9)

- Interviewer: Was glauben Sie müssten Sie noch besser machen um sich selber eine zwei oder eine Eins geben könnten?
- Herr I: Ja, Vielleicht nicht so viel nachdenken über andere Leute, was die jetzt denken, wenn ich jetzt was mache, wieso und warum.... Das einfach durchziehen! Und das machen! Weil je mehr man nachdenkt und macht und erklären muss, desto weniger kommt man vorwärts. (...)
Interview t4, Herr I, Zeile 72 ff.

Fünf Interviewpartner beurteilen ihr Hautschutzverhalten zu beiden Zeitpunkten gleich, wobei Frau M, Herr B und Frau F sich beide Male mit „2“ benoten und Frau H und Herr I zu beiden Zeitpunkten mit „3“.

Insgesamt deutet der t1-t4-Vergleich darauf hin, dass die Interviewpartner mit ihrem Hautschutzverhalten im Durchschnitt zufriedener sind: Kein Gesprächspartner beurteilt sein Verhalten mehr mit „schlechter als 3“, zwei Gesprächspartner empfinden ihr t4-Hautschutzverhalten als „sehr gut“, was durch die Aussage unterstützt wird, kein Verbesserungspotenzial im Hautschutzverhalten zu sehen:

Interviewer: (...) was würden Sie sich für eine Note geben? Im Vergleich zu vorher?

Herr D: Eine „1“.

Interviewer: Sie sehen jetzt also gar nichts mehr, wo Sie sagen würden; da könnte ich vielleicht noch ein bisschen ...

Herr D: mein, also auf der Arbeit creme ich mindestens 6-7 x ein am Tag, also pro Schicht.
Interview t4, Herr D, Zeile 38 ff.

3 Barrieren im Hautschutzverhalten

Im Rahmen dieses Kapitels soll der Frage nachgegangen werden, welche Barrieren bzw. Hindernisse die Gesprächspartner im Laufe der Untersuchung identifizieren (siehe Abbildung 11).

Abbildung 11: Themenfeld Hautschutz/Forschungsfrage 1b

Welche Hindernisse und Barrieren werden von den Patienten im Verlauf der Untersuchung identifiziert?

Im HAPA-Modell sind Barrieren und Hindernisse, die von Schwarzer (2004) auch als *Distraktoren* bezeichnet werden, vor allem in der aktionalen Phase von Bedeutung. Für den Handelnden ist es wichtig, das neue Verhalten gegenüber diesen Distraktoren abzusichern. Folglich ist eine kontinuierliche Handlungskontrolle notwendig, um das Verhalten beizubehalten. Nach Schwarzer (2004) muss diese Kontrolle so lange aufrechterhalten werden, bis das Verhalten zu einer Gewohnheit geworden ist.

Im Rahmen dieser Untersuchung soll nun ermittelt werden, welche Barrieren und Hindernisse von den Gesprächspartnern zu den vier Interviewzeitpunkten erlebt bzw. antizipiert wurden und ob es innerhalb des Beobachtungszeitraumes zu Verschiebungen in der Wahrnehmung dieser Barrieren kam. Zu diesem Zweck wurde das Interviewmaterial vom Zeitpunkt t1 bis zum Zeitpunkt t4 hinsichtlich Aussagen zu Hindernissen und Barrieren bei der Umsetzung von Hautschutz untersucht. Die Analyse der extrahierten Aussagen zu Hindernissen/Barrieren für Hautschutz lassen sich zu drei Gruppen zusammenfassen:

Tabelle 39: Ermittelte Barrieren

| | |
|--|---|
| Gruppe 1: eigene Person/Verhalten | <ul style="list-style-type: none"> • Vergesslichkeit • mangelnde Volitionsstärke (z. B. Nachlässigkeit/Faulheit) • mangelnde Selbstwirksamkeit • mangelnde Handlungsausführungskontrolle („Man muss sehr aufmerksam sein!“) • Müdigkeit |
| Gruppe 2: Verhältnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck/Stress • mangelnde Akzeptanz im sozialen Umfeld (z. B. Kunden empfinden den Handschuhwechsel als zu zeitaufwendig, Arbeitgeber stellt nicht die geeigneten Hautschutzmittel zu Verfügung) • contra produktive Vorgaben durch Arbeitgeber. |
| Gruppe 3: Hautschutzmaßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> • Hautschutzmaßnahme behindert berufliche Tätigkeit (z. B. mangelnde Sensomotorik in Handschuhen, Hautschutzmaßnahmen verlangsamen die berufliche Tätigkeit) • Hautschutzmaßnahmen sind z. T. hautunverträglich (z. B. starkes Schwitzen in Handschuhen, Unverträglichkeiten von Desinfektionsmitteln) • Hautschutzprodukte sind nicht erreichbar (z. B. benötigten Hautschutzprodukte sind nicht „griffbereit“ / wurden an anderer Stelle vergessen) |

Gruppe 1: Hindernisse, die auf der Verhaltensebene des Interviewpartners gesehen werden. Hierzu wurden Antworten subsumiert, die darauf schließen lassen, dass der Gesprächspartner das Hindernis eher im eigenen Verhalten oder in der eigenen Persönlichkeit sieht.

Gruppe 2: Hindernisse, die in den Verhältnissen wie z. B. im sozialen Umfeld des Interviewpartners gesehen werden, und die der Interviewpartner als nur schwer beeinflussbar erlebt.

Gruppe 3: Hindernisse, die in der Hautschutzmaßnahme selbst begründet liegen, wie z. B. Handschuhe, die als ungeeignet empfunden werden, Desinfektionsmittel, die als hautunverträglich empfunden werden.

In Tabelle 39 sind die zu den vier Interviewzeitpunkten ermittelten Barrieren aufgeführt und der jeweils relevanten Gruppe zugeordnet. Lediglich zwei benannte Barrieren entzogen sich der eindeutigen Zuordnung. Zum einen die Barriere *Produkte nicht verfügbar*, da hierfür sowohl Ursachen, die in der Person selbst lagen (z. B. Vergesslichkeit), als auch der Arbeitgeber oder Kollegen Ursache sein konnten (Produkt verschwindet bzw. Arbeit-

geber will es nicht zur Verfügung stellen). Zum anderen die Barriere *Will Arbeitgeber nicht enttäuschen*, da hier angeführt wurde, der Hautschutz könne nicht immer umgesetzt werden, da man sonst nicht schnell/gut genug seiner Tätigkeit nachgehen könne und daher der Arbeitgeber enttäuscht werden könnte (siehe hierzu Kapitel 3.4), so dass die Barriere sowohl in der Person des Interviewpartners als auch in den Verhältnissen zu finden ist. Alle übrigen aufgedeckten Hindernisse ließen sich einer der drei Gruppen zuordnen.

Tabelle 40 gibt einen Überblick über Barrieren und Hindernisse, die von den Gesprächspartnern zum Zeitpunkt t1 bis t4 benannt wurden. In den folgenden Kapiteln sollen die benannten Barrieren weiter aufgeschlüsselt und analysiert werden.

Tabelle 40: Übersicht empfundene Hautschutzbarrieren t1-t4

| Interviewte (N = 14) | Erlebte Barrieren zum Zeitpunkt t1 | Antizipierte Barrieren zum Zeitpunkt t2 | Erlebte Barrieren zum Zeitpunkt t3 | Erlebte Barrieren zum Zeitpunkt t4 |
|----------------------|---|---|--|--|
| Frau M | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck/Stress • Vergesslichkeit/ abgelenkt sein | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck / Stress • Mangelnde Selbstwirksamkeit | <ul style="list-style-type: none"> • mangelnde Akzeptanz im sozialen Umfeld /Arbeitgeber • Vergesslichkeit | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck /unerwartete Situationen |
| Herr C | <ul style="list-style-type: none"> • sieht keine Barrieren | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck • Hautschutzprodukte verschwinden/ nicht verfügbar | Kein Interview zum Zeitpunkt t3 | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck/Stress |
| Herr D | <ul style="list-style-type: none"> • mangelnde Volitionsstärke • mangelnde Unterstützung/ Akzeptanz bei Arbeitgeber /Kunden • Hautschutz nicht verfügbar/ verschwinden | <ul style="list-style-type: none"> • sieht keine Barrieren | <ul style="list-style-type: none"> • keine Barriere erlebt | <ul style="list-style-type: none"> • keine Barrieren erlebt |
| Frau A | <ul style="list-style-type: none"> • eigene Unwissenheit • Zeitdruck/ Stress • Handschuhe ungeeignet für die Tätigkeit | <ul style="list-style-type: none"> • sieht keine Barrieren | <ul style="list-style-type: none"> • keine Barrieren erlebt | <ul style="list-style-type: none"> • Handlungskontrolle • Zeitdruck /unerwartete Situationen |

| Interviewte (N = 14) | Erlebte Barrieren zum Zeitpunkt t1 | Antizipierte Barrieren zum Zeitpunkt t2 | Erlebte Barrieren zum Zeitpunkt t3 | Erlebte Barrieren zum Zeitpunkt t4 |
|----------------------|--|--|---|--|
| Herr B | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck/Stress • Handschuhe ungeeignet für die Tätigkeit • mangelnde Unterstützung/Akzeptanz bei Arbeitgeber /Kunden • Vergesslichkeit/ | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck/Stress • mangelnde Unterstützung/Akzeptanz bei Arbeitgeber /Kunden • Vergesslichkeit /Nachlässigkeit | <ul style="list-style-type: none"> • Probleme mit Schutzhandschuhen • Vergesslichkeit | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck/Stress • mangelnde Unterstützung/Akzeptanz bei Arbeitgeber /Kunden |
| Herr L | <ul style="list-style-type: none"> • Handschuhe ungeeignet für Tätigkeiten • Hautschutzmaßnahmen sind zu umständlich | <ul style="list-style-type: none"> • sieht keine Barrieren | <ul style="list-style-type: none"> • keine Barriere erlebt | <ul style="list-style-type: none"> • Hautschutz gerade nicht erreichbar |
| Frau J | <ul style="list-style-type: none"> • Hautschutzmaßnahmen sind hautunverträglich | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck/Stress | <ul style="list-style-type: none"> • keine Barriere erlebt | <ul style="list-style-type: none"> • Handlungskontrolle ist wichtig |
| Frau G | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck/Stress • Vergesslichkeit/mangelnde Selbstwirksamkeit • Müdigkeit | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck/Stress • mangelnde Unterstützung/Akzeptanz bei Arbeitgeber /Kunden • mangelnde Selbstwirksamkeit | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck/Stress • mangelnde Akzeptanz im sozialen Umfeld/Arbeitgeber • Müdigkeit | <ul style="list-style-type: none"> • mangelnde Volitionsstärke • Zeitdruck /unerwartete Situationen • Hautschutzmaßnahmen sind z.T. hautunverträglich |
| Frau H | <ul style="list-style-type: none"> • Handschuhe sind ungeeignet für Tätigkeiten • Hautschutzmaßnahmen sind hautunverträglich | <ul style="list-style-type: none"> • sieht keine Barrieren | <ul style="list-style-type: none"> • Vergesslichkeit | <ul style="list-style-type: none"> • Vergesslichkeit • Zeitmangel/Stress • Hautschutzmaßnahmen sind z.T. hautunverträglich |
| Herr E | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck/Stress | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck/Stress | <ul style="list-style-type: none"> • Kein Interview zum Zeitpunkt t3 | <ul style="list-style-type: none"> • Hautschutz behindert berufl. Tätigkeit • Zeitdruck /Stress • Vergesslichkeit |
| Herr K | <ul style="list-style-type: none"> • mangelnde Volitionsstärke • Hautschutzmaßnahmen sind hautunverträglich • Zeitdruck/Stress | <ul style="list-style-type: none"> • mangelnde Volitionsstärke • contra produktive Vorgaben durch Arbeitgeber • Produkte ver- | <ul style="list-style-type: none"> • Vergesslichkeit | <ul style="list-style-type: none"> • Hautschutz behindert berufl. Tätigkeit • Hautschutzmaßnahmen sind z. T. |

| Interviewte (N = 14) | Erlebte Barrieren zum Zeitpunkt t1 | Antizipierte Barrieren zum Zeitpunkt t2 | Erlebte Barrieren zum Zeitpunkt t3 | Erlebte Barrieren zum Zeitpunkt t4 |
|-----------------------------------|--|--|--|--|
| | | schwinden / Nicht verfügbar | | hautunverträglich <ul style="list-style-type: none"> • mangelnde Volitionsstärke • Zeitmangel/Stress |
| Herr I | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck/Stress • Hautschutzmaßnahmen sind zu umständlich • mangelnde Unterstützung/Akzeptanz bei Arbeitgeber /Kunden • Hautschutz nicht verfügbar | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck/Stress • mangelnde Unterstützung/Akzeptanz bei Arbeitgeber /Kunden • mangelnde Selbstwirksamkeit | <ul style="list-style-type: none"> • mangelnde Akzeptanz im sozialen Umfeld • Probleme mit Schutzhandschuhen | <ul style="list-style-type: none"> • mangelndes Selbstvertrauen • mangelnde Unterstützung/Akzeptanz bei Arbeitgeber /Kunden • Zeitdruck/Stress • Hautschutz behindert berufl. Tätigkeit • Hautschutzmaßnahmen sind. z.T. hautunverträglich • Hautschutz nicht erreichbar |
| Herr N | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck / Stress • Vergesslichkeit / abgelenkt sein | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck Stress • Mangelnde Selbstwirksamkeit | <ul style="list-style-type: none"> • keine Barrieren erlebt | Kein Interview zu t4 |
| Frau F | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck / Stress • Handschuhe ungeeignet für Tätigkeit | <ul style="list-style-type: none"> • sieht keine Barrieren | <ul style="list-style-type: none"> • keine Barriere erlebt | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck / Stress |
| Summe: Verhalten | 7 Nennungen | 6 Nennungen | 5 Nennungen | 5 Nennungen |
| Summe: Verhältnisse | 14 Nennungen | 12 Nennungen | 4 Nennungen | 13 Nennungen |
| Summe: Hautschutzmaßnahmen | 10 Nennungen | keine | 2 Nennungen | 8 Nennungen |

3.1 Identifizierte Hindernisse und Barrieren zum Zeitpunkt t1

Zur Erhebung des Status quo im Hautschutzverhalten wurden die Interviewpartner zum Zeitpunkt t1 befragt, welche Hautschutzmaßnahmen sie schon durchführen (siehe Teil III, Kapitel 2.1). Im Zusammenhang mit der Beantwortung dieser Frage berichteten einige Gesprächspartner auch über Umstände oder Verhältnisse, die sie vom Hautschutz abgehalten haben. Wurde auf diesen Aspekt nicht von selbst eingegangen, erfolgte eine vertiefende Nachfrage von Seiten der Interviewerin. Mit Ausnahme von Herrn C berichten alle Interviewpartner über Hindernisse und Barrieren, die sie in der Vergangenheit vom Hautschutzverhalten ständig oder gelegentlich abgehalten haben. Herr C antwortet auf die Frage, ob es auch Situationen gab, in denen es mit Hautschutz nicht geklappt hat, wie folgt:

Herr C: Gibt es eigentlich nicht... (...)Nö, ich habe meinen genaue Rhythmus, den kann man einschätzen auf die Minute genau. Und genauso ist auch mein Tagesablauf geregelt. Ich mache genau das, was ich immer mache. Alles plus minus zwei Minuten, kann man sagen ... Und deswegen vergess ich es eigentlich nicht.
Interview t1, Herr C, Zeile 36

Für Herrn C sind somit zum Zeitpunkt der Aufnahme in das stationäre Heilverfahren keine Situationen im Gedächtnis, in denen Hautschutz, so wie er nach seiner Meinung zu diesem Zeitpunkt anzuwenden ist, nicht umgesetzt werden konnte.

Die Auswertung der anderen Interviews erbrachte als häufigstes Hindernis für die Umsetzung von Hautschutzmaßnahmen den Faktor *Zeitdruck/Stress*. Diese Barriere wird der Gruppe 2 zugeordnet, da Zeitdruck/Stress von den Interviewpartnern als nur schwer beeinflussbarer äußerer Umstand erlebt wird. Zum Zeitpunkt t1 berichten die Interviewpartner über alltägliche, berufliche Stresssituationen, die den Einsatz von Hautschutz erschweren:

Interviewer: Wenn es mit dem Hautschutz mal nicht so geklappt hat, was war dann in der Regel die Hindernisse?

Herr K: uf der Arbeit natürlich... Zack, zack, zack! Stress, mangelnde Zeit! Wenn die Klingel geht, auf der Arbeit, also, wir haben Klingelanlagen wie hier, genau die gleichen! Da muss man dann hin, da kann man nicht noch schnell die Baumwollhandschuhe und die anderen...
Interview t1, Herr K, Zeile 63 ff.

Herr N: Stress auf der Arbeit, sprich... die Aufträge sind zu kurz, ich habe so viele Rüstzeiten, das ich gar nicht mehr die Zeit habe, dafür mich überhaupt einzucremen.
Interview t1, Herr N, Zeile 81 ff.

Aber auch berufliche Ausnahmesituationen, die als stressig empfunden wurden, werden als hemmend für Hautschutzmaßnahmen beschrieben:

Frau F: (...), ich würde eher sagen, Zeitmangel ... Wie wir jetzt eine Evakuierung hatten von unserem Altenheim, es sind drei Bomben gefunden worden Und ich denke mal da war nicht an Hautschutz zu denken, da musste ich an die Bewohner denken Das die alle rauskommen und alle wegkommen Das sind Ausnahmesituationen, ... die dann halt dazu führen, das man dann doch die Haut vergisst.
Interview t1, Frau F, Zeile 68

Andere berichten über mangelnde Freizeit, die dazu führt, dass der Hautschutz zu kurz kommt:

Frau G: (...) Wenn ich jetzt ehrlich bin, habe ich noch nicht sehr viel ausprobiert ... weil ich eben halt, also so wenig Freizeit hab, oder wenig Zeit hab, da so großartig was zu machen ... Also, so irgendwelche Cremes, dass ja, aber ... Sonst ...
Interview t1, Frau G Zeile 33

Herr B: Zeit! ... Reines Zeitproblem. Ich mach viel nebenbei ... Bin bei der Feuerwehr, leitender von der Feuerwehr bei uns.. Freiwillig ... und, da geht das dann auch mal schnell von der Arbeit wieder zum nächsten Termin hin ... Dann vergisst man halt auch mal, sich abends die Hände einzucremen.
Interview t1, Herr B, Zeile 35

In einem Fall wird die Barriere *Zeitmangel* als Ausrede betrachtet, die von Arbeitskollegen benutzt würde, um die Arbeit mit Handschuhen zu vermeiden:

Frau F: (...) Wir haben unsere Hygienestandards, aber die meisten führen die nicht durch. Die! Sind! Machbar! Ich führe sie ja schließlich durch und verliere dadurch auch nicht wer weiß wie viel Zeit Die anderen sagen immer, ich habe keine Zeit! Ich hab keine Zeit mir die Handschuhe anzuziehen, oder Aber das stimmt nicht! Aber da müsste vielleicht einfach ein bisschen mehr Druck hinter gemacht werden! Das das sein muss!
Interview t1, Frau F, Zeile 82 ff.

Andere Barrieren der Gruppe 2 sind Arbeitgeber oder Kollegen, die das Hautschutzverhalten nicht unterstützen. So wird berichtet, dass die notwendigen Hautschutzprodukte verschwinden:

Herr D: (...) Ich hab zwar schon mal diese Reinigungsseife dahin gestellt ... von mir ... aber nach drei Stunden war sie weg. Auch mit dem Arbeitgeber gesprochen, ob wir irgendwas da einrichten können ... Wäre nicht möglich.. da könnte ja jeder kommen ...
Interview t1, Herr D, Zeile 25 ff.

Ebenso wird vermutet, dass Hautschutzmaßnahmen von Seiten der Kunden und Arbeitgeber eher abgelehnt werden, wobei als Ursache hierfür höhere Kosten angenommen werden:

Herr I: Richtig zu reinigen, ordentlich zu reinigen mit warmen Wasser oder sonst was. Höchstens kaltes Wasser und das ist dann .. wie gesagt und dann muss man schon irgendwie suchen, weil wir fahren zu so vielen Haushalten, wo man vielleicht nur eine Außenzapfstelle hat und da ist auch keine Seife nix bei. Gut, die könnte man mitnehmen, aber dann sieht das erst einmal komisch aus beim Kunden, weil, die verstehen das nicht, die müssen das ja auch irgendwie alles bezahlen. Und ich kann das halt nicht immer auf meine Kappe abwälzen, weil sonst verdiene ich nichts (lacht ein wenig). Wenn ich dann erst mal eine Stunde Vorlaufzeit haben muss, und der Chef sieht das dann auch nicht ein. Man muss das dann irgendwie splitten, unter Schutzmaßnahmen.
Interview Herr I, Zeile 54 ff.

Interviewer: Was war mit den Handschuhen?

Herr B: Die will der Arbeitgeber nicht so ... freizügig bestellen ...

Interviewer: Was spricht für den Arbeitgeber dagegen?

Herr B: Kostenfaktor, denk ich mal So wie ich das jetzt mitbekommen hab
Interview t1, Herr B, Zeile 22

Als häufigste Barriere im eigenen Verhalten wurde zum Zeitpunkt t1 *Vergesslichkeit* genannt. Dabei werden häufig private Hautschutzsituationen angeführt, die im Falle von Frau G noch mit *Müdigkeit* verbunden sind.

Herr N: (...) Und...ja... Dann auch mal die Creme zu Hause vergessen ... wenn man gerade unterwegs ist.
Interview t1, Herr N, Zeile 81 ff.

Frau G: Das ich dann eben den ganzen Tag halt so unterwegs war und dann abends einfach nur noch ins Bett gefallen bin.
Interview t1, Frau G, Zeile 84

Seltener werden berufliche Situationen angeführt, in denen Hautschutz vergessen wird. In der folgenden Schilderung geht es um den als unzureichend empfundenen Handschuhwechsel. Frau M beschreibt, wie sie über ihre Tätigkeit den notwendigen Handschuhwechsel vergisst:

Frau M: Weil ich das im ersten Moment gar nicht so mitkriege. Oder ... beziehungsweise, dieses Zeitgefühl ... oder ich vernachlässige das Zeitgefühl in dem Moment vielleicht. Unbewusst. Manchmal ist es auch einfach, weil sich eine Situation daraus ergibt, die ich vielleicht vorher nicht vorhergesehen habe. Ja, das sind glaube ich so die häufigsten ... Faktoren.
Interview t1, Frau M, Zeile 93 ff.

Auch die *mangelnde Volitionsstärke* stellt eine Barriere der Gruppe 1 da. Hierunter wurden Antworten subsummiert, aus denen hervorging, dass die eigene Bequemlichkeit oder Nachlässigkeit als Hindernis für Hautschutz empfunden wurde:

Herr D: Ich könnte mich mehr eincremen ... Wenn ich manchmal nicht zu faul wär ... Und ...die Handwaschpaste ganz weglassen. Was eigentlich mit Faulheit ein bisschen zu

tun hat ... 50 Meter mehr zu gehen hin und zurück ...Aber, wenn ich sie 10x mindestens wasche die Hände.. ist der Mensch manchmal faul ...
Interview t1, Herr D, Zeile 29

Herr K: Davor war es schwierig, weil ich Dadurch, dass es nicht so schlimm war ... mich nicht immer dran gehalten habe, weil ich dachte: Ach, ist ja nicht so schlimm! Damals würde ich eher so in „mangelhaft“ gehen... Aber jetzt schon: „gut“.
Interview t1, Herr K, Zeile 53

Es gibt auch Äußerungen, aus denen ersichtlich wird, dass mangelnde Volitionsstärke in Kombination mit geringem Selbstbewusstsein das Hindernis für die Umsetzung von Hautschutzmaßnahmen darstellt:

Frau G: Ich würde sagen, dass ich da eher ein ziemlich nachlässiger Typ bin. Also, da muss es erst ganz schlimm sein, bis ich dann wirklich was mache.

Interviewer: Was würden Sie sagen, woran liegt das?

Frau G: Das ist mir einfach so ein bisschen lästig ...also, so man sagt mir nach, dass ich mich selber halt nicht so ernst nehme, dass würd schon gehen ... und so.

Interviewer: Nicht so ernst, wie die Sorgen der Patienten

Frau G: Genau.
Interview t1 Frau G, Zeile 68

Aussagen, die der Gruppe 3 zuzuordnen sind, beziehen sich auf Barrieren, die sich aus den Hautschutzmaßnahmen an sich ergeben. Hierunter fallen Äußerungen, die darauf hindeuten, dass eine Hautschutzmaßnahme als hautunverträglich erlebt wurde:

Interviewer. (...) Wenn es mal nicht geklappt hat, was waren dann meist die Ursachen?

Frau H: Juckreiz

Interviewer: Wie meine Sie das?

Interviewer: Wenn ich unter den Nitrilhandschuh keinen Baumwollhandschuh anziehe, dann hatte ich ja nur die, die gehen bis zum Handgelenk und da kommt dann so ja auch Wasser rein, da habe ich ja noch nicht die geeigneten Waschhandschuhe gehabt. Und dann durch die Feuchtigkeit auch, fing das dann auch.

Interviewer: Also, der Juckreiz hat Sie dann abgehalten die Handschuhe anzuziehen, weil Sie dann wussten, das fängt dann an zu jucken.

Frau H: Ja.
Interview t1, Frau H, Zeile 108

Frau J: Ich benutze jetzt gar keine Desinfektion mehr an den Händen, wo ich es eigentlich benutzen müsste (...) Also wenn ich Desinfektion benutze, dann ist es nicht nur Hände, die kaputt gehen, sondern wirklich auch .. ich bekomme auch überall Quaddeln am ganzen Körper.
Interview t1, Frau J, Zeile 31

In diesen beiden Fällen wird die jeweilige Hautschutzmaßnahme als direkte Ursache für Hautveränderungen betrachtet und aus diesem Grunde gemieden. Im Bereich der Handschuhe kommt es vor, dass diese als ungeeignet für die zu verrichtende Tätigkeit erlebt werden:

Interviewer: Das Arbeiten mit Handschuhen stört Sie das, oder ist das okay?

Frau H: Ich meine jetzt bei Feuchtarbeiten geht es noch, aber, sobald man z. B. wickeln oder schneiden sollte, dann gibt es da schon Probleme.

Interviewer: Und was ist dann problematisch?

Frau H: Beim Wickeln, da hat man ja das Gefühl nicht so ... und beim Schneiden, ja gut, das habe ich ja noch nicht ausprobiert, da denke ich mal, scheidet man sich in den Handschuh rein.

Interview t1, Frau H, Zeile 86

Oder auch der Handschuheinsatz an sich als umständlich und zeitraubend empfunden wird und daher vermieden wird:

Herr L: Nein Handschuhe ... DAs ist auch so ... mit Scheiben tragen und Fenstern, dann kleine Schrauben und so ... Das ist immer ... so ein Problem ... Handschuhe an, Handschuhe aus ... Und Dauert alles seine Zeit und dann ... Wie das so ist.

Interview t1, Herr L, Zeile 39

3.2 Antizipierte Hindernisse und Barrieren zum Zeitpunkt t2

Im Zuge der Interviews, welche im Rahmen der Entlassung aus dem stationären Heilverfahren geführt wurden (= t2), wurden die Interviewpartner zum einen befragt, welche Verhaltensänderungen sie intendieren (siehe Teil III, Kapitel 2.2). Gleichzeitig war von Interesse, welche Hindernisse und Barrieren sie antizipieren. Eine Übersicht über die antizipierten Hindernisse gibt Tabelle 40.

Beim ersten Blick auf die Tabelle fällt auf, dass deutlich mehr Interviewpartner als zum Zeitpunkt t1 für die Zukunft keine Hindernisse oder Barrieren sehen, die die Umsetzung von Hautschutz gefährden könnten:

Interviewer: Was denken Sie bezüglich der Umsetzung der Hautschutzmaßnahmen. Wird es leicht sein oder eher schwer diese Dinge umzusetzen?

Herr L: Also, ich sehe bei mir persönlich keine Schwierigkeiten das umzusetzen.

Interviewer: Warum nicht?

Herr L: Ja, ich ... wie gesagt, ich bin auf dem Bau. Da gibt es jetzt nicht so Schwierigkeiten, also. Die Cremes sind in meiner Arbeitstasche im Auto dann. Handschuhe habe ich am Mann.

Interview t2, Herr L, Zeile 70 ff.

Interviewer: Wenn Sie jetzt an Ihren Hautschutz denken, Sie hatten ja gesagt, Sie haben ein paar Anregungen mitbekommen. Welche Hindernisse könnten Sie womöglich abhalten davon, dass das nicht klappt mit dem Hautschutz?

Herr D.: Jetzt weiß ich zum Glück noch keine.
Interview t2 Herr D, Zeile 59 ff.

Interessanterweise antizipiert Herr C, der als einziger Interviewpartner zum Zeitpunkt t1 keine Barrieren für Hautschutz benannt hat, nun gleich zwei mögliche Hindernisse. Zum einen nimmt er an, dass die Hautschutzprodukte am Arbeitsplatz verschwinden:

Herr C: (...) im Rahmen des Möglichen eben... die Haut schützen ... mit den Cremes die ich da bekomme Wobei das für mich, ich weiß noch nicht wie ich's alle umsetzen kann ... weil wenn man morgens irgendetwas hinstellt ist es auch gleichzeitig weg. (...)
Interview t2, Herr C, Zeile 45 ff.

Zum anderen Zeitdruck:

Interviewer: Welche Störungen...oder was für Hindernisse könnten Sie jetzt davon abhalten, dass das nicht funktioniert?

Herr C: Zeitdruck! Eigentlich nur Zeitdruck. Sonst nix.
Interview t2, Herr C, Zeile 100

Zeitdruck/Stress ist auch zum Zeitpunkt t2 die antizipierte Barriere, die am häufigsten von den Gesprächspartnern genannt wird. Dabei wird überwiegend von Zeitdruck im Rahmen der beruflichen Tätigkeit ausgegangen:

Interviewer: Was wären für Sie Hindernisse?

Herr N: Wenn ich auf der Arbeit zu viel zu tun habe, wenig Zeit, zu viel zu tun... Ja, dann hat man einfach keine Zeit dafür so wirklich.(...):
Interview t2, Herr N, Zeile 54 ff..

Interviewer: Welche Hindernisse könnten Sie vom Hautschutz abhalten?

Frau J: Höchstens beruflich jetzt. Das es mal so eine spontane Situation entsteht, wo man dann keine Zeit hätte, sich zu schützen. Die wird es sicherlich das ein oder andere Mal geben.
Interview t2, Frau J, Zeile 63 ff.

Aber auch im Zusammenhang mit privatem Hautschutzverhalten wird Zeitdruck als mögliche Barriere für die Umsetzung benannt:

Herr B: (...) Aber so fest vorgenommen, dass man sich abends öfters die Hände eincremt, auch dick, so mit Handschuhe ...Erwischt man sich immer wieder, dass man das mal vergisst wegen Zeit eben, sag ich mal. Nach der Arbeit da macht man mal eben schnell denn noch was zu Hause, dann läuft man schon wieder zum Hobby hin. Bloß das man sich da ein bisschen mehr Zeit für nimmt ... Auf der Arbeit, da läuft des denn schon ganz gut, mit Hautpflege, bloß das man denn eben nach der Arbeit die Hände

noch mal pflegt, mit Pflegecreme ne
Interview t2, Herr B, Zeile 83 ff.

In diesem Gesprächsausschnitt wird zusätzlich *Vergesslichkeit* als Hindernis angenommen, die sich aus dem Zeitdruck oder hier privaten Termindruck ergibt.

Ebenfalls wird zum Zeitpunkt t2 angenommen, dass Kunden und/oder Arbeitgeber die Hautschutzmaßnahmen kritisch gegenüberstehen könnten:

Herr I: Ja. ... Und das die Kunden das, vielleicht, weil ich ja... alle zwei Stunden bei einem anderen Kunden bin, das die erst mal dumm gucken werden. Das kann ich mir gut vorstellen. Weil ich glaube nicht, dass die Kunden, wenn ein Rohrreinigungsbetrieb kommt und sich.... Erst mal die Hände eincremt. Das haben die glaube ich noch nirgendswo gesehen.
Interview t2, Herr I, Zeile 53 ff.

Es kommt auch vor, dass von massivem Widerstand beim Arbeitgeber ausgegangen wird, was die Beschaffung von geeigneten Schutzhandschuhen angeht:

Frau G: (...) Aber, dass kann ich dann auch selbst finanzieren.... Das ist mir die Sache schon wert, dass ich ... halt die Hände in Ordnung habe.

Interviewer: Wenn Sie da Bedenken haben, dass der Arbeitgeber die Handschuhe nicht anschaffen will, kann vielleicht noch mal ein Gespräch mit dem Berufshelfer sinnvoll sein...

Frau G: Ja, klar, dass werde ich schon machen, aber... ich habe da sowieso schon so,... meine Arbeit da... ganz schön Stress wegen dieser sechs Wochen jetzt.... Wenn ich da noch mit den Handschuhen ankomme, ich glaube... dann explodiert die! (lacht). Frage ich lieber nicht....
Interview Frau G, Zeile 64 ff.

Zum Zeitpunkt t2 gibt es deutlich weniger Nennungen aus dem Bereich der Hindernisse, die im persönlichen Verhalten gesehen werden (= Gruppe 1). Nur noch ein Interviewpartner sieht *mangelnde Volitionsstärke* als ein mögliches Problem für die Umsetzung der Hautschutzmaßnahmen an. Diese würde zudem erst dann relevant werden, wenn der Leidensdruck aufgrund einer erheblichen Besserung der Hauterkrankung nachgelassen habe:

Herr K: Wenn es mal richtig gut ist mit der Haut, über einen längeren Zeitraum, dann ... könnte die Nachlässigkeit wieder mit reinkommen. Ja. Auf jeden Fall.
Interview t2, Herr K, Zeile 72 ff.

Als neue Dimension in dieser Gruppe der Hindernisse wird das Problem der *mangelnden Selbstwirksamkeit* geäußert:

Frau M: (...) Und manchmal auch ein bisschen so das Selbstvertrauen, weil wenn da ... ich weiß nicht, drei Chefärzte stehen! Und ich stehe da jetzt: Und jetzt noch mal eben

Hände desinfizieren, neue Handschuhe anziehen und noch mal eben warten. Und trocknen und ... Dann gucken die mich auch schon immer so an, so nach dem Motto: Hmmm. Werden Sie jetzt mal langsam fertig?

Interview t2, Frau M, Zeile 64 ff

Frau G: (...) Komme ich mir auch blöd vor, wenn das Telefon klingelt, und drei Leute warten auf dem Flur ... und ich ...creme mir ganz in Ruhe die Hände ein... Also, so... Und wenn ich abends eben einfach zu müde bin, dann geht gar nichts mehr.

In beiden Fällen wird deutlich, dass es in den angenommenen beruflichen Situationen schwer fällt, die eigenen Bedürfnisse wichtig oder sogar wichtiger zu nehmen als die (vermeintlichen) Bedürfnisse des Umfeldes.

Bemerkenswert erscheint zudem, dass zum Zeitpunkt t2 kein Gesprächspartner Hindernisse antizipiert, die sich der Gruppe 3 *Hindernisse, die in den Hautschutzmaßnahmen selbst begründet liegen*, zuordnen lassen. Hier scheint das stationäre Heilverfahren durch Austausch von Hautschutzprodukten und die individuelle Abstimmung von Hautschutzmaßnahmen die Gesprächspartner insoweit überzeugt zu haben, dass keine Probleme in diesem Bereich für die Zukunft angenommen werden.

3.3 Identifizierte Hindernisse und Barrieren zum Zeitpunkt t3

Im Anschluss an die Arbeitskarenz wurden die Interviewpartner befragt, wie in der Zeit zu Hause das Hautschutzverhalten umgesetzt wurde und ob es Situationen gab, in denen das intendierte Hautschutzverhalten nicht umgesetzt werden konnte.

Beim Blick auf Tabelle 40 wird deutlich, dass in der Zeit der Arbeitskarenz (t3) kaum Hindernisse auftraten. So geben sechs der zwölf Interviewten zum Zeitpunkt t3 an, keine Situationen identifiziert zu haben, in denen das angestrebte Verhalten nicht umgesetzt werden konnte. Dies ist sicherlich der Tatsache geschuldet, dass die Zahl der Hautschutzsituationen aufgrund der Arbeitskarenz deutlich geringer ausfiel, wie folgende Textpassagen belegen:

Interviewer: Gab es Situationen, in denen Sie bemerkt haben: Eigentlich hätte ich da jetzt Hautschutz durchführen müssen, aber dann hat es nicht geklappt?

Frau F: Im Moment eigentlich nicht, weil ich ja noch nicht Arbeiten gehe. Also, man konzentriert sich schon sehr auf seine Hände!

Interviewer: Also Hindernisse, die sie davon abgehalten haben, sind bisher nicht aufgetreten?

Frau F: Nein.
Interview t3, Frau F, Zeile 42

Interviewer: Also, gab es denn mal Situationen, wo es nicht geklappt hat, wo sie dachten: Oh, eigentlich hätte ich ja jetzt eincremen müssen, oder so, wo Sie es dann nicht gemacht haben ... Gab es das mal?

Herr N: Ja, also bis jetzt noch nicht. In den drei Wochen jetzt, noch nicht, nein!
Interview t3, Herr N, Zeile 68 ff.

Einige wenige Nennungen gibt es aus der Gruppe 2 (Barrieren im Bereich der Verhältnisse). Hier wird zum einen *Zeitdruck/Stress* angeführt, der aber durch die Arbeitskarenz deutlich geringer ausfiel, wie diese Gesprächspartnerin erläutert:

Interviewer: Was waren das für Situationen? Jetzt sagten Sie gerade schon wenn man zu müde war, gab es noch andere Situationen, wo es vielleicht mal nicht funktioniert hat zu Hause? Wo Sie sich eigentlich vorgenommen hatten, dass Sie sich jetzt

Frau G: Ja wenn es halt irgendwie schnell gehen musste, dann geht es auch nicht, aber ich war ja jetzt noch krankgeschrieben, es ging eigentlich.

Interviewer: Also die Zeit war ausreichend und deswegen hat es funktioniert?

Frau G: Ja.
Interview t3 Frau G, Zeile 21 ff.

In drei Fällen wird über mangelnde Akzeptanz bzw. Unterstützung im sozialen Umfeld berichtet. So erlebt Frau M das Tragen von Baumwollhandschuhen zum Schutz der Hände in der Freizeit als belastend:

Frau M: Ja, dann zwei Stunden nach her die Handschuhe tragen! Das ist halt so ein bisschen blöd. Wenn man irgendwie abends weg will, oder so.. oder ... Ist halt ein bisschen blöd. Ich meine, dass ich beim Einkaufen komisch angeguckt werde, dass bin ich jetzt ja schon gewöhnt. Dadurch, dass ich dann direkt vom Hautarzt dann auch einkaufen fahre, und dann halt immer meine Handschuhe anhabe. (...)
Interview t3, Frau M, Zeile 37 ff.

Zwei Gesprächspartner antizipieren bereits für die Zeit des beruflichen Wiedereinstiegs mangelnde Akzeptanz bei Kunden bzw. Arbeitgebern:

Herr I: (...) Das könnte dann noch Schwierigkeiten geben. Weil der Kunde sich dann denkt: Was macht der da überhaupt? Jetzt hockt der da in der Mitte im Badezimmer, unter dem Waschbecken, zieht der erst mal seine Handschuhe aus, zieht andere Handschuhe an, um wieder andere Handschuhe anzuziehen.
Interview t3, Herr I, Zeile 75 ff.

Interviewer: Die Pflegeprodukte, die Sie dann einsetzen wollen, sind die schon am Arbeitsplatz vorhanden?

Frau G: Ich bringe die selber dann mit wenn ich hinkomme. (...) das mache ich selber. Also meine Chefin ist eh schon nicht so gut auf mich zu sprechen. Ist schon ok.
Interviewt3 Frau G, Zeile 66 ff..

Es werden auch Probleme mit Schutzhandschuhen angesprochen. Im Rahmen von häuslichen Tätigkeiten mit solchen bemerkt Herr B erstmals eine vermehrte Schwitzneigung in den Handschuhen, die er bei der beruflichen Tätigkeit bisher nicht wahrgenommen hat und die die Tragedauer der Handschuhe begrenzte:

Herr B: Gut, wenn ich was gemacht habe im Haushalt, auch viel mit Handschuhen gearbeitet. Wie es ging (betont „ging“ gedehnt). Und dann nachher auch mal wieder abgebrochen, weil das schwitzig wurde. Da hat man es mal richtig gemerkt, wenn man es intensiv macht, auch mit Baumwollhandschuhen drunter, dann diese Gummihandschuhe, wenn man dann wirklich mal ein bisschen was abwäscht oder irgendwas macht, denn fängt man wirklich schnell an zu schwitzen. Ist mir so auf der Arbeit noch nie richtig aufgefallen. Weil ich die da eben kürzer anhab, die Handschuhe.
Interview t3 Herr B, Zeile 18 ff.

Herr I antizipiert eine Reihe von Problemen im Bereich der Schutzhandschuhe, die er im Rahmen des beruflichen Wiedereinstiegs erwartet und von ihm als hinderlich eingeschätzt werden. So befürchtet er, eine zu geringe Anzahl von Baumwollhandschuhen für die berufliche Tätigkeit zur Verfügung zu haben:

Herr I: Ich glaube das werden Ich bekomme jetzt 10 Paar Baumwollhandschuhe. Und ich habe natürlich auch alle aus dem Krankenhaus hier gesammelt, die ich kriegen konnte. Und ich schätze mal, dass das ein bisschen knapp sein wird, wenn ich durcharbeite richtig. Weil teilweise haben wir einen acht bis 10 Stundentag und das wird dann zu knapp, weil ich brauche dann ... Dann läuft die Waschmaschine wegen zwei Handschuhe, dann denkt meine Frau auch Nein, das klappt nicht!
Interview t3, Herr I, Zeile 62

Zudem rechnet er mit Problemen bei der Beschaffung der Handschuhe, da sich auch die Erstbeschaffung schwierig gestaltet hatte:

Herr I: (...) Die Apotheken, die stellen sich ja sowas von an. Die wissen bis heute nicht, wer das bezahlen soll. Ich brauchte drei Anläufe bei meiner Apotheke, bis ich es endlich bekam.
Interview t3, Herr I, Zeile 65 ff.

Auch befürchtet er, mit den empfohlenen Schutzhandschuhen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit nicht zurechtzukommen:

Herr I: Sagen wir mal so: Ich muss zusehen, dass ich da mit diesen vielen Handschuhen, die da übereinander trage: Baumwollhandschuhe, Polsterhandschuhe, Arbeitshandschuhe. Das ich da auch noch mit klar komme. Genau wissen wie ich das mache wo ich dann, die Handschuhe richtig einsetze, weil ich weiß nicht, ob das überall überhaupt möglich ist mit dicken Händen zu arbeiten (Herr I meint dicke Hände aufgrund der Handschuhe) . Weil ich dann hier (zeigt auf die Handballen und -innenflächen) überhaupt gar kein Gefühl mehr drin habe. Null. Nur noch mit dem Finger ab hier (zeigt auf Fingermittelgelenke) und das könnte vielleicht ... muss ich mir noch ein paar Ge-

danken zu machen, wie ich das mache. Wie, weiß ich noch nicht.
Interview t3, Herr I, Zeile 72

Wie in Kapitel 2.3 erläutert, spielt in der Zeit der Arbeitskarenz das Eincremen mit Hautpflegecreme und therapeutischen Externa eine zentrale Rolle. Konnte das intendierte Eincremeverhalten nicht umgesetzt werden, wurde dies hauptsächlich mit *Vergesslichkeit* begründet, wie die folgenden Interviewausschnitte belegen:

Frau H: Joaa ... Gab es vielleicht mal ein, zwei Tage da habe ich gedacht: Hm, Mist jetzt hast Du vergessen einzucremen. Aber sonst ...(...) Das kann sein, dass ich in dem Moment irgendwie unterwegs war, Und dann gucke ich auf die Uhr: Ja super, jetzt hast Du keine Cremes mit! Kannst Du unterwegs ja schlecht eincremenJa
Interview t3, Frau H, Zeile 50

Herr K: Ja, das war zum Beispiel wenn ich dann mal längere Zeit nicht daheim war und blöderweise keine Creme mitgenommen hatte, was ich mir ja eigentlich vorgenommen hatte. Da immer eine Tube ... Jetzt habe ich auch eine dabei ... Aber da hatte ich dann keine dabei Dann merke ich schon, die Haut war trocken und ich müsste jetzt mal cremen, aber ich habe nichts dabei.
Interview t3, Herr K, Zeile 39

In einem Fall wird *Müdigkeit* als Hindernis für die Umsetzung des intendierten Hautschutzverhaltens angegeben:

Frau G: Ja so manchmal ... also wenn ich abends z. B. zu müde war, dann habe ich es immer ausfallen lassen, deswegen würde ich mir keine „1“ geben.
Interview t3 Frau G, Zeile 19 ff.

3.4 Identifizierte Hindernisse und Barrieren zum Zeitpunkt t4

Vier Wochen nach dem beruflichen Wiedereintritt berichten die Interviewpartner über deutlich mehr wahrgenommene Barrieren, als dies noch zum Zeitpunkt der Arbeitskarenz der Fall war. Nur noch ein Interviewpartner gibt an, keine Barrieren für Hautschutz erlebt zu haben. Die meisten Äußerungen entfallen, wie bereits schon zu den Zeitpunkten t1 und t2, auf den Bereich der *Verhältnisse*. Hier wird abermals *Zeitdruck/Stress* als das häufigste Hindernis für die Umsetzung von Hautschutz empfunden. Die Gesprächspartner berichten über unterschiedliche Faktoren, die *Zeitdruck* oder *Stress* auslösen, wie beispielsweise Erste Hilfe bei Notfällen, die ein schnelles Handeln notwendig machen und eine Vernachlässigung von bestimmten Hautschutzmaßnahmen mit sich brachten:

Frau A: Doch es gab mal eine Situation, da habe ich zwar einen Handschuh angezogen, aber keinen Baumwollhandschuh drunter. ... Für einen ganz kurzen Augenblick. ... Da lag jemand im Bett und hatte dann erbrochen, da habe ich nur eben schnell den Handschuh über die eine Hand, ein Handtuch und habe das erstmal weg... und den Kopf so

ein bisschen zur Seite... erstmal so die erste Hilfe! Weiß ich nicht ... eben schnell... eine Minute... Gewischt, den Kopf zur Seite gedreht.
Interview t4, Frau A, Zeile 54

Frau M: Ja, so plötzliche Ereignisse. Wenn irgendwas ganz plötzlich auftritt! Wenn da jetzt irgendwie ein Patient vor mir liegt, der da seine Braunüle gezogen hat und da halb am verbluten ist, so. Da kann es schon mal sein, dass ich zum falschen Handschuh greife.
Interviewt4, Frau M, Zeile 22

Aber auch Zeitdruck während der „normalen“ beruflichen Tätigkeit kann dazu führen, dass der Hautschutz vernachlässigt wird:

Herr I: Absoluter Stress! In der Firma. Man wird abgelenkt, dann ist man... dann wollte man dann eben in den Aufenthaltsraum, dass eben machen... `Ach, dass kannst Du später machen!` heißt es dann. Es ist viel wichtiger jetzt... Wir müssen jetzt gucken, dass wir weiterkommen! Ja, und plötzlich... ist man dann voll im Machen und Tun, dass man fertig wird bis Feierabend!
Interview t4, Herr I. Zeile 95

Im folgenden Textausschnitt wird deutlich, dass der Stress nicht allein durch die zu erledigende Tätigkeit aufgebaut wird, sondern auch durch antizipierte Erwartungen von Vorgesetzten, die nicht enttäuscht werden sollen:

Herr E: Man konzentriert sich auch ein bisschen auf die Arbeit. Das ist einfach so. Und wir haben so viel zu tun ...und vor allem ich habe dieses Supergerät da, und da geht wieder keiner rauf und Das ist einfach auch mit Stress verbunden. (...)Und man will ja auch den Chef nicht enttäuschen und man will ja auch ein bisschen was schaffen. Und da hapert es dann immer so ein bisschen.
Interview t4, Herr E, Zeile 79 ff.

Ebenfalls dem Bereich der Verhältnisse lassen sich Barrieren zuordnen, in denen mangelnde Unterstützung durch den Arbeitgeber beklagt wird:

Herr B: Joaa. Bloss ich wollte jetzt gerne das weiter benutzen ... Gut ich hab das jetzt noch nicht ausprobiert, was die da auf der Arbeit bekommen haben Ich weiß auch nicht, wie das heißt ... Das ist gleichgestellt mit diesem Travabon auf diesem Hautschutzplan von Stockhausen ... Bloss, dass hat er (der Arbeitgeber) jetzt besorgt, nicht mehr dies Travabon. Obwohl das Travabon viel besser ist. Das haben die Kollegen auch schon alle gesagt. Weil die benutzen das jetzt schon die ganze Zeit wo ich auch hier war Und die sind auch alle am schimpfen. Und das das nicht ganz so doll schützt vor Dreck. Weil, wenn ich mit Travabon arbeite kann ich mir das schon fast so abwaschen, und das ist bei den anderen Mitteln nicht so. Und deswegen habe ich gleich gesagt, dann besorge ich mir das selber.
Interview t4 Herr B, Zeile 69ff

Oder auch mangelndes Verständnis von Kunden, welches – wie in diesem Fall – den intendierten Handschuhwechsel verhindert:

Herr I.: (...) Aber mit dem Wechseln ist das teilweise so.... Geht nicht einzuhalten! Man kann nicht jetzt sagen, jede Viertelstunde... Das geht nicht. Dann kommt man überhaupt nicht mit vorwärts. Der Kunde sagt einem: Das kann ich nicht bezahlen!
Interview t4, Her I, Zeile 103 ff.

Im Vergleich zu den Zeitpunkten t2 und t3 berichten die Interviewpartner auch deutlich mehr über Hindernisse, die in der Hautschutzmaßnahme selbst begründet liegen. So wurde häufig beklagt, dass der Hautschutz die berufliche Tätigkeit behindere:

Frau H.: Ja, mit dem Schneiden und mit dem Wickeln ... Mit Handschuhen ... Das Weiß ich nicht, das geht irgendwie nicht
Interview t4, Frau H, Zeile 131

Im direkten Vergleich zu den Kollegen wird das eigene Arbeitstempo aufgrund des Hautschutzes als langsamer empfunden. Im folgenden Textausschnitt wird dies – kombiniert mit mangelnder Selbstwirksamkeit – als eine zentrale Barriere für Hautschutz beschrieben:

Herr I.: Ja,... Vielleicht nicht so viel nachdenken über andere Leute, was die jetzt denken, wenn ich jetzt was mache, wieso und warum.... Das einfach durchziehen! Und das machen! Weil je mehr man nachdenkt und macht und erklären muss, desto weniger kommt man vorwärts. Und das ist auch ... Weil unserer Firma im Umbruch ist... Ein riesiger....Also ein großer Negativpunkt. Weil ich nicht so schnell bin, wie die anderen.

Interviewer: Also, Sie haben den Eindruck, durch den Hautschutz, verlangsamt sich Ihre Arbeit?

Herr I.: Extrem!
Interview t4, Herr I, Zeile 75

Ebenfalls kommt es vermehrt zu Berichten, dass einzelne Hautschutzmaßnahmen nicht vertragen werden. Ein Problem stellt beispielsweise die Regel *Weniger waschen, mehr desinfizieren!* dar, wenn es im Rahmen des beruflichen Wiedereinstiegs erneut zu Hautveränderungen kam:

Frau G.: (...). Das Händewaschen also auch nicht mehr so oft, also eben mehr desinfiziere. Aber wenn die Hände eben halt so offen sind, dann ist das nicht gerade so angenehm mit dem Desinfizieren. Dann lässt man das auch wieder.
Interview t4, Frau G, Zeile 77 ff.

Herr K.: Es wäre leicht umzusetzen, wenn die Haut in Ordnung wäre und ich es machen könnte. Ja, klar! Die Spender sind überall! Da kann man überall dran. Am Pflegewagen hängt einer und die hat man immer dabei und an jeder Tür überall ... Aber, ich konnte sie ja nicht benutzen (aufgrund von Hautveränderungen wie in Zeile 3 berichtet)!
Interview t4, Herr K, Zeile 44

In einigen Gesprächen wird über Probleme mit Schutzhandschuhen aufgrund einer verstärkt wahrgenommenen Schweißneigung berichtet:

Herr I: Die Baumwollhandschuhe, das ist jetzt... die sind so schnell klitschnass, ich kann fast gar nicht gegen an arbeiten. Also das ist jetzt, was man vorher sagte Viertelstunde, ist jetzt... 5-Minuten-Takt ...fast! Also, wenn man wasserdichte Handschuhe oben drüber hat, man hat die gerade an und man merkt schon Ohh...Und dann... Ja gut, man kann jetzt nicht sagen, man muss jetzt alle 5 Minuten die Handschuhe wechseln... Muss man halt ein bisschen länger. Und dann.... Ja gut... Sieht man dann schon wieder das Ergebnis... Wird alles weiß und ... Sieht man die Umrisse noch stärker... und dann dauert das ewig wieder bis das abtrocknet... Zu Hause dann die Intensivcremerei! Damit es dann bis nächsten Morgen um 7 dann wieder halbwegs in Ordnung ist.
Interview t4, Herr I, Zeile 9 ff.

Interviewer: Haben Sie das Gefühl, dass Sie schnell dadrin schwitzen?

Frau H: Schwitzen? Dadrunter schnell? Jaa!

Interviewer: Wie lange dauert das so, bis Sie denken: Oh, das ist feucht? Das müsste eigentlich gewechselt werden?

Frau H: Sobald ich den an habe, merke ich das schon. Das geht ganz schnell!
Interview t4, Frau H, Zeile 70 ff.

Auch zum Zeitpunkt t4 ist der Bereich des eigenen Verhaltens derjenige mit den wenigsten Nennungen. *Vergesslichkeit* ist eines der Hindernisse, das hier als Problem benannt wird:

Interviewer: Also, das mit dem Eincremen vergessen Sie dann schön öfter mal?

Frau H: Ja, das könnte schon mal passieren. Ja.

Interviewer: Was würden Sie denn sagen, wie oft?

Frau H: Das kommt drauf an. Das kann mal sein, dass ich zwei Tage nicht eincreme und dann vergesse ich das ... (...)
Interview t4, Frau H, Zeile 205 ff.

In einem Fall wird die Vergesslichkeit mit der Konzentration auf die berufliche Tätigkeit begründet:

Interviewer: Und die Situationen, wo das nicht geklappt hat, was hat Sie in der Regel dann davon abgehalten?

Herr E: Meine Baumaschinen. Diese Konzentration auf die Arbeit.
Interview t4, Herr E, Zeile 90 ff.

Im Rahmen der t4-Interviews kommt teilweise eine mangelnde Volitionsstärke zum Ausdruck. So wird in einem Fall der berufliche Hautschutz eher als umständlich bzw. aufwändig empfunden:

Interviewer: Und bei der Arbeit? Wie ist es da?

Herr K: (...). Da ist es schon ... störend. Weil, schneller geht es natürlich, wenn man einfach in einen Handschuh reinschlüpft und loslegen kann und dann noch die Baumwollhandschuhe drunter und dann ...Cremen ... Genau! Ja, das ist viel Zeug! Ja....

Interviewer: Wenn Sie es einordnen sollten, wie haben sie es empfunden? Eher nervig, eher normal ...Routine?

Herr K:Zwischen "nervig" und "geht". Also, mal so, mal so. Je nachdem, ob man gerade Zeit hatte, dann konnte man es natürlich machen, oder halt nicht.
Interview t4, Herr K, Zeile 85 ff.

In einem anderen Fall sind es eher die privaten Hautschutzsituationen, die einer gewissen Nachlässigkeit zum Opfer fallen:

Frau G: (...) Wo ich manchmal nicht so gut bin ist, wenn ich mal schnell mal was abwaschen will, das mach ich manchmal noch ohne Handschuhe und gerade so das Spülmittel, das weiß ich auch, ist ja nicht gerade toll. Also, das ist nicht so gut, ansonsten...(..)

Interviewer: Also, das ist dann eher im privaten Bereich?

Frau G: Ja, weil das muss dann halt schnell gehen, dann denkt man, jetzt erst noch die Handschuhe, dann habe ich meine Hände auch schon nass, sonst müsste ich sie ja erst noch abtrocknen und dann in die Handschuhe! Nee!
Interview t4, Frau G, Zeile 49 ff.

Ein weiterer Aspekt, den die Interviewpartner im Zusammenhang mit Barrieren im eigenen Verhalten thematisieren, ist die *große Aufmerksamkeit*¹⁵, mit der alle Tätigkeiten, aber auch die Haut betrachtet werden müssen, um den Hautschutz nicht zu vernachlässigen. So wird erlebt, dass z. B. im Bereich des Eincremens sehr genau auf jeweilige Hautzustände geachtet und entsprechend angepasste Externa gewählt werden müssen:

Frau A.: Was ich noch äußerst frustrierend finde...ist, dass anscheinend, diese Gradwanderung zwischen zu viel und zu wenig Creme, das die nicht kontinuierlich ist. Also, was man jetzt für einen Tag, oder für eine Woche gefunden hat... hatte ich das so schön rausgefunden... Also, nach dem Händewaschen nimmst du die Creme zur Pflege! Weil die Hände dann extrem trocken... Also, die schreien dann so richtig dann nach Fett! (...) und zwischendurch nimmst du dann nur die Creme, die eben nicht so fettig ist. Weil auch so dieses zu viel an Fett, auch nicht so schön ist, dass merke ich dann auch sofort... Und dann denkt man immer: 'Jetzt hast Du den Bogen raus!' ... Und, ich schwöre Ihnen, die nächste Woche ist es genau anders rum! Das ist auch so ein bisschen frustrierend, ... Dann denkt man, jetzt hast Du so eine Linie, wo Du Dich dran halten kannst, da kannst du jetzt den Durchmarsch mit machen... Und dann ist das alles nicht so!
Interview t4, Frau A; Zeile 65 ff.

Frau J: Ich bin ja nickelallergisch. Also, selbst beim Schlüssel. (...) Oder, die Toilettenbürste (...) aber die ist auch voll aus Metall ... und dann nehme ich manchmal schon Toilettenpapier und dann fasse ich den Griff mit dem Toilettenpapier ... Also, man entwi-

¹⁵ Schwarzer (2004) bezeichnet diese Aufmerksamkeit, die notwendig ist, um ein neues Verhalten aufrechtzuerhalten, auch als *Handlungskontrolle*.

ckelt auch dann Phantasie. Mit was könnte ich das jetzt anfassen, ohne jetzt extra Handschuhe zu holen! Also, es ist letztendlich eine Paranoia schon. Weil ich dann immer denke: 'Jetzt kriegst du gleich wieder Bläschen!' Also...ich passe da total auf!
Interview t4, Frau J, Zeile 75 ff.

In diesen beiden Textausschnitten wird die Anstrengung, die mit der Handlungsausführungskontrolle/Handlungskontrolle¹⁶ (Schwarzer 2004, Scholz/Sniehotta 2006) verbunden ist, solange das Verhalten noch nicht in eine Gewohnheit überführt wurde, deutlich. Ein Mangel an Handlungskontrolle bewirkt eine Vernachlässigung des Hautschutzes, weshalb mangelnde Handlungskontrolle als Barriere betrachtet werden kann. Dabei zeigt die Kategorie *mangelnde Handlungsausführungskontrolle* durchaus Überschneidungen zu der Barriere *Vergessen*.

¹⁶ Siehe hierzu auch Teil I, Kapitel 5.4.2. Schwarzer (2004, S. 96) definiert Handlungsausführungskontrolle als einen Prozess, in dem die Aufmerksamkeit auf die anstehende Aufgabe fokussiert, aber Ablenkungen ignoriert, Versuchungen widerstanden und unangenehme Emotionen reguliert werden.

4 Umsetzungsstrategien zum Hautschutzverhalten

Im Rahmen dieses Kapitels soll die letzte Forschungsfrage des *Themenfelds 1: Hautschutzverhalten* betrachtet werden, die da lautet:

Abbildung 12: Themenfeld Hautschutz; Forschungsfrage 1c

Welche Umsetzungsstrategien werden von den Betroffenen angewendet, um das Hautschutzverhalten umzusetzen?

Im Rahmen der Analyse zu dieser Forschungsfrage soll überprüft werden, auf welche Art und Weise die Gesprächspartner versuchen, das intendierte Verhalten aufzunehmen und beizubehalten. In diesem Zusammenhang sollen erneut die identifizierten Hindernisse und Barrieren betrachtet werden; und es soll überprüft werden, wie der Umgang mit diesen Barrieren bei den einzelnen Gesprächspartnern ausfällt. Eine Untersuchung von Sniehotta und Schwarzer (2003) konnte belegen, dass Personen mit barrierebezogener Strategieplanung – auch *Bewältigungsplanung* oder *Copingplanung* genannt – erfolgreicher Verhaltensänderungen umsetzen als Personen, die reine Handlungspläne (Wann-, Wo-, Wie-Plan) formulierten (siehe Teil I, Kap. 5.4.1). Am schlechtesten schnitten in dieser Untersuchung Personen ab, die keine Pläne zu ihrer zukünftigen Verhaltensänderung erstellten. Aus den Ergebnissen zu dieser Untersuchung zieht Schwarzer (2004, S. 323) den Rückschluss, dass Personen, deren eigene Intentionen und Selbstwirksamkeit nicht ausreichen, durch Handlungsplanung dazu gebracht werden können, die gewünschte Verhaltensänderung zu initiieren und aufrechtzuerhalten. Dieser Befund stützt somit auch das HAPA-Modell, welches behauptet, dass postintentionale Personen von Handlungsplanung profitieren (vgl. Schwarzer 2004, S. 323). Im Rahmen dieser Untersuchung soll dieser Aspekt bei den Interviewanalysen berücksichtigt werden. Das vorliegende Interviewmaterial wurde zu diesem Zweck hinsichtlich Hinweisen zu Umsetzungsstrategien untersucht. Dabei beschränkt sich die Analyse auf die Zeitpunkte t2, t3 und t4, da erst zu diesen Zeitpunkten Intentionen formuliert bzw. Umsetzungsstrategien durchdacht und angewendet werden konnten. Gleichzeitig wird überprüft, inwieweit die von den Interviewpartnern identifizierten Barrieren bei der Wahl der Umsetzungsstrategien Berücksichtigung finden und ob es Hinweise auf problembezogenes Coping (Lazarus 1993) gibt. Tabelle 41 bietet eine Übersicht über die geäußerten Strategien zur Umsetzung von Hautschutz, welche dann in den folgenden Kapiteln näher betrachtet werden.

Tabelle 41: Übersicht Umsetzungsstrategien t2-t4

| Inter- viewte (N = 14) | Umsetzungsstrategien zum Zeitpunkt t2 | Umsetzungsstrategien zum Zeitpunkt t3 | Umsetzungsstrategien zum Zeitpunkt t4 |
|------------------------------|---|--|---|
| Frau M | <ul style="list-style-type: none"> Gedächtnisstützen nutzen emotionales Coping (will selbstbewusster Hautschutz vertreten) | <ul style="list-style-type: none"> Broschüre nicht genutzt Planung des Tagesablaufs, um Therapie zu integrieren Gespräch mit Vorgesetzten zum Einsatz von Hautschutzprodukten | <ul style="list-style-type: none"> Hautschutz ist in den beruflichen Alltag integriert/ Routine geworden keine Äußerungen zu Umsetzungsstrategien |
| Herr C | <ul style="list-style-type: none"> bessere Verfügbarkeit von Hautschutz Gespräch mit Arbeitgeber zur besseren Verfügbarkeit von Hautschutz | Kein Interview zu t3 | <ul style="list-style-type: none"> bessere Verfügbarkeit von Hautschutz umgesetzt Hautschutz ist Routine geworden |
| Herr D | <ul style="list-style-type: none"> bessere Verfügbarkeit von Hautschutz | <ul style="list-style-type: none"> bessere Verfügbarkeit von Hautschutz sichergestellt Gespräch mit Arbeitgeber zur besseren Verfügbarkeit von Hautschutz | <ul style="list-style-type: none"> bessere Verfügbarkeit von Hautschutz umgesetzt Hautschutz ist Routine geworden |
| Frau A | <ul style="list-style-type: none"> bessere Verfügbarkeit von Hautschutz | <ul style="list-style-type: none"> bessere Verfügbarkeit der Produkte sichergestellt emotionales Coping (Selbstgespräch) Absprachen mit Kollegen | <ul style="list-style-type: none"> bessere Verfügbarkeit von Hautschutz umgesetzt Hautschutz ist in die berufliche Tätigkeit integriert |
| Herr B | <ul style="list-style-type: none"> problembezogenes Coping durch Stressabbau | <ul style="list-style-type: none"> bessere Verfügbarkeit von Hautschutz sichergestellt noch keine konkreten Umsetzungsstrategien für Intentionen zum Hautschutz am Arbeitsplatz | <ul style="list-style-type: none"> keine Umsetzungsstrategien benannt Hautschutz ist teilweise Routine geworden |
| Herr L | <ul style="list-style-type: none"> nutzt soziale Unterstützung bessere Verfügbarkeit von Hautschutz Broschüre genutzt (gelesen + ausgefüllt) | <ul style="list-style-type: none"> bessere Verfügbarkeit von Hautschutz sichergestellt Broschüre genutzt (gelesen + ausgefüllt) | <ul style="list-style-type: none"> bessere Verfügbarkeit von Hautschutz sichergestellt Hautschutz ist in berufliche Tätigkeit integriert Broschüre hat die Umsetzung erleichtert |

| Inter- viewte (N = 14) | Umsetzungsstrategien zum Zeitpunkt t2 | Umsetzungsstrategien zum Zeitpunkt t3 | Umsetzungsstrategien zum Zeitpunkt t4 |
|------------------------------|---|--|--|
| Frau J | <ul style="list-style-type: none"> bessere Verfügbarkeit der Produkte Broschüre gelesen- | <ul style="list-style-type: none"> bessere Verfügbarkeit von Hautschutz sicher- gestellt Handlungsplanung für beruflichen Hautschutz Broschüre nicht genutzt | <ul style="list-style-type: none"> Broschüre nicht genutzt bessere Verfügbarkeit von Hautschutz umge- setzt Handlungsplan umge- setzt, jetzt Routine |
| Frau G | <ul style="list-style-type: none"> bessere Verfügbarkeit von Hautschutz Gedächtnisstützen nut- zen (Erinnerungszettel) problembezogenes Coping durch „Nein“ sa- gen können | <ul style="list-style-type: none"> Broschüre nicht genutzt problembezogenes Coping durch „Nein“ sa- gen können kaum Gedanken zur Umsetzung von Haut- schutz | <ul style="list-style-type: none"> Hautschutz ist Routine geworden sieht Probleme bei der Hautreinigung – konnte keine Lösung finden Broschüre nicht genutzt |
| Frau H | <ul style="list-style-type: none"> keine Umsetzungsstra- tegien benannt Broschüre etwas gele- sen | <ul style="list-style-type: none"> will zukünftig bessere Verfügbarkeit von Haut- schutz sicherstellen kaum Gedanken zur Umsetzung von Haut- schutz | <ul style="list-style-type: none"> sieht Probleme bei be- stimmten Tätigkeiten konnte keine Lösung fin- den Hautschutz teilweise Routine geworden Broschüre nicht genutzt |
| Herr E | <ul style="list-style-type: none"> nutzt soziale Unterstüt- zung Handlungsplanung durch Gespräche mit der Ehefrau | <ul style="list-style-type: none"> Kein Interview zum Zeitpunkt t3 | <ul style="list-style-type: none"> konnte Lösungen für Probleme beim Haut- schutz finden und umset- zen Broschüre genutzt (gele- sen und geschrieben) |
| Herr K | <ul style="list-style-type: none"> bessere Verfügbarkeit von Hautschutz | <ul style="list-style-type: none"> Broschüre nicht genutzt Erkennen von Proble- men, aber keine Lö- sungsmöglichkeiten kaum Gedanken zur Umsetzung von Haut- schutz | <ul style="list-style-type: none"> Broschüre nicht genutzt sieht Probleme, aber keine Lösungen für diese |
| Herr I | <ul style="list-style-type: none"> problembezogenes Coping durch Gesprä- che mit Arbeitgeber/ Kunden Broschüre gelesen und ausgefüllt | <ul style="list-style-type: none"> Broschüre gelesen und komplett ausgefüllt bessere Verfügbarkeit von Hautschutz sicher- gestellt sieht viele Probleme, aber kaum Lösungsmög- lichkeiten | <ul style="list-style-type: none"> Broschüre weiter genutzt / Pläne angepasst besser Verfügbarkeit von Hautschutzprodukten umgesetzt sieht viele Probleme bei der Umsetzung von Hautschutz, aber keine Lösungen |

| Interviewte (N = 14) | Umsetzungsstrategien zum Zeitpunkt t2 | Umsetzungsstrategien zum Zeitpunkt t3 | Umsetzungsstrategien zum Zeitpunkt t4 |
|-------------------------|--|---|---|
| Herr N | <ul style="list-style-type: none"> • bessere Verfügbarkeit von Hautschutz • problembezogenes Coping zum Hautschutz bei berufl. Stress • Broschüre reingeschaut/etwas ausgefüllt | <ul style="list-style-type: none"> • Broschüre nicht weiter genutzt • keine konkrete Benennung von Umsetzungsstrategien | Kein Interview zu t4 |
| Frau F | <ul style="list-style-type: none"> • benennt keine konkreten Umsetzungsstrategien • Broschüre etwas gelesen | <ul style="list-style-type: none"> • Einsatz von Erinnerungszetteln • Broschüre nicht genutzt | <ul style="list-style-type: none"> • Broschüre genutzt (gelesen und geschrieben) • Broschüre dient als Gedächtnisstütze für die Umsetzung der Hautschutzmaßnahmen |

4.1 Umsetzungsstrategien zum Zeitpunkt t2

Zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem stationären Heilverfahren wurden die Gesprächspartner befragt, welche Hautschutzmaßnahmen sie zukünftig umsetzen wollen und wenn ja, ob sie sich Gedanken bezüglich der Umsetzung dieser Vorhaben gemacht haben. Im Rahmen der Interviewanalyse wurden zunächst alle Textstellen markiert, aus denen hervorging, dass der Interviewte sich mit der Umsetzung von Hautschutz auseinandersetzt. In einem zweiten Durchgang wurde überprüft, ob sich Umsetzungsstrategien finden, die der Handlungsplanung oder der Bewältigungsplanung zuzuordnen sind. Im Rahmen dieser Analyse fiel auf, dass eine strikte Trennung in „Aussage zur Handlungsplanung“ und „Aussage zur Bewältigungsplanung“ nicht möglich war, da die Mehrheit der gefundenen Interviewpassagen beide Komponenten in sich vereinen, wie folgende Schilderung verdeutlicht:

Interviewer: Und haben Sie in der Zeit in der Klinik geplant, wie Sie Ihren Hautschutz verändern wollen?

Frau J: Ja, das habe ich schon in der Klinik überlegt. Man hat schon so überlegt: Hm, wie setzt du das ein? Das war schon für mich klar, dass ich gleich meine Sachen (*meint die Hautschutzprodukte*) zu Hause verteile. (...) Also, wie gesagt, ich habe gleich dann die Seifen geändert, überall waren dann gleich die Handschuhe. Die Cremes alle verteilt. Hatte ja genug mitbekommen.
Interview t2, Frau J, Zeile 59 ff

Frau J hat sowohl überlegt, welche Hautschutzprodukte sie wann und wo einsetzen will (= Handlungsplanung), auf der anderen Seite ist ersichtlich, dass sie in ihren Überlegungen das Problem der „mangelnden Verfügbarkeit“ und das damit verbundene Vergessen von Hautschutz mit einbezieht und entsprechend eine bessere Verfügbarkeit einplant (= Bewältigungsplanung), so dass eine eindeutige Zuordnung in *Handlungsplanung* bzw. *Bewältigungsplanung* nicht möglich ist. Aus diesem Grund wurde auf eine entsprechende Zuordnung überwiegend verzichtet und nur absolut eindeutige Aussagen entsprechend zugeordnet. Tabelle 41 gibt einen Überblick über die von den einzelnen Interviewpartnern benannten Strategien zur Umsetzung zum Zeitpunkt t2.

Von den 14 Gesprächspartnern erläuterten Frau H, Herr D, Herr L und Frau F, sich bisher keine Gedanken zur Umsetzung von Hautschutzmaßnahmen gemacht zu haben, wobei im Fall von Herrn L und Frau F deutlich wird, dass bisher lediglich keine konkreten Ausführungspläne gemacht wurden, aber dennoch eine gedankliche Auseinandersetzung mit dem künftigen Hautschutzverhalten stattgefunden hat.

Interviewer: Sie sagten ja eben, konkrete Pläne haben Sie noch nicht gemacht...

Frau F: Nee, so ganz.... Aber im Grunde genommen, grob weiß ich schon, was man zu machen hat... Aber, dass ich so ganz konkret, wann, wie, was.... Da habe ich mir noch nicht so richtig die Gedanken zu gemacht.
Interview Frau F, Zeile 68

Für die Umsetzung von Verhaltensänderungen kann das Einfordern und Erhalten von sozialer Unterstützung eine hilfreiche Ressource darstellen (Knoll/Schwarzer 2005). Diese Ressource wird auch von einigen Gesprächspartnern bereits bedacht und genutzt.

Herr L: (...) Ich werde mit meiner Partnerin, die will ich da mit einbeziehen, und so. Denn die Hautpflege ist ja für alle gedacht, sag ich mal Wenn man es dann zu zweit macht ist es dann wahrscheinlich noch einfacher, als wenn man es dann alleine zu Hause macht.
Interview t2, Herr L, Zeile 25

Ein anderer Gesprächspartner berichtet, die Umsetzung der Hautschutzmaßnahmen gemeinsam mit der Ehefrau geplant zu haben:

Herr E: Ja, da ich ja nun am Wochenende nach Hause fahr. Also, ich habe mit meiner Frau schon so einen Plan gemacht. Wie ich das denn weiter pflegen könnte (...)
Interview t2, Herr E, Zeile 6 ff.

Auch andere Gesprächspartner berichten, ihr zukünftiges Verhalten gedanklich geplant zu haben. In einigen Fällen bleibt es bei einer reinen *Handlungsplanung*, da zwar mögliche Barrieren antizipiert, aber keine passenden Bewältigungsstrategien überlegt werden. Hier ist eine klare Zuordnung zur „Handlungsplanung“ somit möglich, wie folgende Schilderung verdeutlicht:

Interviewer: Sie sagten ja, Sie haben Anregungen bekommen und sich auch ein paar Sachen vorgenommen. Haben Sie das auch konkret geplant, wie Sie das umsetzen können?

Herr N: Ja, das dürfte an sich eigentlich kein Problem sein. Zeit habe ich im Prinzip genug auf der Arbeit. Ich habe auch eine große Pause, da dürfte einem das nicht schwer fallen, eben die Schuhe zu wechseln. Ja, mit Baumwollhandschuhen ist natürlich eine Sache, da müssen alle 20 Minuten gewechselt werden immer wahrscheinlich... Ob ich das dann so hinkriege, das ist eine andere Sache.
Interview t2, Herr N, Zeile 50 ff.

Ebenfalls wird eingeräumt, dass die Planung des Verhaltens als vorläufig angenommen wird und erprobt werden muss.

Interviewer: Wie haben Sie das mit Ihrer Frau geplant? Haben Sie feste Termine ausgemacht, oder...?

Herr E: Nee, also so weit sind wir noch nicht. Wir haben das einfach so mal ein bisschen durchgesprochen. Aber, wir wollen uns da ja noch so ein bisschen intensiver mit beschäftigen, wenn es denn irgendwie möglich ist. Und, mal gucken, wie das denn so ...

so hinhaut dann, ne. Das ist dann ja nicht so das es immer von Anfang an passt. Das muss man dann ein bisschen ausarbeiten.
Interview t2, Herr E, Zeile 51

Zum Zeitpunkt t2 ist *eine verbesserte Verfügbarkeit* der notwendigen Hautschutzprodukte ein zentrales Thema, um die Umsetzung der Hautschutzmaßnahmen zu realisieren:

Frau A: Ja, wie ich das am besten hinkriege bei uns auf der Arbeit... Ich werd mir bei uns aus der Waschküche so ein kleines Netz holen (...) wo ich die schmutzigen Baumwollhandschuhe dann einfach abwerfen kann und bring die dann selbst in die Waschküche, dass die mir dann waschen ...und die sauberen, die werd ich mir in den Spinnt legen und morgens beim Umziehen immer entsprechend mit hochnehmen, in den Pflegewagen legen ... Mit den Cremes zusammen.
Interview t2, Frau A, Zeile 152 ff.

Einige Interviewte wollen die Verfügbarkeit erhöhen, indem die Produkte an möglichst vielen neuralgischen Punkten von den Gesprächspartnern selbst verteilt werden. Schilderungen, die diese Umsetzungsstrategie verfolgen, beziehen sich sowohl auf das private Umfeld:

Herr L: (...) Und die sollen dann ja auch in mehreren Dosen in der Wohnung verteilt sein, dass man nicht immer ins Bad laufen muss und ... dass man sie einfach greifen kann und da mal die Hände eincremen kann. Und so die Pflegemittel
Interview t2, Herr L, Zeile 27

als auch auf den Arbeitsplatz, wobei hier eher das ständige Mitführen der Produkte als Umsetzungsstrategie genannt wird:

Herr K: Ja, wie gesagt, die Cremes immer am Körper führen, was weiß ich, immer in Taschen, immer mit dabei haben, in kleinen Tuben. Das habe ich mir auf jeden Fall jetzt schon vorgenommen. Und die Handschuhe immer mit mir rumtragen.
Interview t2, Herr K, Zeile 66

Teilweise wird auch der Arbeitgeber in der Verantwortung für eine bessere Verfügbarkeit der Hautschutzprodukte und -ausrüstung gesehen. Herr C plant daher die notwendigen Verbesserungen beim Arbeitgeber anzusprechen:

Herr C: (...) dann fahr ich wieder zur Firma ...Anschließend ...Und dann werd ich sofort losgehen zu den Hygienebeauftragten und (...).....wir haben nur eine Stelle zum Cremen..und die ist direkt am Aufenthaltsraum! Da muss unbedingt an verschiedenen Stellen auch noch was hinkommen! Doch, ich hab schon einiges im Kopf, was ich da ändern werde! (...)
Ich muss die Chance haben, wenn ich von A nach B gehe, dass ich mir irgendwo wenn ich viel Wasser benutzt habe ... oder benutzen musste, dass ich dann auch die Chance habe, eben mich wieder neu einzucremen!
Interview t2, Herr C, Zeile 95 ff

Andere bleiben in ihren Überlegungen zur besseren Verfügbarkeit von Hautschutzprodukten eher vage. So wird das Problem, dass Hautschutzprodukte „geklaut“ werden, zwar geäußert, aber keine konkrete Strategie benannt, mit der dies verändert werden soll:

Interviewer: In Bezug auf Hautschutz?

Herr D: Werde ich auch was ändern. Das ich auch die Hautreinigungsprodukte hinbekomme dass es nicht mehr geklaut wird.
Interview t2, Herr D; Zeile 12

Eng einher mit dieser *verbesserten Verfügbarkeit* geht die Nutzung von *Gedächtnisstützen*, welche an die Umsetzung von Hautschutzmaßnahmen erinnern sollen. Hier wird wieder die verbesserte Verfügbarkeit genannt. Der Erinnerungseffekt soll durch die ständige Präsenz der Hautschutzprodukte an allen möglichen Einsatzorten erreicht werden:

Herr N: Ja, (...), dass ich überall im Haus und auf der Arbeit Cremetuben verteile, dass ich immer daran erinnert werde, möglichst oft eincremen.
Interview t2, Herr N, Zeile 61

Als weitere Ideen zur verbesserten Umsetzung von Hautschutz werden Erinnerungshilfen mittels Zetteln genannt:

Frau G: (...) Aber, ich könnte mir schon vorstellen, dass ich so längerfristig so an bestimmte Stellen mir so einen Zettel mache, so: „Eincremen nicht vergessen!“, oder so.
Interview t2, Frau G, Zeile

Aber auch akustische Erinnerungshilfen sollen genutzt werden:

Frau M: Also, was ich mir schon mitgenommen habe ist einfach noch mal darauf zu achten, dass ich die Handschuhe auch wirklich zeitnah, oder öfter wechsel. Also, ... keine Ahnung, ob ich mir einen kleinen Wecker daneben stelle oder ... ich weiß es noch nicht, wie ich es mache. Auf jeden Fall, dass ich wirklich regelmäßig dran denke: So, jetzt ist eine Viertelstunde um, jetzt musst du mal wieder deine Handschuhe wechseln, so ungefähr.
Interview t2, Frau A, Zeile 30

Einige Schilderungen sind eindeutig als *barrierebezogene Strategieplanung* zu identifizieren. Hierbei gibt es Äußerungen, die sich als *problembezogenes Coping* einordnen lassen, da diese Strategie darauf abzielt, ein Problem zu beseitigen oder zu mindern (Lazarus 1993). Hier werden zum Beispiel Gespräche mit Kunden über Hautschutz genannt, um bei diesen für Verständnis für die getroffenen Hautschutzmaßnahmen zu werben:

Interviewer: Haben Sie überlegt, wie Sie mit solchen Hindernissen – sei es, dass die Kunden komisch reagieren, oder dass die Zeit fehlt – haben Sie überlegt, wie man damit umgehen könnte?

Herr I: Einfach nur erklären! Das ist einfach nur der Selbstschutz, weil wir halt mit Chemie und Fäkalien arbeiten. Es ist einfach nur, wenn man jetzt sagt, man will sich selber jetzt nicht anstecken... Muss man das machen. Das habe ich jetzt auch schon Jahre vorher den Kunden erklärt. Nur, dass wird jetzt noch ein bisschen extremer.
Interview t2, Herr I, Zeile 54

Häufig bezieht sich das problembezogene Coping auf den Umgang mit Stress/Zeitdruck. Als eine Lösungsstrategie wird das Delegieren von Aufgaben betrachtet, um mehr Zeit für Hautschutzmaßnahmen zu haben:

Herr B: Das Privatleben, oder das Hobby ein bisschen umstrukturieren. Das habe ich mir auch schon in dem Seminar von (Name des Seminarleiters) so gedacht, ..., wegen Stress auch ...(...). Weil ich hab ziemlich viel Stress, ich bin Leiter von der Feuerwehr bei uns im Dorf ... und da macht man sich auch selbst viel Stress, weil ich bin auch so der Typ, ich mach's lieber selber bevor ich da jemand anders bei lass ... Bloß, da werd ich auch mehr Aufgaben verteilen, dass ich da ein bisschen mehr Luft krieg, (...).
Interview t2, Herr B, Zeile 92 ff.

Eine andere Strategie in diesem Zusammenhang ist, die Zeit effektiver zu nutzen, wie z. B. während man von A nach B läuft, die Hände einzucremen:

Interviewer: Haben Sie sich Gedanken gemacht, wie es Ihnen gelingen könnte trotzdem den Hautschutz umzusetzen?

Herr N: Ich könnte zum Beispiel auf Laufwegen, wenn ich irgendwo was abholen muss, so noch schnell eincremen, Handschuhe wechseln oder so... Paar Kleinigkeiten habe ich da schon...
Interview t2, Herr N, Zeile 57

In einem Fall wird *emotionales Coping* geschildert. Nach Lazarus (1993) sind hierunter Versuche zu verstehen, in denen Emotionen oder Situationen durch Uminterpretation / Selbstgespräche verändert werden:

Frau M: (...). Dieser Zeitdruck! Ich weiß nicht ... Wenn ich am Patientenbett stehe und ich mache einen Verband. Einen aufwendigen Verband. Dann dauert das auch ... mal locker irgendwie ... keine Ahnung ... viertel Stunde, zwanzig Minuten ... bis zu einer halben Stunde. Halt je nach dem, was das für ein Verband ist. Und ... ich muss die ja sowieso aus hygienischen Gründen beim hygienischen Verbandswechsel, muss ich den sowieso ja öfter mal wechseln. Fehlt mir manchmal die Zeit! Und manchmal auch ein bisschen so das Selbstvertrauen, weil wenn da ... ich weiß nicht, drei Chefarzte stehen und ich stehe da jetzt: Und jetzt noch mal eben Hände desinfizieren, neue Handschuhe anziehen und noch mal eben warten. Und trocknen und Dann gucken die mich auch schon immer so an, so nach dem Motto: Hmmm!!!. Werden Sie jetzt mal langsam fertig? So! Also, da habe ich mir schon vorgenommen, zu sagen es ist jetzt Nein! Das sind jetzt meine Hände. Und da muss ich drauf aufpassen! Und ... wenn ihr keine Zeit habt, dann geht einfach weiter! (lacht) Das habe ich mir so fest vorgenommen, eigentlich! Das ich das mache. Also, einfach mehr für mich! sagen: So! Das ist für mich! gut! Das muss ich haben! Und anders geht es nicht! So! Einfach mich wichtiger nehmen. Oder meine Hände einfach wichtiger nehmen!
Interview t2, Frau M, Zeile 64

Im Rahmen der Analyse zu Umsetzungsstrategien wurde auch der Frage nachgegangen, ob und wenn ja in welchem Umfang die Interviewpartner die Broschüre *Hautschutz für mich* genutzt haben. Zum Zeitpunkt t2 berichteten sechs Gesprächspartner die Broschüre verwendet zu haben. Interviewpartner, die die Broschüre überwiegend gelesen/ durchgeblättert haben, äußerten sich wie folgt:

Frau F: Ich habe mir eigentlich nur die ganzen Texte mal durchgelesen. Aber so eingetragen, hatte ich jetzt noch nicht. Weil ich gedacht hab, dass machst Du jetzt in Ruhe alles...
Interview t2, Frau F, Zeile 73 ff.

Für Frau F erläutert, in der Broschüre bisher nur gelesen zu haben, da sie sich für die schriftlichen Anteile offensichtlich mehr Zeit / Ruhe nehmen will. Diese Ruhe fand sie bisher im Rahmen des stationären Heilverfahrens offensichtlich nicht. Anders verhält es sich im Fall von Frau J, die auf das schriftliche Bearbeiten verzichtete, da sie sich durch die Seminare und ihre beruflichen Erfahrungen bereits ausreichend vorbereitet empfindet:

Interviewer: Haben Sie die Broschüre "Hautschutz für mich", haben Sie die nutzen können?

Frau J: Ja, auf jeden Fall! Gut, das war ja alles noch mal das, was sowieso besprochen wurde. Das habe ich dann, wenn ich noch mal Zeit hatte noch mal verinnerlicht. Aber, es war ja eigentlich so deutlich, es kam ja eigentlich...so gut wurde das rübergebracht, dass man da ... Ich komme ja auch aus dem Bereich, ich bin ja Altenkrankenpflegerin Ist das für mich nicht so ein ganz neues Thema. Aber, man hat als man dann noch da war auch nochmal reingeschaut! Natürlich!
Interview t2, Frau J, Zeile 57

Zwei Gesprächspartner berichten, auch die schriftlichen Aufgaben teilweise bearbeitet zu haben:

Herr L: Ja, also durchgelesen hatte ich mir ja alles. Schon mal. Dann hier, was dafür spricht, also, dagegen sprach eigentlich nichts. Dafür sprach, dass die Haut geschützt ist, dass sie eben besser ist. Das man sich selber mehr auf sich Acht gibt. Und so. Das habe ich gemacht. Ja, eben den Hautschutz mit Pflege und Reinigung, dass man das eben nicht nur auf das Berufliche sondern eben auch auf das Private ... Ist Eben Handschuhe ...Hautpflege ...

Interviewer: Und da haben Sie sich dann auch Notizen gemacht?

Herr L: Ja, diesen persönlichen Hautschutzplan, den habe ich jetzt noch nicht so komplett. Wann, was, wo, wie. Aber ... Ja, da bin ich dann noch dran, wie dann, ich sage mal vor der Arbeit und wie das dann auf der Arbeit dann läuft. ... Immer in den Pausen und nach der Arbeit ...
Interview t2, Herr L, Zeile 87 ff.

Interviewer: Erinnern Sie sich noch an diese Broschüre? Haben Sie da mal reingucken können?

Herr I: Die habe ich zu ¾ schon ausgefüllt!

Interviewer: Haben Sie schon richtig mit gearbeitet?

Herr I: Ja! Ja.

Interviewer: Wie war das für Sie, die Arbeit mit der Broschüre?

Herr I: Ja, das war praktisch eine Erinnerungshilfe für mich gewesen. Weil dann habe ich nämlich wieder Revue passieren lassen, was ich praktisch hier gehört und gelernt habe. Das ist ganz gut. Und wenn ich mir nicht ganz sicher bin, dann kann ich dann zu Hause mal nachschlagen... Das liegt bei uns dann meistens in der Küche. So auf dem Kühlschrank oder so. Wo ich alle anderen Sachen habe zum Nachschlagen. Da hole ich das dann immer mal wieder raus. Das ist eigentlich schon ganz gut.
Interview t2 Herr I, Zeile 44 ff.

Insbesondere aus den Schilderungen von Herrn I wird deutlich, dass die Inhalte der Broschüre als Unterstützung für die eigenen Überlegungen zur Umsetzung des Hautschutzverhaltens verstanden und auch angenommen werden. Hierbei wird als Vorteil empfunden, die eigenen Ideen und Pläne zum Hautschutz, die während des stationären Aufenthaltes überlegt wurden, dann auch zu Hause noch mal nachlesen zu können.

Andere Interviewpartner nutzten die Broschüre nicht. Hier werden unterschiedliche Gründe erläutert. Frau M schildert, während des stationären Aufenthaltes vor allem auf die Rauchentwöhnung fokussiert gewesen zu sein und aus diesem Grund sich nicht mit der Broschüre beschäftigt zu haben:

Interviewer. (...): Haben Sie mit der Broschüre "Hautschutz für mich!" gearbeitet?

Frau M: Noch nicht! Nein. Also, ich hatte irgendwie die Raucherbroschüre habe ich mir sehr zur Brust genommen. Also ... Das habe ich auch geschafft! Ich habe ... Ich bin ja dienstags hier angekommen. Und mittwochs abends, glaube ich hier meine letzte Zigarette geraucht. Und seid dem auch nicht mehr!
Interview t2, Frau M, Zeile 69

Aber auch schlicht fehlendes Interesse wird als Grund für die Nichtnutzung der Broschüre angegeben:

Interviewer: Erinnern Sie sich noch an diese Broschüre?

Herr K. Ich fürchte ich habe noch nicht reingeguckt.

Interviewer: Woran lag es?

Herr K: Keine Ahnung! (*Lacht*). Man beschäftigt sich hier rund um die Uhr mit der Haut, dann will man da nicht auch noch mal drüber lesen müssen. (*Lacht*)
Interview t2, Herr K, Zeile 56ff

4.2 Umsetzungsstrategien zum Zeitpunkt t3

Wie in den vorausgegangenen Kapiteln bereits erwähnt (siehe Teil III, Kapitel 2.3 ff.) spielt in der Zeit der Arbeitskarenz der Hautschutz aufgrund der geringeren Zahl der Haut-

schutzsituationen eher eine untergeordnete Rolle. Wichtiger ist den meisten Befragten in dieser Zeit die Umsetzung bzw. Weiterführung der therapeutischen Maßnahmen, für die ebenfalls entsprechende Planungen zum Tagesablauf notwendig werden:

Frau M: (...) Ja, zu Hause muss man sich ja selber erst mal so ein bisschen den Tagesablauf planen ... weil das mit der Bestrahlung einmal am Tag, das war ja im Ort.
Interview t3, Frau M, Zeile 3 ff.

Da die Zahl der Hautschutzsituationen in der Arbeitskarenz reduziert ist, fällt die Zahl der Äußerungen zu Umsetzungsstrategien zum Hautschutz entsprechend geringer aus. So wird geschildert, erst im Rahmen des beruflichen Wiedereinstiegs hierzu Überlegungen anstellen zu wollen:

Interviewer Sie sagten jetzt, dass Sie eventuell versuchen wollen auf das Schwitzen mehr zu achten und die Handschuhe öfter zu wechseln. Haben Sie sich konkret jetzt auch etwas überlegt, wie Sie das umsetzen könnten?

Herr B Nein, muss ich sehen auf der Arbeit, wie das klappt.
Interview t3, Herr B, Zeile 37

Interviewer: (...) Haben Sie konkret Pläne gemacht, wenn Sie jetzt z. B. sagen die Handschuhe müssen ja da sein, haben Sie überlegt wie Sie das umsetzen können, wie das gelingt?
(...)

Frau G: Da habe ich jetzt noch nicht so drüber nachgedacht, aber dafür werde ich schon sorgen, dass alles passend da ist.
Interview t2, Frau G, Zeile 50 ff.

In einem Fall erfolgt keine weitere Begründung, so dass unklar bleibt, ob noch weitere Gedanken zur Umsetzung von Hautschutz anstehen:

Interviewer: Haben Sie sich da konkret einen Plan gemacht, wie Ihnen das gelingen kann?

Frau H: Nein.
Interview t3, Frau H, Zeile 73

Vielfach beschreiben die Gesprächspartner, sich vor allem gedanklich mit Ideen zur Umsetzung von Hautschutz beschäftigt zu haben:

Interviewer: Haben Sie sich so einen Plan gemacht ... Also, wie Sie das dann umsetzen wollen?

Herr N: Bisher nur in Gedanken.
Interview t3 Herr N, Zeile 73

Interviewer Haben Sie einen konkreten Plan gemacht, wie sie das umsetzen möchten? (...)

Frau A (langes Schweigen) JaAlso, mit dem „konkretem Planen“ ... da tu ich mich jetzt ein bisschen schwer. Ich hab mir schon Gedanken gemacht, wie man das umsetzt, dass ich mir dann so ein Körbchen auf den Pflegewagen stelle und da dann eben meine Produkte drin sind oder die oben in die große Schublade reinpack, diese Sachen. Muss ich erst mal gucken, was sich als günstiger erweist. Ich möchte jetzt natürlich auch

nicht, dass da irgendein Bewohner dran rumschmiert, an meinen Cremetuben ... Also, wahrscheinlich werd ich sie dann doch irgendwo in so ein kleines Plastikörbchen in die obere Schublade reintun.

Interview t3, Frau A, Zeile 88ff

Wird von einem schriftlichen Plan gesprochen, ist dies meist im Zusammenhang mit der Patientenbroschüre erfolgt:

Herr L: Ja, ein bisschen habe ich da noch drin geschrieben. Ja. Aber, so funktionierte das jetzt alles.

Interviewer: Und wenn Sie jetzt noch etwas zusätzlich geschrieben haben, erinnern Sie sich noch, was das war?

Herr L: Was war das Das hatte hauptsächlich mit der Arbeit zu tun. Dass ich mehrere Paar Handschuhe mitnehme, also jetzt nicht immer nur von jedem ein Paar, sondern mehrere. Das ich immer was am Mann und im Auto habe und ... so was hatte ich da noch geschrieben.

Interview t2, Herr L, Zeile 80 ff.

In einem Fall wird berichtet, die Broschüre als „Nachschlagewerk“ oder „Erinnerungshilfe“ bei Unsicherheiten während der Zeit der Arbeitskarenz genutzt zu haben:

Herr I: Wie gesagt, die Tabellen sind jetzt vollständig bei mir. Die habe ich ja schon hier angefangen, und die habe ich dann bei mir zu Hause auf dem Kühlschrank praktisch, in der Küche, wo ich alle wichtigen Sachen oben drauf liegen habe, wo die Kinder nicht dran kommen. Und dann ab und zu blättere ich das durch um dann noch mal durchzugehen, was mache ich jetzt. Wenn ich mir nicht ganz sicher bin. Damit ich dann jetzt schon übe für Mittwoch, wenn ich dann damit anfangen (*Herr I meint die Rückkehr an den Arbeitsplatz*).

Interview, t3, Herr I, Zeile 78 ff

Vielfach wurde die Broschüre während der Zeit der Arbeitskarenz nicht weiter genutzt, wobei diese Nichtnutzung unterschiedlich begründet wird. Es werden mangelnde Motivation:

Interviewer: OK. Haben Sie in die Broschüre noch mal reinschauen können?

Frau M: Nein. (lacht) Ehrlich gesagt hatte ich da auch keine ... keine Lust zu (lacht)

Interview t3, Frau M, Zeile 88

ebenso genannt wie keine aktuelle Notwendigkeit für die Arbeit mit der Broschüre. Diese Notwendigkeit wird erst für den beruflichen Wiedereinstieg angenommen.

Frau F: Ich habe noch mal reingeguckt. Aber drin arbeiten habe ich jetzt noch nicht. Ich denke, das ist mehr, wenn ich wieder arbeiten gehe, würde ich sagen. Also, da spricht mich das dann mehr an. Also jetzt für zu Hause habe ich da nicht drin gearbeitet.

Interview t3, Frau F, Zeile 57

In einem Fall wird erläutert, sich gerade in einer schwierigen privaten Situation zu befinden (Trennung von der Lebensgefährtin) und sich deshalb bisher nicht mit der Broschüre beschäftigt zu haben.

Herr K: Doch. Ich werde da auch mit Sicherheit noch reingucken, nur jetzt durch die Trennung und alles, da habe ich sowieso viel mit rumräuseln (*umgangssprachlich*) und stressen zu tun gehabt ... und da bin ich auch nicht dazu gekommen. ... Ich weiß auch gar nicht, wo sie im Moment liegt (lacht)! ... Viel Chaos.
Interview t3, Herr K, Zeile 55 ff.

Werden Umsetzungsstrategien erwähnt, ist abermals die Verfügbarkeit von Hautschutz ein zentrales Thema. Die verbesserte Verfügbarkeit zu Hause wurde meist erreicht, indem die benötigten Hautschutzprodukte an möglichst vielen – aus Hautschuttsicht zentralen – Punkten verteilt wurden:

Frau A: (...) Ich hab ja an allen strategisch wichtigen Punkten schon Baumwollhandschuhe verteilt. So im Badezimmer, wo die Handtücher liegen, da liegen jetzt auch direkt Baumwollhandschuhe, da liegen Vinylhandschuhe. In der Küche bei den Gummihandschuhen da liegen auch ein Paar Baumwollhandschuhe.Überall! Damit man gar nicht in die Versuchung kommt! (...)
Interview t3, Frau A, Zeile 26 ff.

Herr L: Ja ... ist gut gelaufen. Hautschutz, das hat soweit funktioniert. Auch mit den Cremes verteilen, dass man sich eben bei jeder Gelegenheit mal die Hände eincremt. Das hat eigentlich alles super geklappt.
Interview t3, Herr L, Zeile 3

Im Zusammenhang mit aufwendigen therapeutischen Maßnahmen wird berichtet, zusätzlich zur besseren Verfügbarkeit noch Erinnerungshilfen in Form von schriftlichen Notizen eingesetzt zu haben:

Interviewer: So in Ihrem Tagesablauf, sagten Sie ja schon, haben Sie das Crement sehr stark integriert, Sie haben die Handschuhe vermehrt eingesetzt. Sie sprachen kurz an, so am Anfang war es schwierig, diese Umstellungsphase....

Frau F. Ja, da musste ich mit Zetteln arbeiten. Da habe ich mir den Zettel dann in die Küche hingehangen, wann ich welche Creme für was, wie auftragen musste, weil ich konnte mir das gar nicht alles merken mit den ganzen Töpfchen da, auswendig. (...)
Interview t3, Frau F, Zeile 35

Auch für den Arbeitsplatz wird eine bessere Verfügbarkeit der Hautschutzprodukte geplant:

Herr D: Auf jeden Fall die Reinigungscreme und die Salben so deponieren, dass ich direkt daran komme (...)
Interview t3, Herr D, Zeile 55

Interviewer: Haben Sie sich da überlegt, was Sie da ändern möchten, an Ihrem Arbeitsplatz, bezüglich Hautschutz?

Frau H: Ganz viel Hautschutzpäckchen auf der Arbeit verteilen!
Interview t3, Frau H, Zeile 59 ff.

Neben diesen optimistischen Äußerungen, die die Umsetzung von Hautschutz- und Therapiemaßnahmen betreffen, klingt in einigen Interviews zum Zeitpunkt t3 eine eher pessimistische Haltung durch, die sich zum Zeitpunkt t2 noch nicht erkennen ließ. So kommt es zu Äußerungen, in denen Probleme mit der Umsetzung von Hautschutz geschildert werden, für die die Betroffenen keine Lösung benennen können. In den folgenden beiden Interviewpassagen geht es um antizipierte Hautschutzhindernisse, die nicht mit einer Bewältigungs- bzw. Copingstrategie verknüpft werden:

Interviewer: Sie haben die Befürchtung, dass Sie in den Handballen aufgrund des Polsters und der Über- und Unterziehhandschuhe zu wenig Gefühl haben?

Herr I: Ja. Dass ich erst ab Fingergelenk, Mitte, dass ich ab da erst richtig arbeiten kann. Weil die Handschuhe gehen bis hier (zeigt auf Fingergrundgelenke) da drunter sind noch die Baumwollhandschuhe und dann kommen die richtigen Handschuhe (lacht). Und es wird eine starke, jetzt wenn es warm bleibt, eine starke Belastung durch Wärme geben. Das merke ich jetzt schon. Wie lange das gut geht, weiß ich nicht.

Interviewer: Sehen Sie weitere Probleme, die die Umsetzung vielleicht schwierig machen könnte, außer die beschriebene Wärme und das mangelnde Feingefühl?

Herr I: Ja, das mangelnde Feingefühl hauptsächlich, weil ich ja viel im Kundendienst dort tätig bin. Auch mal Armaturen auswechseln muss, oder sonst was. Und habe dann so dünne Röhrchen, wie 8mm oder, teilweise noch kleinere Schrauben, 6 mm, 5 mm, und die dann auch noch zu packen, das wird schwierig! Gut, dafür brauche ich auch nicht wieder die Polsterhandschuhe. Aber in einem anderen Moment, wo ich dann richtig wieder festhalten muss, mit einem kräftigen Schraubenzieher, müsste ich dann sofort alles wieder ausziehen und die Polsterhandschuhe wieder anziehen. Das könnte dann noch Schwierigkeiten geben. Weil der Kunde sich dann denkt: Was macht der da überhaupt? (...).
Interview t3, Herr I. Zeile 72 ff.

Interviewer: Und dieses komplette Programm, sage ich jetzt mal, diese Therapiemaßnahmen plus diese Hautschutzmaßnahmen, wie haben Sie das so empfunden, jetzt in der Zeit zu Hause?

Herr K: Ja, es ist schon zeitaufwendig. So habe ich es empfunden. Wenn ich jetzt auf die Arbeit gehe, dann geht das einfach in der Form auch nicht weiter. Ich kann nicht morgens um sechs Uhr mir da mein Handbad noch machen und dann die Zinkpaste drauf, die dann einwirken muss. Und das geht halt alles nicht!
Interview t3, Herr I. Zeile 18

Insgesamt lassen sich wenig Äußerungen zu möglichen Copingstrategien ermitteln. In einem Fall wird berichtet, die anfängliche Unsicherheit bei der Behandlung einer akut auf-

getretenen Hautverschlechterung durch *emotionales Coping* (beruhigendes Selbstgespräch) bewältigt zu haben:

Frau A: (...) Da hab ich dann vor den Tiegeln gestanden ... Ach du Scheiße ... Jetzt hast Du gar keinen den Du fragen kannst, jetzt musst Du erst mal gucken! Und dann habe ich gedacht: So, jetzt erst mal ganz ruhig! Du kannst da nicht viel verkehrt machen! Jetzt machst Du's so wie Du es gelernt hast. So ganz konsequent so, ich sag mal wie so'n Schüler, der jetzt nach Schema-F angewendet. Hat geklappt! Hat geholfen!
Interview t3, Frau A, Zeile 3 ff.

In einem weiteren Fall will die Gesprächspartnerin die antizipierte Barriere *Zeitmangel* durch „Nein-Sagen“ verbessern:

Interviewer: Weil Sie das jetzt schon mehrfach angesprochen haben: Was haben Sie sich konkret überlegt, wie Sie sich Zeit nehmen? Wie Sie das hinkriegen? Haben Sie konkrete Pläne gemacht?

Frau G: Ja, zum Beispiel dass ich manchmal auch mal „Nein“ sage! Das mir das halt zu viel wird. Das habe ich bis jetzt nie gemacht. Ich habe alles gemacht.
Interview t3, Frau G, Zeile 38

4.3 Umsetzungsstrategien zum Zeitpunkt t4

Vier Wochen nach dem beruflichen Wiedereinstieg lassen sich keine Äußerungen mehr, die auf eine Handlungsplanung oder Bewältigungsplanung schließen lassen, identifizieren. Es gibt lediglich Berichte zu erfolgreichen oder missglückten Umsetzungsstrategien. Die Umsetzungsstrategie, welche in den meisten Fällen erfolgreich angewendet wurde, ist die der besseren Verfügbarkeit von Hautschutzprodukten:

Interviewer: Hatten Sie sich damals Pläne gemacht, was Sie noch bezüglich Hautschutz verändern wollen?

Herr D: Nein.

Interviewer: Warum hatten Sie damals keine Pläne gemacht?

Herr D: Ich hatte auch auf der Arbeit alles hingestellt, so wie ich es machen wollte. (...) Mit der Reinigungsseife, die steht jetzt im Extraschrank, wo meine Klamotten jetzt drin sind und das klappte auch sofort. (...)

K: Ja, der andere war nicht so leicht zu erreichen. Und wenn ich es stehen lasse, war es schneller weg als es da stand.

Interviewer: Ja, klar. Und wie lösen Sie das Problem jetzt? Sie müssen jetzt trotzdem noch zu ihrem Spind laufen?

Herr D: Nee, da wo die Waschbecken sind in der Werkstatt sind auch unsere Frischklamotten-spinde ... direkt darin und ich habe das da rein gestellt und ohne Probleme.
Interviewe t4, Herr D Zeile 10 ff.

Herr C: Ja, weil man merkt an sich selbst, ..wenn es gut ist, dann macht man es doch lieber einmal mehr, als einmal weniger. So am Wochenende zum Beispiel, creme ich öfter wie fünf Mal ein... Oder sechs Mal oder sieben Mal ein. Weil es dann einfach so ist, wenn wir sitzen, ich habe eins draußen auf der Terrasse stehen... Ich habe eins im Wohnzimmer stehen und eins in der Küche stehen. Also es ist immer erreichbar, das Zeug.
Interview t4, Herr C, Zeile 31 ff.

Ebenfalls als hilfreich erwies es sich, wenn es gelang, die Hautschutzmaßnahmen in die berufliche Tätigkeit zu integrieren, was zu einer gewissen Routine in der Anwendung geführt hat, wie folgende Textpassagen verdeutlicht:

Frau J: Es gehört dazu. (...) Am Anfang schon: Oh, jetzt hast Du diese Dings nicht mitgenommen, dieses Gel ... Jetzt hast Du das in dem anderen Körbchen drin. Und am Anfang war es schon so, dass ich gucken musste, dass ich immer meine Sachen so zusammen habe ... Ich habe jetzt so einen großen Korb, da sind dann ganz viele Baumwollhandschuhe drin ... (...) wenn ich jetzt die feuchten Handschuhe abziehe, dann hänge ich sie über das Körbchen drüber, weil ich ja in der Pflege, ich bin ja in der ambulanten Pflegedienst, da habe ich so eine Tasche, wo die Schlüssel drin sind, und da ist dann immer, da muss ich dann immer neue Handschuhe reintun, und die hänge ich dann drüber! Die muss man ja nicht gleich waschen, wenn ich die dann immer wieder neue Handschuhe drüber ziehe. Ist dann quatsch, ne! Das schmeiße ich dann gleich so drüber und dann kommen gleich die neuen rein. Am Anfang war es ein bisschen schwierig, gebe ich zu. Aber, jetzt nicht mehr!
Interview t4, Frau J, Zeile 59 ff

Herr D: Auf der Arbeit fällt es eigentlich gar nicht auf mit dem Eincremen, wenn ich in der Werkstatt bin ... ist schnell draufgetan, vielleicht eine Minute bis es eingewirkt ist. Zu Hause im Gesicht morgens und abends habe ich ja noch Ichthyol-Salbe draufgetan, wo ich aber auch am reduzieren bin ... auf alle 2 Tage. (...)

Interviewer: Wie würden Sie das beschreiben, Ihren Hautschutz?

Herr D: Gewohnheit, also gewohnheitsbedingt ... Man macht es!
Interview t4, Herr D, Zeile 80 ff.

Die sich einstellende Anwendungsroutine wird als große Erleichterung für die Umsetzung empfunden, so dass einige Gesprächspartner positiv überrascht sind, wie leicht ihnen die Umsetzung fällt:

Interviewer: Wie empfinden Sie das jetzt mit den Hautschutzmaßnahmen?

Herr C: Ich hätte es mir eigentlich lästiger vorgestellt. Ist gar nicht so schlimm! Wenn man es einmal drin hat! Und alles was zur Gewohnheit wird ist ja dann irgendwann normal....

Interviewer: Also, für Sie ist das jetzt schon so richtig eine Gewohnheit?

Herr C: Ja! Für mich ist das einfach normal. Es gehört dazu wie morgens das Zähneputzen und ... das ist eigentlich... normal!
Interview t4, Herr C, Zeile 50 ff.

Auch die Broschüre *Hautschutz für mich* wurde von einzelnen Gesprächspartnern weiter verwendet, was im Einzelfall als hilfreich beschrieben wurde:

Herr L: (...), die hat auch schon geholfen, doch! Wenn man sich das dann alles noch mal durchließt, dann unterstützt dass dann auch ein bisschen?
Interview t4, Herr L, Zeile

Eine Gesprächspartnerin berichtet, die Broschüre erstmals im Rahmen des beruflichen Wiedereinstiegs genutzt zu haben. Dabei nutzte sie diese vor allem, um ihre aufwendigen Therapiemaßnahmen zu planen:

Frau F: (...) Ansonsten nehme ich die normalen Sachen, die ich vorher auch genommen habe, nehme ich trotzdem noch weiter. Ist manchmal schon ein bisschen schwierig, wenn man so viel schmieren muss. Da zwei Mal, da zwei Mal, da zwei Mal... Habe ich mir jetzt auch schon ein bisschen in dem Heft noch mal aufgeschrieben (*meint die Broschüre*), damit ich selber da nicht durcheinander komme. Wann ich was, wie, wo mache!
Interview Frau F, Zeile 31 ff.?

Ebenfalls wird berichtet, bestehende Pläne im Rahmen des beruflichen Wiedereinstiegs in der Broschüre schriftlich angepasst zu haben:

Interviewer: Erinnern Sie sich noch, wo Sie da Nachträge gemacht haben?

Herr I: Ja, ... Wichtig war bei mir,...weil ich da auch teilweise gar nicht dran gedacht habe... Diese Protectcreme. Weil... ich habe immer nur an die Medikamente gedacht... das ich die immer einnehme... Und die Protectcreme ist ja eigentlich kein Medikament! Das ist eigentlich nur Schutz gegen Dreck. Und das ich die dann regelmäßig ... immer dann... morgens auch mit zu den anderen Sachen nehme! Weil, die habe ich drei, vier Mal am Anfang ganz vergessen... Ich dachte: Da war doch irgendwas... (...)
Interview t4, Herr I, Zeile 124 ff.

Teilweise wurde die Frage, ob die Broschüre *Hautschutz für mich* noch einmal genutzt wurde, auch verneint, wobei dies nur in einem Fall mit einer zu geringen Aufmerksamkeitsspanne näher begründet wurde.

Frau G: Also, ich muss halt auch dazu sagen, ich bin überhaupt kein Typ, der so viel liest. Da habe ich überhaupt keine Ruhe zu. Und dann, wenn ich mal so was lese, dann zwei Seiten, dann bin ich eingeschlafen. Ich kann mich dann auch nicht konzentrieren. Ich weiß zwar selber, dass das nicht gerade toll ist und ich will das auch mal irgendwann ändern, aber momentan unmöglich.
Interview t4, Frau G, Zeile 135 ff.

Mehrfach wird über Probleme bei der Umsetzung von einzelnen oder mehreren Hautschutzmaßnahmen berichtet. Allerdings berichtet nur ein Gesprächspartner über erfolgreiches problembezogenes Coping im Bereich der Hautreinigung:

Interviewer: Und können Sie während der Arbeit auch die Hände waschen, oder machen Sie das dann eher nur am Feierabend?

Herr E: Auf der Baustelle so draußen ... (...) Ich habe mir so einen Kanister besorgt, so einen Wasserkanister, wo ich immer zwischendurch meine Hände mit sauber machen kann. Mit klarem Wasser.

Interviewer: Wie funktioniert das?

Herr E: Ja, gut!
Interview t4, Herr E, Zeile 40 ff.

Die folgende Schilderung von Herrn I beschäftigt sich mit der gleichen Problematik (Handreinigung auf Baustellen). Herr I konnte für sich jedoch keine Lösungsstrategie ermitteln:

Herr I: Ja, weil ich kann nicht immer sofort die Hände waschen... Weil ich mache genau das Gegenteil... Ich entsorge die Sachen, die dreckig sind... Also, jetzt beruflich... Und gleichzeitig baue ich noch die Hilfsmittel dafür ab, die dafür nötig sind, um die Hände zu waschen. Das heißt, wenn ich eine Baustelle beginne, baue ich nämlich alles ab. Ich mache Wasser weg, ich mache Heizung ab, ich mache Waschbecken ab... Ich habe gar keine Möglichkeiten mehr mich zu waschen. Deswegen habe ich auch ein Problem, meine Hände ständig irgendwo zu reinigen... Ja. Das klappt meistens auch gar nicht.
Interview t4, Herr I, Zeile 130 ff

Auch im Falle von Frau G und Herrn K (beide im Gesundheitssektor tätig) werden Probleme bei der Hautreinigung geschildert, für die keine Bewältigungsstrategie ermittelt werden konnte:

Frau G: Das ich also jede Massage mit Handschuhen mache, das hab ich halt. Das Händewaschen also auch nicht mehr so oft, also eben mehr desinfizieren. Aber wenn die Hände eben halt so offen sind, dann ist das nicht gerade so angenehm mit dem Desinfizieren. Dann lässt man das auch wieder...
Interview t4, Frau G, Zeile 77

Interviewer: Die Hautreinigung, also das man sagt man desinfiziert mehr, als das man wäscht... Ist das leicht umzusetzen oder eher schwer?

Herr K: Es wäre leicht umzusetzen, wenn die Haut in Ordnung wäre und ich es machen könnte. Ja, klar! Die Spender sind überall! Da kann man überall dran hier. Am Pflegewagen hängt einer und die hat man immer dabei und an jeder Tür überall ... Aber, ich konnte sie ja nicht benutzen
Interview t4, Herr K, Zeile 43 ff.

In einigen Fällen zeigen sich die Befragten von den Hautschutzmaßnahmen enttäuscht, da sie trotz guter Integration und Umsetzung der Hautschutzmaßnahmen in den beruflichen Alltag wieder vermehrt unter Hauterscheinungen leiden:

Frau M: (...) Wo ich jetzt drauf geachtet habe und was ich mir auch fest vorgenommen hatte, von wegen Handschuhe wechseln und öfter wechseln, mit Bauwollhandschuhen vermehrt arbeiten. Das klappt auch alles, ich habe auch die Handschuhe von hier gut einsetzen können. Das war jetzt nicht so das Problem. Aber irgendwie klappt das nicht so

richtig, wie ich mir das vorstelle. Also in Bezug auf die Hauterscheinungen. Da klappt das nicht so, wie ich mir das vorstelle.
Interview t4, Frau M, Zeile 17

5 Themenfeld 2: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung

Im Fokus dieses Themenfeldes steht die allgemeine Selbstwirksamkeit und ihr Einfluss auf den volitionalen Prozess bei berufsbedingt Hauterkrankten. Zwei Forschungsfragen stehen im Zentrum dieses Themenfeldes:

- 2a) Wie wirkt sich die vorhandene allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung auf den Umgang mit Barrieren und Hindernissen bei den interviewten Patienten aus?**
- 2b) Wie wirkt sich die vorhandene allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung auf die Einstellung der Patienten zu ihrer Haut bzw. Hautschutz aus?**

Im Rahmen der Analysen zum Themenfeld 2 *Selbstwirksamkeit* und deren individueller Auswirkung auf den volitionalen Prozess bei dem interviewten Kollektiv soll der quantitativ ermittelte Wert der allgemeinen Selbstwirksamkeit den Aussagen zum Umgang mit Barrieren und Hindernissen und der Einstellung zum Hautschutz gegenübergestellt werden.

Nach Schwarzer (2004) ist davon auszugehen, dass Personen, die eher eine optimistische Selbstüberzeugung hegen, sich leichter mit der Planung und Umsetzung des Hautschutzverhaltens tun und Barrieren und Hindernisse besser bewältigen, denn „Personen mit Zweifeln an der eigenen Kompetenz antizipieren erfolglose Szenarien, sorgen sich um mögliche eigene Handlungsdefizite und geben tendenziell früher auf. Optimistische Selbstwirksamkeitserwartungen eröffnen positive Erfolgsszenarien, die das eigene Handeln leiten und selbst angesichts von Hindernissen und Rückschlägen ausdauernde Zielverfolgung begünstigen“ (Schwarzer 2004, S. 95, siehe auch Teil I, Kap. 5). Bezogen auf das hier untersuchte Kollektiv könnte dies bedeuten, dass selbstwirksame Gesprächspartner zufriedener mit ihrer allgemeinen Hautsituation und ihrem Hautschutzverhalten sind. Zur Überprüfung dieser Hypothesen im Einzelfall werden die Erkenntnisse aus den jeweiligen Interviews zu den Bereichen *Umgang mit Barrieren* (siehe Forschungsfrage 2a) und *Einstellung zu Haut / Hautschutz* (siehe Forschungsfrage 2b) entsprechend in den folgenden Kapiteln analysiert.

Auf Basis der ermittelten Werte im Bereich der allgemeinen Selbstwirksamkeit (siehe Teil II, Kapitel 1.2) erfolgt eine Interviewanalyse zur Beantwortung der beiden Forschungsfragen dieses Themenfeldes. Im Bereich der Forschungsfrage 2a) zum Umgang mit Barrieren und Hindernissen wird zum Teil auf die vorausgegangenen Analysen aus

Teil III, Kapitel 3 und 4 zurückgegriffen und diese in Bezug zum jeweils ermittelten Wert in der allgemeinen Selbstwirksamkeit gesetzt. Ein solcher Rückgriff ist für die Forschungsfrage 2b (Einstellung zu Haut/Hautschutz) nicht möglich, weshalb diese Forschungsfrage im Vergleich zu Forschungsfrage 2a) mehr Raum einnimmt.

5.1 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und Einstellung zu Hautschutzbarrieren

Nach Schwarzer (2004) wirkt sich die allgemeine Selbstwirksamkeit während der aktionalen Phase unter anderem auf den Umgang mit Barrieren und Hindernissen aus. Dieser Zusammenhang soll für das vorliegende interviewte Kollektiv am individuellen Einzelfall überprüft werden (siehe Forschungsfrage 2a; Abbildung 13).

Abbildung 13: Themenfeld Selbstwirksamkeit; Forschungsfrage 2a

Wie wirkt sich die vorhandene allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung auf den Umgang mit Barrieren und Hindernissen bei den interviewten Patienten aus?

Für diese Betrachtung erscheint eine Darstellung im chronologischen Verlauf der Interviewtermine – wie es im Themenfeld 1 erfolgte – nicht mehr notwendig. Stattdessen sind für diese Fragestellung die jeweils relevanten Ergebnisse aus den vorausgegangenen Kapiteln zum Umgang mit Barrieren und Hindernissen (siehe Teil III, Kapitel 3) zu einer abschließenden Bewertung verdichtet worden. Auf diese Weise konnten drei Gruppen von Einstellungen zu Barrieren und Hindernissen bei den Interviewpartnern generiert werden:

- Steht Hindernissen und Barrieren eher positiv gegenüber / findet Lösungsmöglichkeiten
- Steht Hindernissen und Barrieren eher negativ gegenüber / findet keine Lösungsmöglichkeiten
- Steht Hindernissen und Barrieren neutral gegenüber / keine Einordnung möglich

In Tabelle 42 sind die Gesprächspartner ihrer jeweilig ermittelten Einstellung zu Hindernisse und Barrieren und dem erreichten Wert in der allgemeinen Selbstwirksamkeit zugeordnet worden.

Tabelle 42: Überblick Selbstwirksamkeit und Einstellung zu Hautschutzbarrieren

| | SWE niedrig | SWE mittel | SWE hoch |
|---|-----------------------------|--|-----------------|
| Steht Hindernissen und Barrieren eher positiv gegenüber / findet Lösungsmöglichkeiten | Frau M, Herr L Herr E | Herr D, Frau A, Herr B Frau J Frau F | Herr C |
| Steht Hindernissen und Barrieren eher negativ gegenüber / findet keine Lösungsmöglichkeiten | | Herr I Herr K | |
| Steht Hindernissen und Barrieren neutral gegenüber / keine Einordnung möglich | | Frau H Herr N Frau G | |

Auf eine eher positive Einstellung zu Hindernissen/Barrieren deuten Äußerungen hin, die deutlich machen, dass die antizipierten oder bereits erlebten Barrieren nicht als bedrohlich für die Umsetzung des intendierten Hautschutzverhaltens erlebt werden. So wird z. B. die Barriere direkt an eine *Copingstrategie geknüpft*:

Interviewer: Sehen Sie weitere Hindernisse, die es einem schwer machen könnten?

Frau M: Also, so eigentlichen nicht. Meine Handschuhe stehen an jeder Ecke, wo ich sie überhaupt anziehen würde. Einen Teil habe ich immer mit im Kittel, einen Teil habe ich immer mit auf meinem Wagen, wenn ich durch gehe. Also, da habe ich eigentlich keine Probleme.
Interview t2, Frau M, Zeile 69 ff.

Frau M schildert, wie sie die Barriere *mangelnde Verfügbarkeit* durch entsprechende Gegenmaßnahmen entschärft. Man kann in diesem Fall von *problembezogenem Coping* (Lazarus 1993) sprechen.

Einige Gesprächspartner erkennen zwar an, dass es bei anderen zu Problemen mit der Umsetzung kommen kann, sehen aber *für sich selbst keine Probleme*, da das angestrebte Verhalten bereits als gut vorbereitet und umsetzbar eingeschätzt wird:

Herr L: Also, ich sehe bei mir persönlich keine Schwierigkeiten das umzusetzen!

Interviewer: Warum nicht?

- Herr L: Ja, ich ... wie gesagt, ich bin auf dem Bau. Da gibt es jetzt nicht so Schwierigkeiten, also. Die Cremes sind in meiner Arbeitstasche im Auto dann. Handschuhe habe ich am Mann.
- Interviewer: Können Sie sich vorstellen, dass wenn jetzt jemand sagt: Das ist doch alles gar nicht zu leisten, ständig diese Handschuhe wechseln, oder die Creme kann man doch nicht immer dabei haben (...)?
- Herr L: Ich glaube in die Situation werde ich nicht kommen, da ich praktisch alleine, ich sage mal ohne Aufsicht arbeite. Ich arbeite ja nicht in einer Fabrik, sondern jeden Tag woanders und ... Also, das sehe ich jetzt bei mir nicht. Da gibt es wohl andere Berufe, die da mehr von betroffen sind. So, wenn sie Akkordarbeit machen, oder so. Wenn sie dann praktisch andere Kollegen, sage ich mal, aufhalten, oder so. Das habe ich bei mir nicht, nein!
Interview t2, Herr L, Zeile 71 ff.
- Interviewer (...) Hautschutz bedeutet auch viel Aufwand. Und manchmal kann man auch erst mal denken „Oh, puh, geht das überhaupt, alles so umsetzen?“. Das man erst mal so, also ein bisschen abgeschreckt ist? (...)
- Frau A: Nee, nee! Also ganz ehrlich, ich denke einfach, dass ist ja eigentlich der kleinste Aufwand, also ich sag mal Nein, ist so ok! Handschuhe muss man ja eh wechseln. So! (...) Das ist vielleicht ein Aufwand über den Arbeitstag gerechnet von fünf Minuten mehr! (...) Und ganz ehrlich, das empfinde ich jetzt nicht als aufwendig oder nicht dass man sagen, ja ist nicht praktikabel oder dann komm ich mit der Zeit nicht hin! (...) Da gibt es sicherlich Berufe, die da wesentlich schlechter mit klar kommen können.
Interview t2, Frau A, Zeile 96 ff.

Als weitere Variante der *positiven Einstellung zu Barrieren* können Schilderungen gewertet werden, die deutlich machen, dass der Interviewpartner für sich keine Hindernisse sieht, da diese direkt mit einer Bewältigungsstrategie verknüpft werden. Im folgenden Gesprächsausschnitt wird z. B. „Zeitmangel“ durch *emotionales Coping* (Lazarus 1993) entschärft, da Frau F diese Barriere uminterpretiert in „Ich tu mir was Gutes!“:

- I: Können Sie sich vorstellen, dass es Dinge gibt, die Sie davon abhalten Ihre Vorsätze umzusetzen?
- Frau F: Nein, eigentlich nicht. Ich denke, dass liegt an jedem selbst! Ob man das jetzt unbedingt möchte und der Haut auch was Gutes tun will und sich die Zeit dafür nimmt! Man muss halt nur gucken, wie mache ich das jetzt! In welcher Reihenfolge, oder wann... dass das mit den Uhrzeiten auch hinkommt.
- I: Also, Sie können sich keine Störungen vorstellen, wenn ich das jetzt so richtig...
- Frau F: Eigentlich nicht, nee! Ich denke mal, die Zeit sollte man sich nehmen. Das ist ja für die eigene Gesundheit. Und ich denke ja auch mal, dass ist ja eigentlich auch nur, ... Wie soll ich sagen... so eine Übungssache! Wenn man nachher einmal richtig drinne ist, denke ich mal, wird das auch funktionieren. Am Anfang ein bisschen schwierig, aber ICH mache es jedenfalls.
Interview t2 Frau F, Zeile 76 ff.

Insgesamt wurden Interviewpartner, die sich so oder ähnlich äußerten, der Kategorie *Steht Hindernissen und Barrieren eher positiv gegenüber / findet Lösungsmöglichkeiten* zugeordnet.

Auf der anderen Seite lassen sich Äußerungen von Interviewpartnern finden, die darauf hindeuten, dass die ermittelten Barrieren als Bedrohung für das Hautschutzverhalten betrachtet werden. In diesen Fällen wurde die Einstellung zu Hindernissen/Barrieren eher negativ eingeschätzt. Der folgende Gesprächsausschnitt verdeutlicht beispielsweise, dass die Barriere *verringerte Sensomotorik* in Handschuhen als sehr schwerwiegend empfunden wird und noch keine Lösungsstrategie gefunden werden konnte:

Herr I: Sagen wir mal so: Ich muss zusehen, dass ich da mit diesen vielen Handschuhen, die da übereinander trage: Baumwollhandschuhe, Polsterhandschuhe, Arbeitshandschuhe. Das ich da auch noch mit klar komme. Genau wissen wie ich das mache wo ich dann, die Handschuhe richtig einsetze, weil ich weiß nicht, ob das überall überhaupt möglich ist mit dicken Händen zu arbeiten (*Herr I meint dicke Hände aufgrund der Handschuhe*). Weil ich dann hier (zeigt auf die Handballen und -innenflächen) überhaupt gar kein Gefühl mehr drin habe. Null. Nur noch mit dem Finger ab hier (zeigt auf Fingermittelgelenke) und das könnte vielleicht ... muss ich mir noch ein paar Gedanken zu machen, wie ich das mache. Wie, weiß ich noch nicht.
Interview t3, Zeile 71 ff.

Auch zahlreiche weitere Äußerungen von Herrn I zeigen, dass er sehr auf Barrieren und Hindernisse fokussiert ist und sich mit möglichen Bewältigungsoptionen schwertut. Häufig werden ermittelte Lösungsideen durch Identifizieren neuer Probleme direkt wieder verworfen, wie folgender Textausschnitt zeigt:

Herr I: (...) Und man kann ja schlecht alle (*meint die Schutzhandschuhe*) in die Tasche stopfen und zum Kunden gehen. Man muss dann öfters mal zum Auto gehen, was früher gar nicht nötig war... Und dritten Stock...wieder runter und hin und her.... Und man kann ja schlecht einen Eimer Handschuhe mitnehmen, nur weil man da ein Badezimmer umbaut... (..)

Interviewer: Und warum meinen Sie, geht das jetzt nicht so gut, also, dass man die direkt schon mit reinnimmt?

Herr I: Ja, weil es ist viel Staub! Unheimlich viel Staub! Können Sie sich gar nicht vorstellen, wie viel Staub da ist! Wenn Sie da über den Tisch fahren würden mit dem Finger, dann hätten Sie eine zentimeterdicke Staubschicht auf dem Finger. Und ... da kann man die sauberen Handschuhe gar nicht mitnehmen. Die kann man gar nicht schützen! Die hat man ständig im Dreck. Schutt, dicke Steinbrocken,

Ähnlich verhält es sich bei Herrn K. Auch er scheint in seinen Überlegungen auf Barrieren für Hautschutz fokussiert. Der folgende Gesprächsausschnitt macht deutlich, dass für Herrn K die identifizierte Barriere *Zeitdruck* die Hautschutzmaßnahme nicht umsetzbar macht. Lösungsmöglichkeiten werden nicht gesehen.

Herr K: Auch bedingt nur. Also, die Cremes konnte ich auch nicht jetzt zwischendurch, zwischen den Bewohnern immer mal drauf machen, wie es vielleicht nötig gewesen wäre. Da hat man dann doch auch die Baumwollhandschuhe mal ein, zwei Patienten mehr angelassen ... Die waren dann auch schon nass. Und das geht einfach nicht so ... Man braucht ja immer Zeit ... und war auch schwierig auf jeden Fall das umzusetzen.

Interviewer: Wo sahen Sie das größte Problem?

Herr K: Der Zeitdruck. Der Zeitdruck. (...) Kollegen auch ... Also, ich habe mich da auch ausgenutzt gefühlt, muss ich ehrlich sagen, jetzt, am Anfang. Und ... von wegen, ich wasche 12 Leute und der Kollege wäscht drei. Und.. Ich mache dann noch das ganze Frühstück ... und reiche an und alles ... Und der macht sich einen faulen da in der Ecke! Deswegen auch Zeitdruck, halt. Weil ich alles machen musste!
Interview t4, Herr K, Zeile 15 ff.

Gesprächspartner, die sich ähnlich den oben genannten Beispiele äußerten, wurden der Kategorie *Steht Hindernissen und Barrieren eher negativ gegenüber / findet keine Lösungsmöglichkeiten* zugeordnet.

Zudem gibt es Gesprächspartner, die sich zwar zu Barrieren und Hindernissen äußern, wo aber unklar bleibt, welche Einstellung der Interviewpartner hierzu einnimmt, wie folgender Gesprächsausschnitt verdeutlicht:

Interviewer: Was würden Sie sagen, was könnten Sie noch besser machen, und was gibt es für Gründe, das es nicht gelingt.

Frau H: Ja Im Endeffekt mache ich ja eigentlich immer was mit Handschuhen, aber ja weiß ich nicht ... Kann man nicht genau sagen

Interviewer: Wo sehen Sie denn: Oh, das wäre gut, wenn ich das noch besser hinkriegen könnte?

Frau H: Ja, mit dem Schneiden und mit dem Wickeln ... Mit Handschuhen ... Dasweiß ich nicht, das geht irgendwie nicht
Interview t4, Frau H, Zeile 128

Äußerungen wie diese entziehen sich einer klaren Zuordnung zu einer der beiden oben genannten Kategorien, so dass hierfür die dritte Kategorie *Steht Hindernissen und Barrieren neutral gegenüber / keine Einordnung möglich* gebildet wurde.

5.2 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und Einstellung zu Haut und Hautschutzverhalten

Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung umfasst alle Lebensbereiche und soll den Grad der optimistischen Einschätzung der generellen Lebensbewältigungskompetenz zum Ausdruck bringen (Schwarzer 2004). Dabei ist nach Schwarzer (2004) die Selbstwirksamkeitserwartung nicht nur in der Phase der Motivation ein wesentlicher Prädiktor, sondern auch im Rahmen der Volition von Bedeutung. So wirkt sich die allgemeine

Selbstwirksamkeit in der aktionalen Phase z. B. auf die Anstrengung und Beharrlichkeit der Zielverfolgung aus: „Personen mit Zweifeln an der eigenen Kompetenz antizipieren erfolglose Szenarien, sorgen sich um mögliche eigene Handlungsdefizite und geben tendenziell früher auf. Optimistische Selbstwirksamkeitserwartungen eröffnen positive Erfolgsszenarien, die das eigene Handeln leiten und selbst angesichts von Hindernissen und Rückschlägen ausdauernde Zielverfolgung begünstigen.“ (Schwarzer 2004, S. 95, siehe auch Teil I, Kap. 5)

Aus dieser These lässt sich die Hypothese bilden, dass beruflich bedingt Hauterkrankte mit höheren Werten in der allgemeinen Selbstwirksamkeit zufriedener mit ihrer Haut und ihrem Hautschutzverhalten sind als berufliche Hauterkrankte mit geringerer allgemeiner Selbstwirksamkeit. Dieser Hypothese soll im Rahmen der Forschungsfrage b) nachgegangen werden (siehe Abbildung 14).

Abbildung 14: Themenfeld Selbstwirksamkeit / Forschungsfrage 2b

Wie wirkt sich die vorhandene allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung auf die Einstellung der Patienten zu ihrer Haut bzw. Hautschutz aus?

Zu diesem Zweck wurden die Aussagen, die Auskunft über das Empfinden der Gesprächsteilnehmer in Bezug auf Haut und Hautschutz geben, analysiert. Um der übergeordneten Forschungsfrage nach dem Erleben des Prozesses der Verhaltensänderungen gerecht zu werden (siehe Teil II, Kap. 1), soll überprüft werden, ob sich Änderungen in den Einschätzungen vom Zeitpunkt der Aufnahme (t1) bis hin zum beruflichen Wiedereinstieg (t4) ergeben haben. Daher erscheint es sinnvoll, die identifizierten und entsprechend kategorisierten Aussagen zu Haut und Hautschutz der einzelnen Interviewpartner zum Zeitpunkt t1 und t4 gegenüberzustellen, wie es in Tabelle 43 erfolgt ist. In den nachfolgenden Kapiteln werden die Inhalte dieser Tabelle aufgegriffen und weiter erläutert.

Tabelle 43: Selbstwirksamkeit und Einstellung zur Erkrankung und Hautschutz t1/t4

| SWE | Interviewte | t1 Hauterkrankung | | | t1 Hautschutz | | t4 Hauterkrankung | | | t4 Hautschutz | | |
|--------------------|-------------|---|-----------|-----------------|---|--|---------------------------------------|-----------|-----------------|--|---|---|
| | | Kaum belastend / kann gut damit umgehen | belastend | stark belastend | Eher positiv (hilft/gehört dazu/Routine etc.) | Eher negativ (nervt/hilft nicht/zu schwierig etc.) | Kaum belastend/kann gut damit umgehen | belastend | stark belastend | eher positiv (hilft/gehört dazu/Routine) | Ambivalent (Hautschutz hilft nicht in gewünschter Maße) | eher negativ (nervt, hilft nicht, zu schwierig) |
| Niedrig (10-23) | Frau M | | X | X | X | | | X | | | X | |
| | Herr L | | X | | Keine Erfahrung mit Hautschutz | | X | | X | | | |
| | Herr E | | | X | X | | | X | | | X | |
| | Herr D | X | | | | X | x | | | X | | |
| Mittel (24-34) | Frau A | | | X | X | | | X | | | X | |
| | Herr B | | X | | X | | | X | | | X | |
| | Frau J | | X | | | X | X | | | X | | |
| | Frau F | | | X | X | | | X | | | X | |
| | Herr K | | X | | X | | | | X | | | X |
| | Frau H | | X | | X | | | | X | | X | |
| | Herr N | | X | | | X | | | | | | |
| | Frau G | | X | | | X | | | | | | |
| Hoch (34-40) | Herr I | | | X | X | | X | | | X | | |
| | Herr C | | | X | X | | X | | | | X | |

5.2.1 Empfindungen zur Hauterkrankung t1/t4

Auf Basis des Interviewmaterials konnten im Bereich der *Empfindungen zur Hautkrankheit* die Antwortkategorien *kaum belastend/kann gut damit umgehen*, *belastend* und *stark belastend* gebildet werden.

Zum Zeitpunkt t1 lassen sich überwiegend Äußerungen identifizieren, die darauf hindeuten, dass die Gesprächspartner die Hauterkrankung als *belastend* bzw. *stark belastend* empfinden (siehe Tabelle 43). Als *stark belastend* wurden Äußerungen bewertet, aus denen deutlich wird, dass der Gesprächspartner stark unter der Erkrankung leidet und sich sehr eingeschränkt fühlt. Diese starke Belastung wird teilweise durch Berichte über negative Emotionen zum Ausdruck gebracht. Die t1-Äußerungen von Frau M sind beispielhaft für eine *stark* empfundene Einschränkung, die dazu führt, dass sie sich selber als *neidisch auf andere Leute* beschreibt:

Interviewer: Was bedeutet die Hauterkrankung für Sie?

Frau. M: Die Erkrankung an sich ... also, erst mal dass es super lästig ist! Mit dem ganzen Juckreiz und dem ganzen eincremen ...so, so ... Teilweise auch Neid, dass andere Leute das nicht machen müssen. Auf der anderen Seite auch ... so ... wie soll ich das ausdrücken ... so negative ... Erlebnisse dadurch gehabt, zum Beispiel dadurch, dass man nicht mit anderen irgendwie schwimmen gehen kann, weil man ständig offene Stellen hat! Ist Chlor halt auch nicht so wirklich prickelnd ... Vielleicht auch nicht so viel Aktivitäten mit den anderen zusammen machen kann ... ja, sowas wie Schwimmen, so was wie Klettern!
Interview t1, Frau M, Zeile 3 ff.

Auch *Wut/Ärger* wird als Empfindung in Bezug auf die Hauterkrankung genannt. So beschreibt Herr C zum Zeitpunkt t1, wütend und genervt von der Hauterkrankung zu sein. Auf dem Tonband wird diese Wut auch durch den Tonfall der Schilderung sehr deutlich; entsprechend wurden Herrn Cs t1-Äußerungen zum Empfinden der Hautkrankheit ebenfalls als *stark belastend* eingestuft:

Interviewer: Was bedeutet die Hauterkrankung für Sie?

Herr C: Was die für mich bedeutet? Ärger, ...Juckreiz, ...Nerven ...,schlaflose Nächte ...,Ärger und mehr nicht:

Interviewer: Ärger. Wieso Ärger?

Herr C: Ja, Ärger in dem Sinne ich kann nicht mehr konsequent durcharbeiten. Und ich ärger mich darüber, dass ich für etwas, wo keiner weiß wo es weg kommt, man mir bisher nicht helfen konnte ... ich dann immer wieder ausfalle ... und da ärger ich mich selber drüber, weil mich das auch belastet.(...)

Interviewer: Stört Sie die Erkrankung.

Herr C: Ja, welche Erkrankung stört einen denn nicht.

Interviewer: Manch einen stört seine Brille nicht ...

Herr C: Ja aber dies mit der Haut, das nervt.
Interview t1, Herr C, Zeile 4 ff.

Andere berichten über *Scham* im Zusammenhang mit der Hauterkrankung. Herr K beschreibt im nachfolgenden Textausschnitt dieses Schamgefühl, dass er als „*psychisch belastend*“ erlebt. Er fühlt sich durch die Erkrankung insgesamt „sehr eingeschränkt und belastet“:

Herr K: Was bedeutet die Erkrankung für mich...? Also, die Erkrankung ist schlimmer geworden in den letzten 1 ½ Jahren in der ich jetzt als Altenpflegehelfer tätig bin. Ich habe die Erkrankung seit fünf Jahren. Aber, nicht in dieser Form, wie sie jetzt auftritt. Ja, ich habe jetzt für mich selbst gemerkt, die Erkrankung hat mich in den letzten Monaten gerade, auch alltags sehr eingeschränkt und belastet, psychisch auch belastet. Das klassische Beispiel ist ja , wenn man an der Kasse bezahlen geht, dass man dann denkt: Ach, wie sieht meine Hand wieder aus! Da kann ich ja das Geld nicht annehmen oder hingeben! Also, dass schränkt einen dann halt schon ein, dass man denkt: Ach, lässt du lieber die Freundin bezahlen, oder gehst du überhaupt alleine einkaufen? Oder, wie machst du das überhaupt, so...
Interview t1, Herr D, Zeile 3 ff.

Hilflosigkeit ist ebenfalls eine Emotion, die von einigen Interviewpartnern beschrieben wird. Im Fall von Herrn I grenzt diese Hilflosigkeit schon fast an *Verzweiflung*, weil er nicht versteht, wieso *er* betroffen ist und die Kollegen nicht:

Herr I: Ja, außer von wenigen nicht. Aber von den Älteren ja, weil, ich weiß nicht, vielleicht haben die damals, eine andere Generation, eine andere Haut entwickelt, die sehen morgens und abends gleich aus, nur abends schmutzig schwarz und verarbeitet, aber die haben keine offenen Stellen. Vielleicht bin ich empfindlicher und dann .. wenn ich morgens schon aufwache tut mir die Hand weh und ich verstehe nicht, wie mir das passieren kann und anderen nicht ...
Interview t1, Herr I, Zeile 67 ff

Als *belastend* wurden Schilderungen zum Empfinden der Hautkrankheit gewertet, in denen zum einen weniger starke Emotionen in Bezug auf die Erkrankung geschildert werden und zum anderen diese lediglich als *einschränkend* / *belastend* ohne weitere Verstärkung beschrieben wird, wie folgende Beispiele verdeutlichen:

Herr L: Hmm, ja, es ist schon eine Einschränkung, ne. Es ist nicht gerade angenehm, ich sag mal, wenn man mit solchen Händen dann im Restaurant sitzt und ... Schränkt einen schon ein, ja.

Interviewer: Vor allen jetzt bei privaten Tätigkeiten, oder bei beruflichen Tätigkeiten?

Herr L: Ja, beruflich ist es ja, weil sie ja überempfindlich ist. Wenn man jetzt zum Beispiel Scheiben trägt. Ich arbeite auf dem Bau. Schwere Maschinen in den Händen hat, das schmerzt natürlich auch, ja.
Interview t1, Herr L, Zeile 5 ff.

Interviewer: Was bedeutet die Erkrankung jetzt für Sie?

Frau J: Wie ich die empfinde?

Interviewer: Ja, genau!

Frau J: Ja, störend natürlich. Bin eingeschränkt in meiner Arbeit, mittlerweile nicht nur in der Arbeit sondern auch eben auch privat. Da ich ja mittlerweile nur mit Handschuhen arbeiten kann. Ja und das behindert eben einen.

t1-Interview Frau J Zeile 5 ff.

Als Beispiel für emotionale Äußerungen, die als *belastend* eingeordnet wurden, sei hier die Schilderung von Frau G angeführt. Sie erläutert, die Hauterscheinungen an den Händen manchmal als „peinlich“ zu empfinden, was aber nicht durch weitere Adverbien gesteigert wird:

Frau G: Ja, also, man wird schon halt von den Patienten drauf angesprochen, wenn die Hände ganz schlimm aussehen ... und das ist dann schon irgendwo auch ein bisschen peinlich. (...)

Ja, also man hat schon so angewöhnt, die Hände immer so hinzulegen, dass die einem nicht so auffallen ... das jetzt so privat, ne.

Interview t1, Frau G, Zeile 8

Kaum belastend wurden Äußerungen interpretiert, die deutlich machen, dass der Interviewte die Erkrankung zwar wahrnimmt, aber das Gefühl hat, gut damit umgehen zu können, bzw. sich durch die Erkrankung kaum oder gar nicht eingeschränkt fühlt. Zum Zeitpunkt t1 konnte lediglich im Fall von Herrn D eine solche Zuordnung getroffen werden:

Herr D: Aber sie (*die Hauterkrankung*) schränkt mich jetzt nicht 100 % ein. Ist anscheinend von Berufsseite entstanden ... Ich versucht jetzt nur noch, dass die letzten Reste quasi jetzt auch noch wegheilen, dass ich dann da gar nix mehr hab.

Interviewer: Fühlen Sie sich beeinträchtigt?

Herr D: Ähm ... weniger... eigentlich gar nicht!

Interview t1, Herr D, Zeile 6 ff.

Im Rahmen der t4-Interviews zeigt sich, dass der überwiegende Teil der Interviewpartner die Erkrankung als weniger belastend erlebt als noch zum Zeitpunkt der Aufnahme in das stationäre Heilverfahren (Zeitpunkt t1). Diejenigen, die sich selber als *kaum noch belastet* durch die Hauterkrankung erleben, begründen dies teilweise mit einem verbesserten Hautzustand:

Frau G: Ja also, es geht. Es ist nicht mehr irgendwie störend, weil es ist ja auch halt ein ganz angenehmes Gefühl, wenn man die Hände nicht so kaputt hat. Also, so wie es jetzt ist, kann ich da ganz gut mit leben.

Interview t4, Frau G, Zeile 60 ff.

Auch ein selbst empfundenes *verbessertes krankheitsspezifisches Selbstmanagement* trägt dazu bei, dass die Hauterkrankung kaum noch als belastend erlebt wird:

Interviewer: Haben Sie das Gefühl, dass Sie jetzt mit der Hauterkrankung besser umgehen können als vor der Zeit, bevor Sie hier waren:

Frau J: Auf jeden Fall! Auf jeden Fall! Das kann man überhaupt nicht sonst hat man immer schnell Cortison eingesetzt und so ... Das würde ich jetzt überhaupt nicht mehr machen!
Interview t4, Frau J, Zeile 88 ff.

Die beiden Faktoren *verbessertes krankheitsspezifisches Selbstmanagement* und der damit in Verbindung gebrachte *verbesserte Hautzustand* können insgesamt zu einem gesteigerten Wohlbefinden beitragen, wie der folgende Textausschnitt belegt:

Interviewer: Aber, was sich bewährt hat, das ist das Eincremen?

Herr C: Ja, also das Pflegen generell ja! Das hat sich... Ich wasche mich schon längst nicht mehr so viel mit Seife! Lieber mehr mit klarem Wasser. Mehr Desinfizieren! Das hat die (nennt Namen der pädagogischen Seminarleitung) ja hier total toll auch erklärt. Das war schon gut. UndNö, sonst fühle ich mich eigentlich pudelwohl, wenn es denn so weiter geht.
Interview t4, Herr C, Zeile 35 ff.

Kommt es während des beruflichen Wiedereinstiegs jedoch zu einer akuten Hautveränderung bzw. konnte der Hautzustand für den Gesprächspartner nicht im gewünschten Maße verbessert werden, wird die Hauterkrankung weiterhin als *belastend*, im Fall von Herrn I und Herrn K sogar als *stark belastend* eingeschätzt:

Interviewer: Wenn Sie jetzt selber Ihren Hautzustand betrachten: Wie würden Sie den jetzt selber einordnen?

Herr I: Ja, leider unverändert.(...) Vorher war es fast identisch, wie jetzt. Trotz den Cremes und den ganzen Anstrengungen.... NULL! (...) Das war vor Tagen viel schlimmer. Dann heilt das relativ, mit der Creme gut ab. Also, die ich da auch benutze und fetzte...und auch diese... diese... die so arg nach Öl riecht, also nach Teer... die tue ich drauf. Und dann wie gesagt diese andere Creme, so eine Fettcreme und dann noch Basodexan... extra dicke Fettcreme... Aber trotzdem.. Geht das irgendwie nicht in den Griff. Obwohl ich das regelmäßig, also auch fast... bis auf eine halbe Stunde genau jeden Tag absolviert wird..... Ich verstehe das nicht!
Interview t4, Herr I, Zeile 19 ff.

Das konsequente Hautschutzverhalten scheint nicht den gewünschten Erfolg zu bringen, was für Herrn I schon fast zu einer Art *Verzweiflung* führt, die durch den abschließenden Ausruf „*Ich versteh das nicht!*“ zum Ausdruck kommt.

Das empfundene Ungleichgewicht zwischen Aufwand für Hautschutz und unzureichender Besserung des Hautzustandes führt teilweise zu *Resignation*, so dass explizit die Aufgabe

des Berufes und eine Umschulung in einen weniger hautbelastenden Beruf angestrebt wird.

Herr K: (...) Weil die Umschulung habe ich ja so gut wie durch. Ich habe eine mündliche Zusage. Die warten jetzt nur noch auf hier, die Empfehlung von diesem Termin heute. Und, wenn das durch ist, bin ich da weg.

Interviewer: Und was wird das für eine Umschulung sein?

Herr K: Das wird, wenn es klappt, in den kaufmännischen Bereich gehen. Kaufmann im Einzelhandel oder Informationselektroniker. Irgendwas mit IT noch mal.
Interview t4, Herr K, Zeile 29 ff.

Es wird deutlich, dass die Umschulung als „Befreiung“ (*Und wenn das durch ist, bin ich da weg ...*) betrachtet wird. An anderer Stelle wird deutlich, dass die Entscheidung für einen hautbelastenden Beruf von Herrn K als der ausschlaggebende „Fehler“ gesehen wird.

Interviewer: Wo sehen Sie jetzt selber die Hauptursache für die Hautveränderung? Wenn Sie jetzt so die Geschichte insgesamt betrachten?

Herr K: Insgesamt? Dass ich in die Altenpflege überhaupt gegangen bin. Von der Heilerziehungspflege aus. Das war der Fehler, eigentlich.

Interviewer: Also, Sie sehen die Ursache in der Tätigkeit?

Herr K: Ja, ja. Auf jeden Fall. Weil, in den Jahren ist es jetzt akut schlimmer geworden. In den 1 1/2 Jahren, in denen ich in der Altenpflege tätig bin. Vorher hat das ... war das in dem Zustand in dem es jetzt ist ... Also okay, das man damit leben konnte. Aber nicht so, dass man ständig seine Finger kaum noch bewegen kann.
Interview t4, Herr K, Zeile 33 ff.

Im Fall von Herrn K lässt die Art der Schilderungen die Vermutung zu, dass die Hautveränderung „eingesetzt“ wird, um einen Wechsel in einen Beruf, der *„lieber gemacht wird“*, zu ermöglichen, wie folgender Textausschnitt verdeutlicht:

Interviewer: Haben Sie eine Präferenz, was Sie lieber machen würden?

Herr K: Ich würde am liebsten als Kaufmann in so einem großen Media-Markt, Saturn oder so Promarkt. So diese großen Elektronikketten, das wäre mein Ding. Weil ich habe IT- und EDV-mäßig halt schon eine Vorbildung ... Durch eine Ausbildung ... Da hat man dann auch mit Leuten zu tun. Ich denke, dass passt ganz gut.
Interview t4, Herr K, Zeile 29 ff.

Auch andere Interviewpartner berichten über Frustration, weil der Hautzustand durch die Hautschutzbemühungen nicht in einem als ausreichend empfundenen Maße gebessert werden konnte. In diesen Fällen wird eine Umschulung aber nicht als wünschenswerte Option betrachtet:

Interviewer: Also, sind Sie jetzt auch unzufrieden mit der Haut so ...

Herr E: Ja. Ja. Also, das blöde ist immer, man will sich auf die Arbeit konzentrieren, und kann es nicht, weil es weh tut. Und dann hat man im Kopf immer ... Oh, das ist wie Zahnschmerzen. Das ist immer ... blöde Sache (...) Kann man es noch besser machen (lacht)? Weiß ich nicht ... (lacht). Bei der Arbeit sagen Sie schon: Du bist ja nur noch am Hände pflegen, sauber machen (lacht). Ich will ja auch in meinem Beruf bleiben. So ist das ja nun nicht. Und ... der liegt mir einfach! Den irgendwo aufzugeben, oder so, dass möchte ich auch gar nicht.
Interview t4, Herr E, Zeile 67 ff

Ein abschließender Vergleich zwischen den Äußerungen zum Empfinden der Hauterkrankung zum Zeitpunkt t1 und t4 deutet darauf hin, dass bei zehn der 14 Gesprächspartner zum Zeitpunkt t4 eine Verbesserung im Erleben der Hauterkrankung stattgefunden hat. Insbesondere wenn die Gesprächspartner äußern, dass sie ihr krankheitsspezifisches Selbstmanagement verbessern konnten und/oder die Hauterscheinungen sich verbessert haben, scheint dies sich positiv auf den empfundenen Belastungsgrad auszuwirken.

5.2.2 Empfindungen zum Hautschutz t1/t4

Zum Zeitpunkt t1 konnten zwei Kategorien zum Empfinden der Hauterkrankung ermittelt werden: zum einen eine *eher positive* und zum anderen eine *eher negative* Einstellung zum Hautschutz.

Interviewpartner, deren Äußerungen zum Hautschutz als eher positiv gewertet wurden, betonen häufiger, dass sie die Hautschutzmaßnahmen als *hilfreich* in Bezug auf einen verbesserten Hautzustand empfinden:

Frau M: (...) Auch habe ich dies extrem gemerkt bei der Umstellung von den ... wo ich das erste Mal bei der BG in Bochum war. Da hatte ich so eine Schulung. Und da habe ich andere Handschuhe gekriegt, andere Pflegemittel und andere Schutzcremes für die Hände. Und da ist es auch schon ein ganzes Stück besser geworden. Also, dass muss ich sagen ... hat mir echt weitergeholfen!
Interview t1, Frau M, Zeile 55 ff.

Interviewer: Wie empfinden Sie Hautschutzmaßnahmen?

Herr B: Die empfinde ich für sehr gut! Also, es bringt ja was! Das merke ich ja selber ... Also, ich hab's letztes Jahr August zuletzt gehabt, wo es so ganz extrem war ... An sämtlichen Fingern eingerissen war ... Das ist schon vorteilhaft besser geworden (...)
Interview t1, Herr B, Zeile 26 ff.

Andere berichten über einen gewissen Grad an Routine bzw. Gewöhnung in der Umsetzung von Hautschutzmaßnahmen:

Frau A: (...) Ich find sie (*die Hautschutzmaßnahmen*) jetzt nicht besonders aufwändig, oder besonders unangenehm ... Mein Gott, dann gewöhnt man sich ein zwei Tage dran,

dass man eben Baumwollhandschuh unter dem Vinylhandschuh trägt ... Und dann ist gut!

Interview t1, Frau A, Zeile 25 ff.

Es kommt auch zu Äußerungen, aus denen hervorgeht, dass die Hautschutzmaßnahmen deswegen als positiv empfunden werden, weil negative Rückmeldungen von Patienten oder Kunden ausblieben:

Frau G: Also, so zu Anfang fand ich es halt nicht so toll. Also, so den Patienten gegenüber ... aber für mich war es schon angenehmer, weil ich eben halt merkte, so von Tag zu Tag wurde die Haut besser und tat halt nicht mehr so weh Und ... ich hätte auch nicht gedacht, also ... ganz viele Patienten ... ich hab dann gesagt, ich muss Handschuhe anziehen, weil meine Haut so schlecht aussieht, und die fanden das alle okay. ... Ja, ja, ... hätte ich mir schlimmer vorgestellt Die Reaktion der Patienten ...
Interview t1, Frau G, Zeile 54 ff.

Aber auch die Möglichkeit, mit der Anwendung der Hautschutzmaßnahmen sich und anderen etwas Gutes tun zu können, konnte als Argument für einen positiv empfundenen Hautschutz ermittelt werden:

Frau M (...) Also, sehr positiv! Weil ich möchte ja auch was ändern für mich! Und ... ja, es ist halt auch immer sehr zeitaufwendig. Muss man wirklich auch ein bisschen gucken! Und bisschen Abstriche machen und für sich selber das auch so ein bisschen managen. Aber im Prinzip, also wie gesagt, ich mache es eigentlich gerne, weil es ist ja für mich! Und halt auch für meine Kollegen. Weil, um so öfter ich krankgeschrieben bin wegen meinen Händen, um so weniger kann ich da was tun.
Interview t1, Frau M, Zeile 101

Andere unterstreichen ihre positive Einstellung zum Hautschutz durch Forderungen nach einer weiteren Verbreitung von Hautschutzmaßnahmen:

Interviewer: Sie haben ja schon recht viel Erfahrung mit Hautschutz Wie empfinden sie diese Hautschutzmaßnahmen?

Frau F: Die müssten vielmehr verbreitet werden. Vor allen Dingen auch in den Altenheimen! Wenn ich jetzt an meine Kollegen denke, denen ich versuche auch etwas zu vermitteln, dann müssten vielmehr Schulungen stattfinden! Vor allen Dingen auch für die Schüler, die jetzt auch anfangen Die gehen da alle so leichtfertig um ... das ist echt schon das ist richtig traurig. Da kann ich ruhig was sagen, oder Da wird einfach zu wenig gemacht!
Interview t1, Frau F, Zeile 80 ff.

Zum Zeitpunkt t1 kommt es auch zu negativen Äußerungen in Bezug auf Hautschutz. Gesprächspartner, deren Einstellung zum Hautschutz als *eher negativ* eingeschätzt wurde, betonen häufiger den Eindruck zu haben, dass Hautschutzmaßnahmen nicht helfen:

Interviewer: Wie empfinden Sie Hautschutzmaßnahmen?

Herr C: Ja, die bringen nix, wie soll ich sie dann finden? Nicht gut!
Interview t1, Herr C, Zeile 22 ff.

Interviewer: (...), wie empfinden Sie diese Hautschutzmaßnahmen?

Herr I: Ja, ich lebe damit. Ich lebe einfach damit, weil ich sehe das wird und wird nicht besser. Im Gegenteil, (...).
Interview t1, Herr I, Zeile 36 ff.

Ebenso erleben einige Interviewpartner die Hautschutzmaßnahmen eher als umständlich bzw. zeitaufwendig. In diesem Zusammenhang wird häufiger der Einsatz von Schutzhandschuhen als schwierig beschrieben:

Interviewer Sie sagten, es beeinträchtigt Sie in der Zeit?

Herr I: Ja, man hat im Endeffekt im Laufe des Tages wenn man acht Stunden arbeitet, hat man so ungefähr eine knappe Stunde schon alleine damit zu tun, man muss ja ständig die Handschuhe wechseln, man kann ja nicht ohne Handschuhe arbeiten und man muss zusehen, dass man immer welche im Vorrat hat, sonst muss man dann immer vorsichtig sein, was man anpackt (...)
Interview t1, Herr I, Zeile 9 ff.

Interviewer: Und jetzt müssen Sie die Handschuhe mehr tragen als vorher?

Frau J: Nee, nur eben .. ja eigentlich ständig, ich wechsele von einem Patienten zum anderen die Handschuhe und teils sind Einsätze, die eben eine halbe Stunde dauern, da kann ich ja nicht dreimal die Handschuhe wechseln in einem Einsatz, dann brauche ich ja Handschuhe ohne Ende! Und .. ja, wenn ich dann Baumwollhandschuhe drunter an habe, wenn ich dann meinetwegen mehr Körperpflege mache oder denjenigen beim Baden oder Duschen behilflich bin, das läuft dann in die Handschuhe rein, dann kann ich die Handschuhe nicht ausziehen weil die dann drin nass sind, dann fängt das an zu jucken und dann ist man nervös innerlich und ist froh, dass dann dieser .. ganze Prozess schnell beendet wird mit Duschen und mit Eincremen.
Interview t4, Frau J, Zeile 16 ff.

In einem Fall war eine Einordnung nicht möglich, da bis zur Aufnahme in das stationäre Heilverfahren noch keine Hautschutzmaßnahmen angewendet wurden.

Zum Zeitpunkt t4 wurden die Empfindungen zum Hautschutz um die Kategorie *ambivalent* erweitert. Dieser Kategorie wurden Aussagen zugeordnet, die zum Ausdruck brachten, dass der Gesprächspartner sich eine bessere Wirkung vom Hautschutz erhofft hatte, wie folgende Schilderungen verdeutlichen:

Interviewer: Ja, wie ist das jetzt so für Sie? Also, jetzt machen Sie ja schon mehr, wie empfinden Sie die Hautschutzmaßnahmen?

Herr B: Ja, wirkt ja nicht so... sag ich jetzt mal. Oder, es wirkt nicht so entgegen, dass es ausbricht.
Interview t4, Herr B, Zeile 24 ff.

Interviewer: Gibt es was womit Sie nicht zufrieden sind?

Frau A: Na ja, im Moment ... mit dem Hautbild...

Interviewer: Frustriert einen das, wenn man das Gefühl hat, ich mache doch alles?

Frau A: Jaa, ... Doch frustriert einen schon so ein bisschen. Also... Ich zumindest bin so jemand, suche dann auch immer nach einer Ursache...wo ich dann denke: Was um alles in der Welt hast Du jetzt gemacht? Du hast nichts gemacht! ... Ich bin wirklich, ich bin so konsequent, dass es mir schon selbst manchmal weh tut... Ja. Ich fasse noch nicht mal mehr nasse Wäsche so mit bloßen Händen an, wenn ich das aus der Waschmaschine hole... (...)

Interviewer: Also, doch ein Stück weit frustrierend, wenn ich Sie richtig verstanden habe?

Frau A: Ja.

Interviewer: Aber, die Flinte ins Korn...

Frau M: Nein, das nicht! Also, ich meine, ich sehe ja, das es wieder besser wird. Es ist ja jetzt nicht so hoffnungslos. Das nicht!
Interview t4, Frau A, Zeile 45 ff.

Frau M: Ja, einfach mehr Juckreiz. Mehr kaputte Hände. Also, kann ich noch so viel pflegen, wie ich will, aber es funktioniert so nicht. Ich habe mir jetzt auch wieder Cortisoncreme verschreiben lassen, weil es geht nicht mehr.
Interview t4, Frau A, Zeile 7 ff.

Herr I unterscheidet in diesem Zusammenhang als Einziger explizit in privaten und beruflichen Hautschutz. Im Bereich des privaten Hautschutzes empfindet er die Maßnahmen bereits als Routine, während der Arbeit beschreibt er die Umsetzung der Hautschutzmaßnahmen als große Belastung, wie folgender Textausschnitt verdeutlicht:

Interviewer: Wenn Sie sich das im gesamten noch mal angucken, wie empfinden Sie jetzt Hautschutz?

Herr I: Also, am Anfang war es nervig. Jetzt ist es ... eine Sache, das ist jetzt eingefahren und jetzt denke ich gar nicht drüber nach, jetzt wird das einfach gemacht. Also, wie morgens aufstehen, abends Schlafengehen. Und dann läuft das fast von alleine. (...)

Interviewer: Sie würden schon sagen, dass ist in so eine Routine übergegangen?

Herr I: Ja, ich denke da gar nicht mehr drüber nach. Zu Hause auf jeden Fall nicht! In der Kundschaft muss man ständig drüber nachdenken! Weil jeder Kunde ... spricht einen drauf an! 90 %! Und wenn man länger, wie vielleicht, eine Stunde, zwei, bei denen verbringt, dann sehen die erst mal: Mein Gott, wie viel Handschuhe haben Sie da eigentlich mit? (...)
Interview t4, Herr I, Zeile

Aufgrund dieser unterschiedlichen Bewertungen des beruflichen und privaten Hautschutzes wurde Herr I zum Zeitpunkt t4 ebenfalls der Kategorie *erlebt Hautschutz eher ambivalent* zugeordnet.

Mit Ausnahme von Herrn K und Herrn I befanden sich alle übrigen Gesprächspartner, die zum Zeitpunkt t4 der Kategorie *ambivalent* zugeordnet waren, zum Zeitpunkt t1 in der

Kategorie *empfindet Hautschutz eher positiv*. Bei diesen fünf Gesprächspartnern hat sich die Einstellung zum Hautschutz somit tendenziell eher verschlechtert. In allen fünf Fällen ist es im Rahmen des beruflichen Wiedereinstiegs oder bereits davor zum Auftreten von akuten Hautverschlechterungen gekommen. Wie bereits in Kapitel 0 beschrieben, tragen diese Rückschläge im Hautzustand zu einer gewissen Enttäuschung über die Wirkung der Hautschutzmaßnahmen bei. In diesen Fällen stimmte der Hautzustand häufig nicht mit der Idee von „Aufwand für Hautschutzmaßnahmen“ und „Verbesserung des Hautzustandes“ überein. Zeigte sich der Hautzustand jedoch verbessert und kam es während des beruflichen Wiedereinstiegs auch nicht zu nennenswerten Hautverschlechterungen, führte dies bei fünf der 14 Interviewpartner zu einer positiveren Einstellung zum Hautschutz als noch zu Zeitpunkt t1 (siehe Tabelle 43), Herr L, Herr D, Frau J, Frau H, Herr C). In diesem Zusammenhang berichten einige Gesprächspartner, dass die Hautschutzmaßnahmen bereits zu einer Routine geworden sind:

Frau J: Na ja gut. Dadurch, dass ich ja immer mit Handschuhen, ich sag mal, auch so wenn ich jetzt Fleisch verarbeite, oder irgendwas ... dann nehme ich Handschuhe einfach! Weil ... es ist jetzt schon Gewohnheit geworden! Vielleicht drei Mal ... Und dann abends dann noch mal. Ja, abends dann noch Mal!
Interview t4, Frau J, Zeile 53

Interviewer: Wie empfinden Sie das jetzt mit den Hautschutzmaßnahmen?

Herr C: Ich hätte es mir eigentlich lästiger vorgestellt. Ist gar nicht so schlimm! Wenn man es einmal drin hat! Und alles was zur Gewohnheit wird ist ja dann irgendwann normal....

Interviewer: Also, für Sie ist das jetzt schon so richtig eine Gewohnheit?

Herr C: Ja! Für mich ist das einfach normal. Es gehört dazu wie morgens das Zähneputzen und ... das ist eigentlich... normal.
Interview t4, Herr C, Zeile 50

Der verbesserte Hautzustand, welcher von Frau G (siehe folgender Textausschnitt) als „*ganz angenehmes Gefühl*“ beschrieben wird, wird zusätzlich als hilfreich für die Herausbildung einer Hautschutzroutine erlebt:

Interviewer: Wie empfinden Sie das jetzt so, dieses vermehrte oder vielleicht sogar fast ständige Handschuhtragen?

Frau G: Ja also, es geht. Es ist nicht mehr irgendwie störend, weil es ist ja auch halt ein ganz angenehmes Gefühl, wenn man die Hände nicht so kaputt hat. Also, so wie es jetzt ist, kann ich da ganz gut mit leben.

Interviewer: Also, würden Sie sagen, (...), es ist schon wie eine Gewohnheit, wie z. B. einen Sicherheitsgut anlegen, oder so ...?

Frau G: Ja, doch, es ist schon so. Ich gehe auch eben morgens auch nicht aus dem Haus, wenn ich nicht alles eingecremt habe und dann die weißen Handschuhe. Also, alle Leute

kennen mich schon so mit den Handschuhen.
Interview t4, Frau G, Zeile 60 ff.

5.2.3 Selbstwirksamkeit und Einstellung zur Hauterkrankung

Wie bereits zu Beginn in Teil I, Kapitel 5 erläutert, ist nach Schwarzer (2004) davon auszugehen, dass Personen, die eher eine optimistische Selbstüberzeugung hegen, auch zufriedener mit ihrer allgemeinen Hautsituation und ihrem Hautschutzverhalten sind. Umgekehrt könnten Personen mit niedrigen Werten in der allgemeinen Selbstwirksamkeit tendenziell unzufriedener mit ihrem Hautzustand sein und den Hautschutzmaßnahmen eher negativ gegenüberstehen.

Betrachtet man in diesem Zusammenhang Tabelle 43, so wäre davon auszugehen, dass Gesprächspartner mit niedriger allgemeiner Selbstwirksamkeit tendenziell eher in den Spalten „Hauterkrankung ist belastend / stark belastend“ und „sieht Hautschutz ambivalent / eher negativ gegenüber“ zu finden sind. Diese Hypothese scheint sich im Fall von Herrn E und Frau M eher zu bestätigen. Beide erleben die Hauterkrankung zum Zeitpunkt t1 als stark belastend und auch zum Zeitpunkt t4 weiterhin als belastend. Allerdings starten beide mit einer positiven Einstellung zum Hautschutz in die TIP-Maßnahme, die sich allerdings zum Zeitpunkt t4 verschlechtert. Beide stehen nun dem Hautschutz ambivalent gegenüber, da die erwünschte Besserung des Hautzustandes nicht im erhofften Maße stattgefunden hat:

Frau M: Ja, einfach mehr Juckreiz. Mehr kaputte Hände. Also, kann ich noch so viel pflegen, wie ich will, aber es funktioniert so nicht. Ich habe mir jetzt auch wieder Cortisoncreme verschreiben lassen, weil es geht nicht mehr!
Interview t4, Frau M, Zeile 6 ff.

Schwarzer (2004) führt an, dass Personen mit niedrigem SWE weniger Anstrengung in die Zielerreichung investieren und früher aufgeben. Dies trifft für Herrn E und Frau M nicht zu. Beide investierten erhebliche Anstrengungen in die Umsetzung des Hautschutzverhaltens und in beiden Fällen führt die ausbleibende Besserung nicht zu einer Zielentbindung, soll heißen zur Aufgabe des Hautschutzverhaltens.

Interviewer: Fällt Ihnen das dann jetzt schwer, dass weiterhin so umzusetzen, wenn der Erfolg jetzt ja doch ausgeblieben ist?

Frau M: Ich glaube, man müsste mich mal in einem halben Jahr oder so, mal wieder einmal auf die Füße treten. Aber, ich glaube sonst würde ich das schon noch beibehalten. Ich glaube, dass schleicht sich nachher doch so ein bisschen in meine Art ein, dass ich das vielleicht mal so ab und an vergesse. Aber, dass eigentlich schon grundsätzlich beibe-

halte. Weil, es ist sonst auch sehr angenehm mit den Baumwollhandschuhen da drunter. Von daher ... alles, was angenehm ist macht man natürlich auch gerne.
Interview t4, Frau M, Zeile 44 ff.

Für den Bereich der Zielverfolgung trifft die Hypothese, dass Personen mit niedrigem SWE schneller das angestrebte Verhalten aufgeben, weder für Herrn E noch für Frau M zu.

Auch bei Herrn L, der mit 21 Punkten ebenfalls im Bereich einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung einzuordnen ist, findet zum Zeitpunkt t4 keine Zielentbindung statt.

Anders stellt sich die Situation bei Herrn L dar, der mit 21 Punkten ebenfalls im Bereich der niedrigen Selbstwirksamkeitswerte einzustufen ist. Er empfindet die Hauterkrankung aber bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme (t1) nur als *belastend* und hat keine Erfahrung mit Hautschutz. Zum Zeitpunkt t4 empfindet er die Hautschutzmaßnahmen bereits als Routine und hat selbst den Eindruck, besser mit der Erkrankung umgehen zu können, so dass er sie kaum noch als belastend erlebt:

Interviewer: Die Haut, wie sind Sie zufrieden damit?

Herr L: Ja, ja! (Schaut auf seine Hände). So langsam wird alles wieder, wie es früher war. Gut.

Interviewer: Was haben Sie jetzt bei der Arbeit verändert?

Herr L: Ja, Handschuhe tragen und eben Cremen! Das ich sage mal die Hautschutzcreme, Pflegecreme....

Interviewer: Das klappt auch beides?

Herr L: Das klappt wunderbar! Ist schon Gewohnheit, sag ich mal.
Interview t4, Herr L, Zeile 4 ff.

Damit widerspricht Herr L der eingangs erläuterten Hypothese zur niedrigen Selbstwirksamkeit. Auch im Vergleich zu den übrigen Interviewpartnern mit deutlich höheren, im mittleren Bereich angesiedelten Punktwerten in der Selbstwirksamkeit schneidet er besser ab (siehe Tabelle 43). Für dieses bessere Abschneiden trotz niedriger Selbstwirksamkeitserwartung lassen sich auf Basis der Interviewanalysen zwei Erklärungsansätze finden. Zum einen ist Herr L bis zum Zeitpunkt t4 des Interviews nicht erneut von akuten Hautveränderungen betroffen (siehe Gesprächsausschnitt oben, ab Zeile 4). Dies trägt zu seiner positiven Einstellung zu Hautschutz bei, denn er führt diese Besserung auch auf die Hautschutzmaßnahmen zurück:

Herr L: Ich würde sagen am meisten helfen schon die Handschuhe, ja! Das Cremen unterstützt, aber die Handschuhe, sage ich mal, die helfen dann wohl am meisten!
Interview t4, Herr L, Zeile 19

Zum anderen nutzt er soziale Ressourcen. Er bindet seine Lebenspartnerin in seine Bemühungen ein:

Interviewer: Würden Sie jetzt sagen, da hat sich was verändert, für Sie?

Herr L: Ja, doch... Also, wir kaufen nur noch das mit hautneutral. Seifen und sowas...

Interviewer: Das haben Sie vorher nicht so gemacht...

Herr L: Da hat man nicht so drauf geachtet. Aber ich habe das dann auch mit meiner Freundin dann besprochen und dann haben wir uns das mal angeguckt, was dahinten doch an Zutatenlisten draufsteht. Auch wenn es gut riecht... (lacht). Und... Das haben wir schon gemacht, ja!

Interview t4, Herr L, Zeile 76 ff.

und überzeugt auch seine Kollegen von den Vorteilen seiner Hautschutzmaßnahmen:

Herr L: Nein, absolut nicht! Arbeitskollegen, die nerven auch nicht! Ich habe denen die Cremes aufgeschrieben, habe gesagt: Hier, besorgt Euch das! (...)

Interviewer: Und was sagen die?

Herr L: Auf die Handschuhe sind sie neidisch! (lacht). Ich habe gesagt: Ich kann Euch die Adresse geben!

Interviewer: Haben denn einige auch schon angefangen so mehr zu cremen?

Herr L: Handcreme, so normale Handcremes... Wollen jetzt aber auch auf dieses Stokolan gehen. (...) meine Kollegen.

Interviewer: Ihre Kollegen... Also, die haben sich das von Ihnen jetzt auch so ein bisschen angenommen?

Herr L: Ja.

Interviewer: Haben Sie damit gerechnet, dass die das mitmachen?

Herr L: Nein, eigentlich nicht.
Interview t4, Herr L, Zeile 41 ff.

Zusätzlich nutzt Herr L die angebotenen Hilfsmittel wie die Broschüre *Hautschutz für mich* zur Planung der Verhaltensänderung und interpretiert diese Auseinandersetzung mit der Broschüre als hilfreich für die Umsetzung:

Interviewer: Sie hatten ja berichtet, dass Sie mit dieser Broschüre gearbeitet haben. Hat die Ihnen jetzt geholfen bei der Umsetzung, oder würden Sie jetzt sagen, dass hätte ich jetzt auch ohne die Broschüre hingekriegt?

Herr L: Nein, die hat auch schon geholfen, doch! Wenn man sich das dann alles noch mal durchliest, dann unterstützt das dann auch ein bisschen?

Interview t4, Herr L, Zeile 20 ff

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Hypothese, niedrige Selbstwirksamkeit führe eher zu einer schlechteren Krankheitsbewältigung und schnelleren Zielentbindung, im Fall von Herrn L nicht zutrifft. Aber auch die Alternativhypothese, dass Personen mit hoher

Selbstwirksamkeit tendenziell besser mit der Erkrankung und der Verhaltensänderung zurecht kommen, trifft für das hier untersuchte Kollektiv nicht in allen Fällen zu (siehe Tabelle 43). In diesem Zusammenhang soll Herr I näher analysiert werden, der mit einem Punktwert von 33 über den zweithöchsten gemessenen SWE-Wert innerhalb des hier untersuchten Kollektivs verfügt. Herr I erlebt die Erkrankung zum Zeitpunkt der Aufnahme in das stationäre Heilverfahren (= t1) als *stark belastend* und steht dem Hautschutz eher negativ gegenüber. Zum Zeitpunkt t4 verbessert sich seine Einstellung zum Hautschutz etwas, er bleibt aber in seinen Äußerungen sehr barrierefokussiert und empfindet die Erkrankung weiterhin als große Belastung (siehe Teil III, Kapitel 3 und 5.2.2). Folglich trifft die oben formulierte Hypothese, hohe Selbstwirksamkeit führe zu einer besseren Krankheitsbewältigung und positiveren Einstellung zum Hautschutz, für Herrn I nicht zu. Entsprechend wurde auch im Fall von Herrn I das vorliegende Interviewmaterial auf mögliche Erklärungsansätze hin untersucht. Folgende Erklärungsmuster konnten generiert werden:

Zum einen bestätigt sich, wie oben bereits im Fall von Frau M und Herrn E beschrieben, die negative Auswirkung von erneut auftretenden Hautveränderungen. Herr I hat den Eindruck, sehr viel für seinen Hautschutz getan zu haben, doch diese Bemühungen bleiben seiner Ansicht nach erfolglos:

Herr I: Vorher war es fast identisch, wie jetzt. Trotz den Cremes und den ganzen Anstrengungen.... NULL!

Interviewer: Ja, also keine Besserung, was den Hautzustand angeht?

Herr I: Nein, leider nicht. Also, ich habe mal selber Fotos gemacht und verglichen... Ist nichts! Ist kein Unterschied!
Interview t4, Herr I, Zeile 13 ff.

Die ausbleibende Besserung des Hautzustandes lässt ihn am Hautschutz zweifeln, fast schon verzweifeln, wie die abschließende Bemerkung des folgenden Gesprächsausschnitts verdeutlicht:

Herr I: (...) Das war vor Tagen viel schlimmer. Dann heilt das relativ, mit der Creme gut ab. Also, die ich da auch benutze und fette... und auch diese... diese... die so arg nach Öl riecht, also nach Teer... die tue ich drauf. Und dann wie gesagt diese andere Creme, so eine Fettcreme und dann noch Basodexan... extra dicke Fettcreme... Aber trotzdem.. Geht das irgendwie nicht in den Griff. Obwohl ich das regelmäßig, also auch fast... bis auf eine halbe Stunde genau jeden Tag absolviert wird..... Ich verstehe das nicht!
Interview t4, Herr I, Zeile 19

Als weiterer Erklärungsansatz für den mangelnden Erfolg kann die von Herrn I bemängelte soziale Unterstützung, vor allem am Arbeitsplatz, gewertet werden. Hier sieht er sich weder von den Kollegen:

Herr I: Ja das ist irgendwie... Denkt man auch.. man macht und tut und man wird angelächelt, so nach dem Motto: Oh, muss wieder schön machen, oder so... Von den Arbeitskollegen...(...)
Interview t4 Herr I, Zeile 49 ff.

noch vom Arbeitgeber unterstützt:

Herr I: Für Hautschutz, für Handschuhwechsel, ständig immer dran denken, jetzt diesen anziehen, diesen anziehen, diesen anziehen. Eincremen nicht vergessen. Desinfizieren. Waschen. Was die anderen alle nicht müssen. Da geht an einem Tag, fast eine ganze Stunde drauf. Also, man merkt schon man wird um eine Stunde langsamer! Und das fällt dem Arbeitgeber sogar auf! Und das ist schlecht!

Interviewer: Haben Sie nicht das Gefühl, dass Sie auf viel Gegenliebe stoßen?

Herr I: Nein, im Gegenteil. Bei uns kursiert da schon eine berüchtigte Liste, wo einer oben steht und unten steht. Das heißt, wer oben steht, ist immer schlecht dran! Ich stehe bis jetzt noch... im oberen Drittel, und würde nicht fallen. Das weiß ich. Ich würde noch steigen!
Interview t4, Herr I, Zeile 135

Soziale Ressourcen, die eine unterstützende Funktion übernehmen, werden von Herrn I nicht benannt. Die einzige unterstützend wirkende Ressource, die Herr I in Anspruch nimmt, ist die Broschüre *Hautschutz für mich*, die von ihm sowohl zur Therapie- als auch zur Hautschutzplanung eingesetzt wird:

Interviewer: Ja, dann noch mal zur Broschüre, haben Sie da noch mal reingucken können? Haben Sie die irgendwie in letzter Zeit noch mal benutzt für irgendwas. Noch mal angeschaut? Etwas ausgefüllt?

Herr I: Ja, nachgetragen. Aber so... Eigentlich dieser Ablauf, da, wie er da drin steht, das ist ja fast schon komplett drin in mir. Also, was ich dann nachgucken würde, ...Ist schon komplett im Kopf. Das ging auch sehr schnell!

Interviewer: Und nachgetragen haben Sie jetzt in der Zeit, in der Sie zu Hause waren, oder als Sie wieder bei der Arbeit dann angefangen sind?

Herr I: Abends, zu Hause (...)

Interviewer: erinnern Sie sich noch, wo Sie da Nachträge gemacht haben?

Herr I: Ja, ... Wichtig war bei mir,...weil ich da auch teilweise gar nicht dran gedacht habe... Diese Protectcreme. Weil... ich habe immer nur an die Medikamente gedacht... das ich die immer einnehme... Und die Protectcreme ist ja eigentlich kein Medikament! Das ist eigentlich nur Schutz gegen Dreck! Und das ich die dann regelmäßig ... immer dann... morgens auch mit zu den anderen Sachen nehme! Weil, die habe ich drei, vier Mal am Anfang ganz vergessen... Ich dachte: Da war doch irgendwas... Und jetzt habe ich mir den Topf direkt hingestellt, wo ich morgens dann meine Kaffee weghole...

Dann vergesse ich das nämlich auch nicht!
Interview t4, Herr I, Zeile 118 fff

Der Textausschnitt macht deutlich, dass Herr I die Broschüre intensiv nutzt. Dennoch scheint er das Potenzial der Broschüre, zum Beispiel was das Überwinden von Hindernissen im Hautschutzverhalten angeht (siehe Anhang Kapitel 4 Broschüre *Hautschutz für mich*), nicht optimal ausnutzen zu können, da er sehr barrierefokussiert in seinen Schilderungen bleibt.

Mit einem Wert von 34 erreicht Herr C im hier vorliegenden Kollektiv den höchsten Punktwert in der allgemeinen Selbstwirksamkeit. Betrachtet man die Entwicklung seiner Einstellung zur Hauterkrankung und zum Hautschutz zu Beginn der Untersuchung (= t1) und zum Ende (t4), fällt auf, dass ihm als Einzigem eine extreme Verbesserung der Einstellung zur Hauterkrankung (t1: stark belastet / t4: kaum belastet) und zum Hautschutz (t1: eher negativ / t4 eher positiv) gelingt (siehe Tabelle 43). Diese positive Entwicklung kann als Bestätigung der Hypothese für hohe Werte in der allgemeinen Selbstwirksamkeit gewertet werden. Da die Verbesserung der Einstellung zu Haut- und Hautschutz im Vergleich zu den übrigen Gesprächspartnern sehr bemerkenswert erscheint, wurde das Interviewmaterial ebenfalls hinsichtlich weiterer von Herrn C benannter und eingesetzter Ressourcen untersucht.

Soziale Unterstützung durch Kollegen erlebt Herr C nicht, diese mangelnde Unterstützung wird von ihm aber nicht als schwierig empfunden:

Interviewer: Vielleicht nochmal zurück zu den Kollegen. Sie hatten eben schon angedeutet, dass die komisch gucken...

Herr C: Ja gut, aber da kann ich ja mit umgehen! Das ist doch kein Problem! Die haben ja nicht die Probleme, die ich habe! Ich meine, wenn ich jetzt jemanden sehen würde, der ständig am eincremen ist, würde ich ja auch.... Wenn ich jetzt nichts hätte! Aber, ich muss ja auf mich selber achten, und auf keinen anderen. Das andere ist mir eigentlich egal. (...)
Interview t4, Herr C, Zeile 34 ff.

Im privaten Bereich findet Herr C Unterstützung durch den Austausch über Hautschutz mit seiner Frau, die als Krankenschwester arbeitet:

Herr C (...)... Zuhause... ich werde wirklich! Erst mal werde ich die Seifen Zuhause Ich habe mit der Frau schon gesprochen Die war am Wochenende hier. (...) Und dann rief abends meine Frau an. Ich sag, wie macht ihr das....Die ist auch Krankenschwester....Wie macht ihr es denn bei euch? (...) Da sagte sie mir: Nur höchstens dreimal(...) Sonst wird da nur desinfiziert! Eben um auch die Haut zu schützen!
Interview t2, Herr C, Zeile 57

Zudem erlebt Herr C eine deutliche Verbesserung des Hautzustandes ohne Rückfall, die er auf sein verbessertes Hautschutzverhalten und andere Hautschutzprodukte zurückführt:

Interviewer: Auch keinen Schub mal gehabt seither...?

Herr C: Nein, nichts! Gestern habe ich einmal gedacht.... Ich habe gestern ganzen Tag an einem Arbeitsplatz gestanden, weil, fehlten so viele Leute. Da habe ich gedacht, das Gesicht würde wieder anfangen zu spannen. Aber heute Morgen war wieder alles weg. Was ich natürlich auch sagen muss, dies Physiogel ist total gut, ne. Das ist ja richtig klasse das Zeug! Die Creme benutze ich für zu Hause....
Interview t4, Herr C, Zeile 6

Die generierten Ressourcen im Fall von Herrn C deuten erneut darauf hin, dass in seinem Fall ein verbesserter Hautzustand wichtig für eine positive Einstellung zu Hautschutz und der Hauterkrankung ist. Soziale Ressourcen scheinen für Herrn C nur eine untergeordnete Rolle zu spielen. Hier könnte die hohe allgemeine Selbstwirksamkeit ursächlich für die Unabhängigkeit von sozialer Unterstützung sein.

Betrachtet man im Weiteren die Gesprächspartner mit Punktwerten im mittleren Bereich der allgemeinen Selbstwirksamkeit (Punktwert zwischen 24 bis 33), so zeigt sich hier, dass es sowohl Gesprächspartner gibt, deren Einstellung zur Hauterkrankung und Hautschutz einen positiven Verlauf nimmt (Herr D, Frau G, Frau J), als auch Gesprächspartner (Herr B, Herr K), deren Einstellung zu Hauterkrankung und Hautschutz eher negativ verläuft, da es in einer oder beiden Kategorien zu Verschlechterungen kommt. Ebenso gibt es Gesprächspartner mit mittleren Werten in der SWE (Frau A, Frau F, Frau H), bei denen sich nur eine Kategorie verbessert, während die andere sich verschlechtert (siehe Tabelle 43).

Betrachtet man die Interviews der beiden letztgenannten Gruppen von Gesprächspartnern hinsichtlich der Ursache dieser Verschlechterung vor allem im Bereich des Hautschutzes, so lässt sich durchgängig die aufgetretene Hautverschlechterung als Ursache für die Unzufriedenheit generieren, wie die folgenden Textausschnitte belegen:

Interviewer: Ja, wie ist das jetzt so für Sie? Also, jetzt machen Sie ja schon mehr, wie empfinden Sie die Hautschutzmaßnahmen?

Herr B: Joa, wirkt ja nicht so, sag ich jetzt mal. Oder, es wirkt nicht so entgegen, dass es ausbricht. Ich sag mal, wenn ich jetzt wieder Creme abends auf kaputte Stellen auftrage, dann geht das relativ schnell wieder zu. Bloss es kommt eben immer wieder. Das ist das Problem! (...)
Interview t4, Herr B, Zeile 24 ff

Interviewer: Aber Sie haben jetzt nicht den Eindruck, dass es irgendwie hilft....

Frau F: (schüttelt den Kopf)

Interviewer: Wie ist das jetzt für Sie?

Frau F: Ja frustrierend...Das man da gar nicht vorwärts kommt, (...) mit den Händen...
Interview t4, Frau F, Zeile 26

Herr K berichtet zusätzlich, auch keine soziale Unterstützung – insbesondere am Arbeitsplatz – erfahren zu haben. Aus seinen Äußerungen spricht eine gewisse Hilflosigkeit und Resignation, die vor allem im letzten Satz des folgenden Textausschnitts deutlich wird („Von daher denke ich, dass da sich sowieso sich nicht viel ändern würde.“):

Herr K: Kollegen auch ... Also, ich habe mich da auch ausgenutzt gefühlt, muss ich ehrlich sagen, jetzt, am Anfang. Und ... von wegen, ich wasche 12 Leute und der Kollege wäscht drei. Und.. Ich mache dann noch das ganze Frühstück ... und reiche an und alles ... Und der macht sich einen faulen da in der Ecke! Deswegen auch Zeitdruck, halt. Weil ich alles machen musste.

Interviewer: Konnten Sie das ansprechen? Gab es eine Möglichkeit?

Herr K: Ich habe das dann beim Pflegedienstleiter im ersten Gespräch während der Probezeit, habe ich es mal angesprochen, ja. Ihn selbst habe ich jetzt nicht drauf angesprochen.

Interviewer: Und hatten Sie das Gefühl, dass da was machbar ist?

Herr K: Das ist seine Persönlichkeit. Das habe ich schon von anderen Kollegen gehört, dass er so arbeitet. Von daher denke ich, dass da sowieso sich nicht viel ändern würde.
Interview t4, Herr K, Zeile 19 ff.

Ressourcen, die von Herrn K als hilfreich erlebt wurden, werden von ihm nicht erwähnt. Dieser Mangel an Ressourcen, welche die Verhaltensänderung unterstützen, könnten ein möglicher Erklärungsansatz dafür sein, dass im Rahmen dieser Untersuchung nur Herr K explizit eine Zielentbindung von (therapeutischen) Hautschutzempfehlungen vornimmt:

Herr K: Ich habe ja die ganzen Mittel, die ich hier bekommen hab, diese Zinkpaste und all so was...was weiß ich! Das habe ich ja alles mit Heim bekommen und habe es daheim auch erst mal mit angewendet. Das habe ich dann aber auch irgendwann sein lassen, weil ... Es hat ja keinen Effekt gehabt! Das wäre sowieso auf Dauer nicht händelbar gewesen, meiner Meinung nach, da jeden Tag zweimal dann stundenlang die Handschuhe tragen zu müssen und so ... Dann im Privatleben ... das will ich mir auch nicht antun! Das hat ja sowieso keinen Effekt gebracht, auf Dauer. Insgesamt.
Interview t4, Herr K, Zeile 75

und einen Berufswechsel anstrebt:

Herr K: (...) Aber wir haben jetzt so eine Abmachung, dass ich mich weiterhin krankschreiben lasse. Weil die Umschulung habe ich ja so gut wie durch. Ich habe eine mündlich Zusage (...).
Interview t4, Herr K. Zeile 26 ff.

Die übrigen Gesprächspartner betonen hingegen, das Hautschutzverhalten trotz des als unzureichend empfundenen Hautzustands beibehalten zu wollen. Als Begründung werden unterschiedliche Argumente angeführt. Zum einen wird erläutert, dass die Hautschutzmaßnahmen als *angenehm* empfunden werden:

Interviewer: Fällt Ihnen das dann jetzt schwer, dass weiterhin so umzusetzen, wenn der Erfolg jetzt ja doch ausgeblieben ist?

Frau M: Ich glaube, man müsste mich mal in einem halben Jahr oder so, mal wieder einmal auf die Füße treten. Aber, ich glaube sonst würde ich das schon noch beibehalten. (...) Weil, es ist sonst auch sehr angenehm mit den Baumwollhandschuhen da drunter. Von daher ... Alles, was angenehm ist macht man natürlich auch gerne!
Interview t4, Frau M, Zeile 44 ff.

Auch wird geschildert, dass Hautschutz schon zu einer Verbesserung beigetragen habe, nur wird diese Verbesserung noch nicht als ausreichend empfunden:

Interviewer: Frustriert einen das, wenn man das Gefühl hat, ich mache doch alles?

Frau A: Jaa, ... Doch, frustriert einen schon so ein bisschen. Also... Ich zumindest bin so jemand, suche dann auch immer nach einer Ursache...wo ich dann denke: Was um alles in der Welt hast Du jetzt gemacht? Du hast nichts gemacht! ... Ich bin wirklich, ich bin so konsequent, dass es mir schon selbst manchmal weh tut... (...)

Interviewer: Aber, die Flinte ins Korn...

Frau A: Nein, das nicht! Also, ich meine, ich sehe ja, das es wieder besser wird... Ne, also. Es ist ja jetzt nicht so hoffnungslos. Das nicht!
Interview t4, Frau A, Zeile 47 ff.

Ebenso wird *Routine bzw. Gewohnheit* in der Anwendung von Hautschutzmaßnahmen als Grund für die Beibehaltung benannt:

Interviewer: Jetzt machen Sie ja eine Menge, und dennoch sagten Sie ja, sind Sie mit dem Hautzustand unzufrieden. Wie empfinden Sie dann jetzt die Hautschutzmaßnahmen.

Frau H: Im Endeffekt genauso wie vorher. Ich mache es weiterhin ... Höre da jetzt nicht auf ... sondern, benutze halt weiter die Hautschutzmaßnahmen.

Interviewer: Und nerven Sie die?

Frau H: Nein. Da ist man dran gewöhnt.
Interview t4, Frau H, Zeile 169

An anderer Stelle erwähnt Frau H die Unterstützung durch ihre Kollegen, die darauf achten, dass sie die Hautschutzmaßnahmen umsetzt:

Frau H: Im Endeffekt eigentlich gar nicht. Also ich kann ja darf ja noch nicht einmal mehr Kunden die Haare waschen, die dann Strähnchen mit Blondierung drin haben. Keine Töpfe auswaschen ... keine Blondierung anrühren, gar nichts!

Interviewer: Und, das gelingt Ihnen da auch so komplett, dies zu umgehen, oder sagen die Kollegen dann: Och, mach doch jetzt mal eben?

Frau H: Nee, nee! Ich würde das zwar schon gerne, aber die sagen immer: Nein! Ist nicht!

Interviewer: Sie haben schon den Eindruck, dass Ihre Kollegen Sie da unterstützen?

Frau H: Ja! Die passen da richtig auf!

Interviewer: Und, wie finden Sie das? Finden Sie das die Sie manchmal auch bevormunden? Oder finden Sie das eigentlich ganz gut, oder?

Frau H: Ich finden das eigentlich ganz gut, weil die dann ja auch wollen, dass ich dann im Beruf weitermache und vor allem, dass es mir gutgeht dadurch. Und jetzt nicht noch schlimmer wird!

Interviewer: Sie fühlen sich da schon unterstützt?

Frau H: Jaa!
Interview t4, Frau H, Zeile 49 ff.

Frau F ergänzt ihre Argumente, warum sie Hautschutz trotz Enttäuschung beibehält, um die persönlichen Ressourcen *positiven Denkens* und *geduldig sein*.

Interviewer: Für Sie selber ... Haben Sie ein persönliches Fazit ... Was jetzt den Hautschutz angeht und den Umgang mit Hautschutz angeht?

Frau F: Ja eben, dass es meiner Haut guttut.

Interviewer: ... Also, Sie haben trotz allem noch die Überzeugung?

Frau F: Hmhm (lacht) ... Ja, muss ich ja ... Sonst würde ich ja alles hinschmeißen und sagen: Ich mache das nicht mehr! Das bringt mir ja auch nichts. Da komme ich ja auch nicht weiter mit. Man muss schon positiv denken, sonst bringt es nichts!

Interviewer: Und die Schwelle haben Sie noch nicht erreicht, dass Sie komplett gefrustet sind?

Frau F: Nö, nö. Ich bin geduldig. (lacht)
Interview t4, Frau F, Zeile 55

Im Fall von Frau M und Frau A scheinen allein die Hautschutzmaßnahmen so weit überzeugt zu haben, dass für ihre Beibehaltung zu diesem Zeitpunkt keine weiteren Ressourcen wie z. B. eine höhere Selbstwirksamkeit oder andere persönliche oder soziale Ressourcen notwendig zu sein scheinen. Im Fall von Frau H scheint die Anwendungsroutine bereits so weit fortgeschritten, dass das Aufgeben des Hautschutzverhaltens für Frau H aufwendiger erscheint als das Fortführen derselben. Zusätzlich scheint die Unterstützung durch die Kollegen (= soziale Ressource) die Beibehaltung der Hautschutzmaßnahmen stark zu fördern, denn vor allem aufgrund der Kollegen scheint Frau H bisher Tätigkeiten, die sie vermeiden soll (z. B. Arbeiten mit Blondierungen), nicht ausgeführt zu haben. Hier scheint die eigene Handlungskontrolle durch die Handlungskontrolle der Kollegen verstärkt zu werden.

Im Falle der vier Gesprächspartner mit mittlerem SWE und positivem Verlauf in der Einstellung zu Haut und Hautschutz wird erneut deutlich, dass dies vor allem auf den als positiv empfundenen Hautzustand zurückgeführt werden kann. Diese Verbesserung wird mit einem verbesserten Krankheitsmanagement in Verbindung gebracht:

Frau J: Super! Nichts! Ich habe gar nichts! Absolut! Sogar die Knochen ... Die Fingerknochen waren auch geschwollen, weil ja schon das Nagelbett richtig hochgegangen (...). Und das ist auch nicht mehr! Es juckt morgens nicht mehr! Also, eine Sache hab ich mal gehabt an einem Finger, da war ich Schwimmen mit meiner Tochter, und irgendwie ... meine ich, bin ich so ein bisschen auf Chlor allergisch. Da habe ich auf dem einen Finger, hier, Bläschen bekommen. Gleich, kurze Zeit danach. Ein paar Stunden danach. Wasserbläschen. Aber, die habe ich aufgestochen und habe gleich meine Ectyiol Salbe drauf gemacht, die ich dann ... zwei Tage später war es weg.
Interview t4, Frau J, Zeile 17 ff.

Aber auch mit einer besseren Handlungskontrolle, die Herr D als ein *verbessertes Selbstbewusstsein* beschreibt, können Gründe für den positiven Verlauf in der Einstellung zur Hauterkrankung bzw. Hautschutz generiert werden.

Interviewer: Haben Sie jetzt noch irgendwas wo Sie sagen würden, dass ist so der größte Unterschied jetzt in meinem Verhalten im Vergleich zu vor dem Aufenthalt hier.

Herr D: Ich gehe selbstbewusster an die Sache ran ... ich mache es nicht wie vorher ...

Interviewer: Selbstbewusster Sie meinen also Sie lassen sich durch Ihr Umfeld gar nicht mehr irritieren oder wie meinen Sie das?

Herr D: Das auch nicht. (...) Also vorher habe ich gedacht: Komm lass die Creme sein, die brauchst du eh nicht. Jetzt mittlerweile

Interviewer: Haben Sie so den „Biss“ sag ich jetzt mal ...

Herr D: Ja. (...) Wenn man die Wirkung sieht. Zwar ist die Bestrahlung noch lästig, vier Mal in der Woche (...) Aber ich sage wenn es hilft ... im Sinne einer Besserung... dann mache ich es halt!
Interview t4, Herr D, Zeile 90 ff.

Abschließend lässt sich feststellen, dass es im mittleren Punktwertbereich der allgemeinen Selbstwirksamkeit sowohl Gesprächspartner gibt, deren Einstellung zu Hauterkrankung und Hautschutz positiv verläuft, als auch Gesprächspartner, die sich in einem Bereich verbessern und im anderen verschlechtern. Ebenso gibt es Gesprächspartner, deren Einstellung zur Hautkrankheit und Hautschutz sich im Vergleich vom Zeitpunkt t1 zu t4 verschlechtert.

Einen Zusammenhang zwischen Verlauf der Einstellung und der allgemeinen Selbstwirksamkeit in diesem mittleren Punktwertbereich herzustellen erscheint schwierig. Für einen schlechteren Verlauf der Einstellung erscheint aufgrund der Interviewanalysen vor allem

eine als unzureichend empfundene Besserung des Hautzustandes maßgeblich zu sein. Dennoch betont die Mehrheit der Gesprächspartner, die Hautschutzmaßnahmen beibehalten zu wollen. Hierfür konnten unterschiedliche Gründe, wie z. B. den Hautschutz als angenehm zu empfinden, eine Routine in der Anwendung ausgebildet zu haben sowie über weitere persönliche Ressourcen (Geduld, positives Denken) als auch soziale Ressourcen (Unterstützung durch Kollegen/Lebenspartner) zu verfügen, generiert werden.

IV Diskussion

Im Fokus des Interesses dieser Untersuchung standen beruflich bedingt Hauterkrankte, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung in ein stationäres Heilverfahren überwiesen worden sind. Das übergreifende Forschungsinteresse ging der Frage nach, wie diese Betroffenen die Erkrankung erleben und wie sich dieses Erleben in der gesundheitspädagogischen Dimension „Verhalten“ bei den Betroffenen darstellt (Wulfhorst 2002). Dabei bezieht sich die Dimension „Verhalten“ auf das *Hautschutzverhalten* der Betroffenen. Zusätzlich wurden die Modellvorstellungen des HAPA-Modells (Schwarzer 2004), welches den theoretischen Bezugsrahmen dieser Untersuchung lieferte, am individuellen Einzelfall überprüft.

Aus der übergeordneten Forschungsfrage und den einbezogenen theoretischen Modellvorstellungen wurden die Themenfelder **Hautschutzverhalten** und **Selbstwirksamkeitserwartung** abgeleitet, welche durch fünf untergeordnete Forschungsfragen weiter präzisiert wurden. Diese fünf Forschungsfragen waren sowohl für die Durchführung der Untersuchung als auch für deren Auswertung handlungsleitend. Im Folgenden sollen die gewonnenen Erkenntnisse aus den Interviewanalysen (siehe Teil III, Kap. 1 bis 5) zusammengefasst und diskutiert werden, bevor auf Basis dieser Erkenntnisse zunächst die fünf untergeordneten Forschungsfragen und schließlich im Rahmen des Kapitels 4 *Fazit und Ausblick* die übergeordnete Forschungsfrage beantwortet werden soll.

1 Zusammenfassung und Diskussion

Die Darstellung des Prozesses der Verhaltensänderung vom Zeitpunkt der Aufnahme in das stationäre Heilverfahren (Interviewzeitpunkt t1) über die Entlassung aus der Maßnahme (t2) bis hin zum Erleben der angeschlossenen Arbeitskarenz (t3) und des beruflichen Wiedereinstiegs bildet den umfangreichsten Teil der Ergebnisdarstellung. Im Rahmen der Interviewanalysen wurden zudem Teile der Modellvorstellungen des HAPA-Modells aufgegriffen und überprüft, inwiefern sich relevante Konstrukte der volitionalen Phase in den Gesprächen zum Hautschutzverhalten wiederfinden ließen. Zu diesen als relevant erachteten Konstrukten zählen die *Intentionen* der Gesprächspartner zum Hautschutz sowie die identifizierten *Hindernisse und Barrieren* als auch die benannten *Umsetzungsstrategien* für Hautschutz sowie die *allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung*. Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung zusammengefasst. Im Anschluss hieran werden die Ergebnisse zu den induktiv gebildeten Hautschutzkategorien *Eincremen* mit ihren Unterkategorien *Hautschutzcreme* und *Hautpflegecreme* sowie *Schutzhandschuhe*, *Hautreinigung* und *Therapie* einzeln aufgegriffen und deren Entwicklung zu den vier Interviewzeitpunkten zusammengefasst und diskutiert, bevor die Erkenntnisse zu den oben beschriebenen relevanten Konstrukten der volitionalen Phase nach dem HAPA-Modell ebenso zusammengefasst und diskutiert werden.

1.1 Selbstwirksamkeitserwartung

Im Rahmen dieser Studie bildete der mittels des *Fragebogens zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung* (SWE) (Schwarzer/Jerusalem 1999) ermittelte Punktwert der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung die Basis für die Rekrutierung der Interviewpartner. Ziel war es, Interviewpartner mit hohen, mittleren und niedrigen Punktwerten in der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung zu interviewen, wobei als Referenzwert die Untersuchung von Schuhmacher et al. (2001) gewählt wurde. Auf diese Weise konnten drei Interviewpartner mit niedrigem SWE-Punktwert, zehn mit mittlerem SWE-Punktwert und ein Interviewpartner mit hohem SWE-Punktwert für die Untersuchung gewonnen werden. Im Rahmen der Interviewanalysen fiel auf, dass Äußerungen der Gesprächspartner, die sich auf ihre Selbstwirksamkeit beziehen, nicht immer deckungsgleich mit den erreichten Punktwerten in der SWE waren. Unter Umständen war die Ermittlung des Wertes der allgemeinen Selbstwirksamkeit zu ungenau. Möglicherweise hätten Ergebnisse eines

spezifisch auf den Bereich der berufsdermatologischen Selbstwirksamkeit abgestimmten Tests sich deutlicher in den Äußerungen der Interviewpartner widerspiegelt. Ein solches, hinreichend validiertes Instrument liegt bis dato jedoch nicht vor.

1.2 Eincremeverhalten

Dem Bereich des *Eincremens* mit den Unterkategorien *Hautschutzcreme* und *Hautpflegecreme* scheint zum Zeitpunkt der Aufnahme in das stationäre Heilverfahren noch wenig Aufmerksamkeit im Sinne des Hautschutzes geschenkt zu werden, denn von der Mehrheit der Interviewpartner wird entweder keine zuordenbare Aussage gemacht oder das Verhalten mit *entspricht nicht den dermatologischen Empfehlungen* bewertet (siehe Teil III, Kapitel 2.1.1 und Tabelle 11). Zudem fällt auf, dass die meisten Aussagen ohne Spezifizierung über die Art der Hautcreme, die jeweils verwendet wurde, gemacht wurden. Zum Zeitpunkt t1 kann folglich davon ausgegangen werden, dass die Trennung von Hautschutz- und Hautpflegecreme mit ihren unterschiedlichen Anwendungsbereichen den betroffenen Interviewpartnern noch nicht ausreichend bewusst ist. Diese Trennung in Hautschutzcreme und Hautpflegecreme wird in der Literatur zwar teilweise kritisch diskutiert, nach derzeitigem Kenntnisstand scheint diese Trennung jedoch angebracht (vgl. Nicholson et al. 2010, Fartasch et al. 2008, Winkler et al. 2007, Perrenoud et al. 2001). Mit der Entlassung aus dem stationären Heilverfahren (= t2) scheint hier eine Bewusstseinsänderung stattgefunden zu haben, denn fast alle Interviewten sehen in einer der Unterkategorien *Hautschutzcreme/*

Hautpflegecreme Verbesserungspotenzial und formulieren entsprechende Intentionen. Der überwiegende Teil der formulierten Intentionen zu diesem Zeitpunkt lässt sich als *konkrete Intention* einstufen wobei sich konkrete Intentionen zur Anwendung von Hautschutz- und konkrete Intentionen zur Anwendung von Hautpflegecreme in etwa die Waage halten. Auch die Verteilung, dass Intentionen zum Gebrauch von Hautschutzcreme überwiegend im beruflichen Bereich und Intentionen zum Gebrauch von Hautpflegecreme überwiegend im privaten Bereich formuliert werden, entspricht den dermatologischen Empfehlungen zum Anwendungszeitpunkt von Hautschutzcreme (während der Tätigkeit) und Hautpflegecreme (nach der Tätigkeit bzw. vor langen Pausen) (siehe Leitlinie Berufliche Hautmittel Fartasch 2008). Zudem verdeutlicht die formulierte Unterscheidung in *Hautschutzcreme* und *Hautpflegecreme* mit ihren getrennten Anwendungsbereichen, dass die Gesprächspartner durch das stationäre Heilverfahren sinnvolle Hautschutzmaßnah-

men im Bereich des Eincremens erfahren haben und auch bereit sind, diese zukünftig umzusetzen.

Im Rahmen der Interviews im Anschluss an die Arbeitskarenz (t3) konnten nur wenige Gesprächsabschnitte identifiziert werden, in denen explizit auf den Einsatz von Hautschutz- bzw. Hautpflegecreme eingegangen wurde. Dies ist in der Tatsache begründet, dass die Mehrzahl der Befragten das Eincremen während der Arbeitskarenz eher unter therapeutischen Aspekten betrachtete, so dass entsprechende Aussagen der Kategorie *Therapieverhalten* zugeordnet wurden. Generell wurden während der Zeit der Arbeitskarenz hautbelastende Tätigkeiten, die unter anderem einen Einsatz von Hautschutzcremes erforderlich gemacht hätten, von den Interviewpartnern weitestgehend vermieden. Dieses Verhalten entspricht den ärztlichen Empfehlungen für die Zeit der Arbeitskarenz, um der Haut eine möglichst vollständige Regeneration zu ermöglichen (vgl. Skudlik 2007, Diepgen 2012). Einige Gesprächspartner betonen generell ihre Eincremefrequenz erhöht zu haben, was wahrscheinlich auch mit der während der Arbeitskarenz fortzuführenden Therapiebemühungen im Zusammenhang zu sehen ist (Skudlik 2007, John/Skudlik 2006, John et al. 2005).

Während zum Zeitpunkt t3 in dem überwiegenden Teil der Gespräche ausschließlich Aussagen zum Einsatz von Pflege- und therapeutischen Cremes gemacht wurde und der Einsatz von Schutzcreme kaum Erwähnung findet, verändert sich das geschilderte Eincremeverhalten mit dem beruflichen Wiedereintritt: Nun wird vermehrt über den Einsatz von Hautschutz-, aber auch Hautpflegecreme berichtet. Diese Berichte verdeutlichen, dass der Umgang mit Hautschutz- und Hautpflegecreme im Rahmen des beruflichen Wiedereintritts von den Interviewpartnern überwiegend verbessert wurde. Folglich kann für die Kategorie *Eincremen* davon ausgegangen werden, dass durch das stationäre Heilverfahren bei den Gesprächspartnern eine Verbesserung im Eincremeverhalten erreicht werden konnte. Diese Verbesserung des Eincremeverhaltens konnte auch in Untersuchungen aus dem Bereich der ambulant-sekundären Individualprävention festgestellt werden (vgl. Schlesinger 2004, Klippel 2004), so dass sich die Frage stellt, ob Gesprächspartner, die im Vorfeld an einer ambulanten Schulungen teilgenommen haben, eventuell weniger Verbesserungspotenzial im Bereich des Eincremens für sich erkennen. Diese Annahme trifft für eine Gesprächspartnerin zu. So berichtet Frau M seit ihrer Teilnahme an einem SchuBerZ-Seminar ihr Eincremeverhalten optimiert zu haben und kein weiteres Verbesserungspotenzial für sich zu sehen. Alle übrigen im Vorfeld ambulant geschulten Gesprächspartner sehen in einem oder in beiden Bereichen Möglichkeiten zur

Optimierung. Hier scheint das stationäre Heilverfahren im Bereich des *Eincremens* die Funktion eines „Refresher-Kurses“ zu übernehmen. Schlesinger (2004) konnte in ihrer Untersuchung bereits Hinweise finden, dass eine solche „Nachschulung“ sich positiv auf das Hautschutzverhalten des Einzelnen auswirken kann.

1.3 Therapieverhalten

Zum Zeitpunkt der Aufnahme in das stationäre Heilverfahren beschränkt sich das therapeutisch ausgerichtete Verhalten bei akuter Hautveränderung weitestgehend auf den Einsatz steroidhaltiger Externa. Häufig wird dieser Cortisoneinsatz kritisch betrachtet und eher als „letzte Möglichkeit“ von den Gesprächspartnern eingesetzt. Es gibt jedoch auch Berichte, die deutlich machen, dass die Cortisoncreme wie eine Pflegecreme bzw. lange Zeit aufgrund mangelnder Aufklärung im Übermaß eingesetzt wurde, so dass die jetzigen Hautveränderungen teilweise auf diese Überdosierung zurückgeführt wird. Im Rahmen des stationären Heilverfahrens wird kortisonfreien Therapieverfahren der Vorrang gegeben, welche nach Möglichkeit auch während der Zeit der Arbeitskarenz fortgeführt werden sollen. In Abhängigkeit des Befundes können Externa mit Wirksubstanzen, z. B. in Form von Desinfektion, Juckreizhemmung, Erhöhung der Wasserbindungskapazität, Gerbstoffen oder Schieferölen, Teil des therapeutischen Konzepts sein (vgl. Skudlik 2007). Mit der Entlassung aus dem stationären Heilverfahren scheint die Mehrheit der Gesprächspartner von diesem Vorgehen überzeugt und will zukünftig bei akuten Hautverschlechterungen auf cortisonhaltige Externa verzichten und stattdessen die kennengelernten therapeutischen Alternativen einsetzen. Für die Gesprächspartner erforderte der Einsatz dieser therapeutischen Externa ein gewisses Know-how bezüglich der Einschätzung des momentanen Hautzustandes und der Auswahl und Dosierung des jeweilig angebrachten Externums. Diese Eigenverantwortung für das Handeln bei akuten Hautverschlechterungen wird von einigen Gesprächspartnern als emotional belastend erlebt, wie folgender Gesprächsausschnitt noch einmal verdeutlichen soll:

Also, die ersten zwei Tage, man hat jetzt ja da so seine Töpfchen, jetzt, wo dann drauf steht „Handrücken“, „Handinnenflächen“ und dann hab ich leider jetzt zu dem Zeitpunkt als ich nach Hause gefahren bin, das fing hier schon an, akut Bläschenalarm! Und das machte natürlich zu Hause auch nicht halt nur weil ich wieder zu Hause war. Da hab ich dann vor den Tiegeln gestanden ... Ach du Scheiße ... Jetzt hast Du gar keinen den Du fragen kannst, jetzt musst Du erst mal gucken. Und dann habe ich gedacht: So, jetzt erst mal ganz ruhig! Du kannst da nicht viel verkehrt machen! Jetzt machst Du's so wie Du es gelernt hast. So ganz konsequent so, ich sag mal wie so'n Schüler, der jetzt nach Schema-F anwendet.

Interview t3, Frau A, Zeile 6 ff.

Es zeigt sich, dass entsprechend der Definition von Franke (2009) das krankheitsspezifische Selbstmanagement zum Stressor werden kann, weil die mit der Situation konfrontierte Person die Situation als herausfordernd erlebt und nicht unmittelbar weiß, wie sie mit ihr umgehen soll. Der obige Gesprächsausschnitt verdeutlicht, dass es nicht das mangelnde Wissen ist, aus dem die Unsicherheit erwächst, sondern vielmehr die Sorge jetzt „allein und „eigenverantwortlich“ entscheiden zu müssen. Es wird deutlich, dass es bei dem Schulungsziel des krankheitsspezifischen Selbstmanagements nicht allein um verbessertes Wissen und Fertigkeiten geht, sondern entsprechend der Definition von Bleichhardt (2000) um eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit. Nur so kann eine sichere Umsetzung der Therapie – angepasst an die jeweiligen Bedürfnisse – gelingen. Zusätzlich stellt sich die Frage, ob das Schulungsziel *Verbesserung des krankheitsspezifischen Selbstmanagements* grundsätzlich für jeden Patienten anzustreben ist. Zwar deuten Untersuchungen zu Schulungsprogrammen, in denen Selbstmanagement und Empowerment vermittelt wurden, an, eine bessere Wirkung zu haben als Schulungen, die rein auf Compliance ausgerichtet waren (Ströbl et al. 2009), dennoch sollte weiter geforscht werden, in welchen Fällen dieses Schulungsziel sich im Einzelfall von der Resource zum Stressor wandelt. Im Rahmen dieser Untersuchung zeigte sich, dass die oben beschriebene anfängliche Unsicherheit hinsichtlich der richtigen Therapiemaßnahme überwunden werden konnte. Die ausgewählten therapeutischen Externa wurden als wirksam empfunden, sogar als wirksamer als die vom Arzt empfohlene Therapie, was sich positiv auf die Selbstwirksamkeit bzw. das krankheitsspezifische Selbstmanagement von Frau A auswirkte, wie folgender Textausschnitt verdeutlicht:

Ich habe es dann versucht mit dieser Schüttel-Tinktur. Das hat überhaupt nicht funktioniert. Also, da hab ich mir auch so ein paar Sachen aufgeschrieben, wo ich dann mit der Frau Doktor doch noch mal drüber sprechen muss. Und der (Name des Pflegers) hat mir dann freundlicherweise bevor ich gefahren bin noch so'n ganz kleinen Rest von dieser Zink-Paste, dieser Echtyol in Zinkpaste mitgegeben. Und dann habe ich es damit versucht. Das hat super geholfen. Das hab ich mir in der Apotheke dann einfach anrühren lassen. (...) und da habe ich ganz konsequent mitgekämpft. (...) Ja, und dann war das auch relativ, – na ja, schnell ist jetzt übertrieben-, aber man merkte dann es wurde nicht schlimmer sondern es wurde wieder besser.

Interviewer Es war für Sie dann „in den Griff zu kriegen“?

Frau A: Ja, ja. Richtig!
Interview t3, Frau A, Zeile 8 ff.

Insgesamt steht die (eigenverantwortliche) Fortführung der Therapie während der Arbeitskarenz für die meisten Befragten im Vordergrund. Situationen, in denen *Hautschutz* im eigentlichen Sinne notwendig wurde, werden kaum erwähnt. Dies entspricht den Vorga-

ben zum Ablauf der TIP-Maßnahme (vgl. Skudlik/John 2006), da hautschädigende Tätigkeiten zur vollständigen Konsolidierung der Hautbarriere in dieser Phase möglichst vermieden werden sollen (vgl. Skudlik 2007, Schürer/Schwanitz 2004). Folglich sind in der Zeit der Arbeitskarenz klassische Hautschutzmaßnahmen, wie z. B. der richtige Einsatz von Schutzhandschuhen oder Hautschutzcremes, kaum von Bedeutung.

Mit der Rückkehr in den beruflichen Alltag berichten viele Gesprächspartner über vermehrt auftretende Hautveränderungen, wie z. B. Bläschen und Risse, so dass in vielen Gesprächen der adäquate Umgang mit diesen akut aufgetretenen Hautverschlechterungen in den Mittelpunkt rückt. Ein Teil der Gesprächspartner erlebt sich in diesem Zusammenhang als kompetenter, was den Umgang und die Behandlung der akuten Hautveränderungen betrifft. Für einige dieser Gesprächspartner führt diese, als verbessert erlebte krankheitsspezifische Handlungskompetenz jedoch nicht zu einem subjektiv befriedigenden Befund des Hautzustands. Diese Unzufriedenheit führt in zwei Fällen zur Zielentbindung von der zuvor intendierten cortisonfreien Therapie. Alle anderen betonen, trotz der geäußerten Enttäuschung über den als unzureichend empfundenen Hautzustand an den bisherigen Empfehlungen festhalten zu wollen. Hier stellt sich die Frage, wie lange das gewünschte Verhalten trotz der Enttäuschung im Bereich der Handlungsergebniserwartung noch beibehalten wird. Denn im Rahmen dieser postaktionalen Handlungsbewertung können Realisierungsversuche, die als misslungen interpretiert werden, durchaus abträglich auf die Volitionsstärke wirken und damit die Wahrscheinlichkeit einer postaktionalen Zielentbindung (= Disengagement) erhöhen (Schwarzer 2004). Um hier zu einer klaren Aussage zu kommen, wären weitere spätere Interviewtermine (z. B. nach einem halben Jahr oder Jahr) sinnvoll gewesen.

1.4 Schutzhandschuhe

Zum Zeitpunkt der Aufnahme in das stationäre Heilverfahren deuten die generierten Antwortkategorien zum Umgang mit Schutzhandschuhen darauf hin, dass das Verhalten in diesem Bereich bei fast allen Interviewpartnern den dermatologischen Empfehlungen entspricht oder teilweise entspricht. Folglich scheint dieser Bereich bei den Interviewpartnern am ehesten als eine Möglichkeit des Hautschutzes betrachtet und mit entsprechender Aufmerksamkeit versehen worden zu sein. Zum Zeitpunkt t1 scheint somit nur wenig Potenzial für eine Verhaltensverbesserung im Umgang mit Schutzhandschuhen möglich zu sein. Bei der Entlassung aus dem stationären Heilverfahren wird dieser Eindruck durch die formulierten Intentionen zum Einsatz von Schutzhandschuhen jedoch widerlegt. Bis

auf einen Interviewpartner formulieren alle weiteren mehr oder weniger konkrete Absichten zum verbesserten Hautschutz durch Schutzhandschuhe. Bemerkenswert erscheint, dass auch Interviewpartner, deren Verhalten zum Zeitpunkt t1 mit *entspricht den dermatologischen Empfehlungen* beurteilt wurde, sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich *konkrete* Verbesserungspotenziale zum Umgang mit Schutzhandschuhen für sich benennen. Für den privaten Bereich wird vornehmlich intendiert generell mehr Handschuhe einzusetzen zu wollen. Im beruflichen Bereich sollen öfter die Handschuhe gewechselt werden sowie andere, geeignetere Schutzhandschuhe eingesetzt werden. Hier konnte das stationäre Heilverfahren offensichtlich zur Aufdeckung von Optimierungsmöglichkeiten im Bereich der Handschuhe beitragen.

Während der Arbeitskarenz deuten die identifizierten Aussagen vieler Interviewpartner darauf hin, dass während dieser Zeit vermehrt Handschuhe für häusliche Tätigkeiten eingesetzt werden. Zentraler ist aber für die Mehrheit der Gesprächspartner der Einsatz von Baumwollhandschuhen zur Unterstützung der therapeutischen Maßnahmen (z. B. Förderung der epidermalen Aufnahme von aufgetragenen Externa), aber auch zur Konsolidierung des Hautbefundes, z. B. als Schutz vor mechanischen Einflüssen. Dieser Einsatzbereich der Baumwollhandschuhe entspricht dem Vorgehen während des stationären Heilverfahrens.

Mit Eintritt in den beruflichen Alltag nimmt die Bedeutung der Handschuhe als Schutz vor hautbelastenden Tätigkeiten zu. Baumwollhandschuhe werden jetzt überwiegend als Unterziehhandschuh eingesetzt. Ebenfalls nehmen Berichte über Handschuhwechsel im Vergleich zur Zeit der Arbeitskarenz zu. Der vermehrte Handschuhwechsel wird meist damit begründet, Mazerationserscheinungen an den Händen möglichst gering halten zu wollen. Dass im Rahmen der beruflichen Tätigkeit mehr über Handschuhwechsel berichtet wird als in der Phase der Arbeitskarenz, wird in der Tatsache begründet liegen, dass hautbelastende Tätigkeiten, welche einen Handschuheinsatz erfordern, während der Arbeitskarenz weitestgehend vermieden werden. Entsprechend reduziert sich die Notwendigkeit, Handschuhe zu wechseln.

Die eingesetzten Schutzhandschuhe basieren auf der Empfehlung aus der Handschuhsprechstunde während des stationären Heilverfahrens. Mehrere Interviewpartner berichten, dass sich diese empfohlenen Schutzhandschuhe in der beruflichen Praxis bewährt haben. Die herangezogenen Kriterien für diese Einschätzung sind sehr individuell und von persönlichem Empfinden und der ausgeübten Tätigkeit abhängig. *Harte* Kriterien, wie

z. B. die chemische Beständigkeit oder die Reißfestigkeit, werden von den Gesprächspartnern nicht als Kriterium benannt. Hier zeigt sich, dass die individuelle Beratung bei der Handschuhwahl während des stationären Heilverfahrens unabdingbar ist, denn nur so kann es gelingen, die von Boman et al. (2006) bei der Handschuhwahl zu berücksichtigenden „harten Kriterien“ mit den individuellen Ansprüchen der Patienten abzustimmen und auf diese Weise eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit den Schutzhandschuhen und damit auch deren regelmäßigen Einsatz zu gewährleisten.

1.5 Hautreinigung

Der Bereich der Hautreinigung scheint zum Zeitpunkt der Aufnahme in das stationäre Heilverfahren der Mehrheit der Gesprächspartner noch nicht als eine Säule des Hautschutzes bewusst zu sein. Ähnlich wie in der Kategorie *Eincremen* wird hier von der Mehrheit der Interviewpartner entweder keine zuordenbare Aussage gemacht, was darauf schließen lässt, dass dieser Bereich bei den Betroffenen als Möglichkeit zum Hautschutz bisher nicht erkannt wurde, oder das Verhalten mit *entspricht nicht den dermatologischen Empfehlungen* bewertet. Als Gründe für eine unzureichend schonende Hautreinigung konnten *mangelnde Unterstützung am Arbeitsplatz* und *Unverträglichkeit des Desinfektionsmittels*, aber auch *Unwissenheit* ermittelt werden. Der Bereich der *Unwissenheit* wird auch in der Literatur zur Patientenschulung diskutiert. Petermann (1997) sieht im mangelnden Krankheitswissen (hier z. B. die Auswirkungen von schädigendem Hautreinigungsverhalten) die Ursache dafür, dass medizinisch sinnvolle Maßnahmen nicht ausgeführt würden. Von den drei Gesprächspartnern, deren Hautreinigungsverhalten mit *entspricht nicht den dermatologischen Empfehlungen* beurteilt wurde, hatten zwei im Vorfeld an einer Hautschutzschulung teilgenommen, so dass die fehlende Teilnahme an einer Hautschutzschulung nicht in jedem Fall für ein unzureichend schonendes Hautreinigungsverhalten verantwortlich gemacht werden kann.

Zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem stationären Heilverfahren wird das bisherige Defizit in der Kategorie *Hautreinigung* mehrheitlich erkannt: Alle Gesprächspartner, die hier mit *entspricht nicht den dermatologischen Empfehlungen* bewertet wurden oder sich zur Hautreinigung nicht äußerten, formulierten zumeist konkrete Intentionen zur Optimierung dieses Bereiches. Überwiegend werden diese Intentionen zur Hautreinigung im beruflichen Bereich formuliert, für den privaten Bereich äußern nur zwei Gesprächspartner, Verhaltensänderungen zu intendieren. Das stationäre Heilverfahren konnte den Gesprächspartnern folglich Verbesserungspotenziale vor allem für den Bereich der beruflichen Haut-

reinigung aufzeigen und sie insoweit überzeugen, dass entsprechende Intentionen zur (beruflichen) Hautreinigung formuliert wurden. Diese Schlussfolgerung bestätigt sich bei der Betrachtung der Arbeitskarenz, denn nur zwei Interviewpartner berichten über eine Verhaltensänderung im Bereich der Hautreinigung während dieser Zeit. Dies erscheint insoweit verständlich, als dass während der Zeit der Arbeitskarenz insgesamt nur wenig oder keine Situationen, die eine außerordentliche Hautreinigung aufgrund von Verschmutzungen oder hygienischen Anforderungen erfordern, vorkommen sollten.

Im Zusammenhang mit dem beruflichen Wiedereinstieg nehmen die Schilderungen zum Hautreinigungsverhalten zu, allerdings nicht in dem Maße wie es z. B. in der Kategorie *Handschuhe* der Fall war.¹⁷ Zwei Erklärungsmöglichkeiten könnten hier ursächlich sein. Zum einen ist es möglich, dass den Gesprächspartnern die schonende Hautreinigung nach wie vor nicht als ein wirksamer Bereich des Hautschutzes bewusst ist. Die andere Möglichkeit ist, dass die schonende Hautreinigung bereits in eine routinemäßige Handlung überführt wurde und daher als „normal“ und nicht mehr als verändertes (Hautschutz-)verhalten wahrgenommen wird.

Wird über Probleme im Bereich der schonenden Hautreinigung berichtet, beziehen sich diese auf die Regel: *Weniger waschen – mehr Desinfizieren*. Hier erläutern einige Gesprächspartner Schmerzen beim Desinfizieren aufgrund von neuen oder noch bestehenden Hauterscheinungen zu haben. In einem anderen Fall wird ein Mangel an ausreichenden Waschmöglichkeiten während der beruflichen Tätigkeit beklagt, welcher es in der Folge erschwert, Hautschutzmaßnahmen wie *Handschuhe* und *Hautschutzcreme* auf sauberer und trockener Haut anzuwenden.

Zur Kategorie *Hautreinigung* lässt sich festhalten, dass durch das stationäre Heilverfahren bei einigen Gesprächspartnern ein verbessertes Bewusstsein für eine schonende Hautreinigung erreicht werden konnte. Im Vergleich zur Kategorie *Handschuhe* äußern sich allerdings weniger Gesprächspartner über ihr Hautreinigungsverhalten im Anschluss an das stationäre Heilverfahren, so dass in einigen Fällen unklar bleibt, ob tatsächlich ein ausreichend schonendes Hautreinigungsverhalten praktiziert wird.

¹⁷ Über den Einsatz von Schutzhandschuhen während des beruflichen Wiedereintritts berichten alle 13 t4-Interviewpartner, über das berufliche Reinigungsverhalten berichten zum Zeitpunkt t4 etwa die Hälfte der Gesprächspartner.

1.6 Intentionen

Im HAPA-Modell beendet der Wille zur Verhaltensänderung die Phase der Motivation und ermöglicht den Übertritt in die (postintentionale) volitionale Phase, in der das intendierte Verhalten geplant, aufgenommen und möglichst beibehalten werden soll.

Bei der Entlassung aus dem stationären Heilverfahren formuliert die Mehrheit der Interviewpartner Intentionen zu Verbesserung ihres Hautschutzverhaltens in mindestens einer der Kategorien *Eincremen*, *Schutzhandschuhe*, *Hautreinigung* und *Therapie*. Besonders bemerkenswert erscheint, dass die Interviewpartner, deren Verhalten in einer oder mehreren Bereichen mit *entspricht den dermatologischen Empfehlungen* bewertet wurde, durch das stationäre Heilverfahren offensichtlich doch weitere Optimierungsmöglichkeiten kennengelernt haben und auch die Bereitschaft haben, diese umzusetzen. Dies gilt insbesondere für die Kategorie *Schutzhandschuhe*. Aber auch diejenigen Interviewpartner, deren Hautschutzverhalten in einzelnen oder mehreren Kategorien mit *entspricht nicht den dermatologischen Empfehlungen* beurteilt wurde, konnten durch das stationäre Heilverfahrens Anregungen zur Verhaltensoptimierung sammeln und formulierten entsprechende Intentionen. Besonders deutlich ist dies in der Kategorie *Hautreinigung*: Alle Gesprächspartner, die hier mit *entspricht nicht den dermatologischen Empfehlungen* bewertet wurden oder sich zur Hautreinigung nicht äußerten, formulierten zumeist konkrete Intentionen zur Optimierung dieses Bereiches. Eine Ausnahme bilden hier Frau H und Herr E, deren Äußerungen teilweise schwierig zu interpretieren waren, so dass zum Zeitpunkt t2 nicht in letzter Konsequenz beurteilt werden kann, welches Verhalten sie künftig anstreben.

Im Bereich der *Therapie* wurde in den t2-Gesprächen erneut deutlich, dass der Einsatz von cortisonhaltigen Externa eher negativ bewertet wird und die kennengelernten Behandlungsalternativen bevorzugt werden, so dass die Mehrheit angibt, zukünftig die (cortisonfreien) Behandlungsalternativen einsetzen zu wollen.

Die Darstellungen des Hautschutzverhaltens nach dem beruflichen Wiedereinstieg deuten darauf hin, dass mehrheitlich die Umsetzung des intendierten Hautschutzverhaltens gelingt. Zahlreiche Untersuchungen (z. B. Orbell/Sheran 1998, Abraham/Sheeran 2000, Scholz/Sniehotta 2004, Lippke/Wiedemann 2007, Wiedemann 2009) konnten belegen, dass die Intentionen-Verhaltenslücke am besten durch Handlungs- und Bewältigungspläne überwunden werden kann. Aus diesem Grund wurde zusätzlich überprüft, ob konkret formulierte Intentionen (Schilderungen der Intentionen wurden mit Handlungs- und/oder Bewältigungsplanung verknüpft) erfolgreicher umgesetzt wurden als Intentionen, die eher

vage formuliert wurden. Im Rahmen dieser qualitativen Untersuchung konnte hierfür kein Zusammenhang hergestellt werden, denn häufig wurden auch Intentionen umgesetzt, die zumindest während der Interviews nicht weiter durch Handlungs- und/oder Bewältigungspläne konkretisiert wurden. Zwei mögliche Gründe sollen hier zur Diskussion gestellt werden: Zum einen werden die im Rahmen des stationären Heilverfahrens individuell empfohlenen Hautschutzmaßnahmen direkt in einem entsprechenden Hautschutzplan festgehalten und im Abschluss-Modul des gesundheitspädagogischen Hautschutzseminars mit den Patienten besprochen. Dieser Hautschutzplan hat die Funktion eines *Handlungsplans* (z. B. „Hautschutzcreme XY vor der Tätigkeit und nach dem Händewaschen auftragen“) und soll die Umsetzung der Hautschutzintentionen fördern (siehe Teil I, Kap. 5.3 ff.). Die Hautschutzpläne lösen möglicherweise den gewünschten Automatismus zwischen Eintreffen der relevanten (Hautschutz-)situation und Ausführen der Handlung aus (vgl. Schwarzer 2004, Lippke/Wiedemann 2007), unabhängig davon, ob im Rahmen des Interviews die Hautschutzintentionen mit Handlungs- und/oder Bewältigungsplänen konkretisiert wurden.

Ein weiterer Grund könnte in der gewählten Methode des „problemzentrierten Interviews“ begründet liegen. Einige Gesprächspartner taten sich schwer, Antworten auf die offen gestellten Fragen zu ihrem intendierten Verhalten zu formulieren. Folglich bedeutet eine vage formulierte Intention nicht in jedem Fall, dass der Gesprächspartner keine Überlegungen zur Ausführung der Intention angestellt hatte. Vielmehr liegt das Problem für einige Interviewte darin, die gedankliche Planung gegenüber der Interviewerin in konkrete Formulierungen zu überführen. Hier hätten Antwortvorgaben durch die Interviewerin erfolgen können, die allerdings den narrativen Charakter der Methode gefährdet hätten und die Vergleichbarkeit der Interviews eingeschränkt hätte. Denn wäre es in einzelnen Fällen aufgrund von Formulierungsschwierigkeiten bei betroffenen Gesprächspartner zu mehr Antwortvorgaben von Seiten der Interviewerin gekommen, wäre unklar gewesen, welche Verhaltensmaßnahmen tatsächlich vom Gesprächspartner selbst intendiert und welche nur aufgrund der Interviewvorgabe angegeben wurden. An dieser Stelle zeigt sich deutlich die Grenze der Methode, die voraussetzt, dass die ausgewählten Gesprächspartner in der Lage sind, ihre Gedanken und Absichten verbal zu kodieren. Diese Voraussetzung kann jedoch dennoch nicht in jedem Fall als Ausschlusskriterium für die Interviewteilnahme betrachtet werden, da andersherum Erkenntnisse, die nur durch Personen mit diesen Schwierigkeiten aufgedeckt werden können, verloren gingen. Für diese Untersuchung konnte z. B. festgestellt werden, dass auch, wenn Intentionen nur unzureichend formuliert werden (können), dennoch in weiten Teilen die Umsetzung des gewünschten Hautschutz-

verhaltens gelingt (siehe Herr E). Zudem sind in der qualitativen Forschung diese abweichenden Fälle von besonderem Interesse, da sie die Theorieentwicklung vorantreiben können (Lamnek 2005, Hopf 1998).

1.7 Quellen der Information und Motivation zum Hautschutz

Als Quelle der *Motivation für ein verbessertes Hautschutzverhalten* diene der Mehrheit der Gesprächspartner offensichtlich das Hautschutzseminar. In diesem Zusammenhang betonen einige Gesprächspartner, wie nachhaltig die anschauliche Darstellung der Inhalte sie beeindruckt hatte. Die Ausführungen zeigen deutlich, dass z. B. durch die Darstellung der Wirkung von hautschädigenden und hautschonenden Reinigungsmaßnahmen mittels kleiner Experimente ein Ich-Bezug zum eigenen Hautschutzverhalten hergestellt – und nachhaltig Einfluss auf die Risikowahrnehmung und Handlungsergebniserwartung (Schwarzer 2004) genommen werden konnte (siehe Teil III, Kap. 2.2.5). Hier bestätigen sich die von Bott (2000) und Kießling-Sonntag (2003) postulierten Faktoren für die richtige Medienauswahl, die einen Schwerpunkt auf Anregungsgehalt und Anschaulichkeit legt und weniger die Einbeziehung möglichst vieler Sinneskanäle hervorhebt. Gleichzeitig wird deutlich, dass die „richtige“ didaktische Entscheidung elementar für das Erreichen der Schulungsziele (hier Motivation zu einem verbesserten Hautschutzverhalten) ist. Diese Erkenntnis unterstützt die Forderung nach Schulungsleitern, die über profunde didaktisch-pädagogische Kenntnisse verfügen und nicht allein über medizinisches Fachwissen (vgl. Wulfhorst 2006).

1.8 Pre-/Postvergleich der Selbsteinschätzung im Hautschutzverhalten

Insgesamt deutet der t1-t4-Vergleich darauf hin, dass die Interviewpartner mit ihrem Hautschutzverhalten im Durchschnitt zufriedener sind: Kein Gesprächspartner beurteilt sein Verhalten mehr mit „schlechter als 3“, etwa die Hälfte der Gesprächspartner empfindet ihr Hautschutzverhalten als verbessert, fünf beurteilen ihr Hautschutzverhalten zu beiden Zeitpunkten gleich. Bei der Betrachtung der Interviews scheinen zwei Aspekte maßgeblich für die Bewertung des eigenen Hautschutzverhaltens. Zum einen die empfundene Selbstwirksamkeit. So zeigt sich z. B. im Fall von Herrn C, dass eine selbstbewusste Einstellung zum Hautschutz sich positiv auf das Hautschutzverhalten auswirkt, *„Aber ich muss ja auf mich selber achten und auf keinen anderen! Das andere ist mir eigentlich egal“* (Interview

t4, Herr C, Zeile 35). Es wird deutlich, dass die selbstbewusste Haltung zur konsequenten Umsetzung des Hautschutzes beiträgt, denn ein „Nicht-Eincremen“: *„Das hat es bei mir bis jetzt noch nicht gegeben!“* (Interview t4, Herr C, Zeile 33). Hingegen scheint eine geringe Selbstwirksamkeit eher zu Unzufriedenheit mit dem eigenen Hautschutzverhalten beizutragen, wie der folgende Gesprächsausschnitt verdeutlicht.

Interviewer: Was glauben Sie müssten Sie noch besser machen um sich selber eine zwei oder eine Eins geben könnten?

Herr I: Ja, ... Vielleicht nicht so viel nachdenken über andere Leute, was die jetzt denken, wenn ich jetzt was mache, wieso und warum ... Das einfach durchziehen! Und das machen! Weil je mehr man nachdenkt und macht und erklären muss, desto weniger kommt man vorwärts. (...)
Interview t4, Herr I, Zeile 72 ff.

Zusätzlich scheint bei der Selbsteinschätzung des Hautschutzverhaltens die Zufriedenheit mit dem Hautzustand in die Bewertung mit einzufließen. Diejenigen, die ihr Hautschutzverhalten mit „2“ oder „3“ beurteilen, können nur selten konkrete Hautschutzmaßnahmen benennen, die sie verbessern müssten, um sich selbst eine „1“ geben zu können. Häufig scheint ein als unzureichend empfundener Hautzustand dazu zu führen, dass eigene Hautschutzverhalten schlechter zu bewerten, entsprechend der Kognition: *„Wenn meine Haut noch so schlecht ist, muss ich wohl irgendwas falsch machen!“*. Dieser Zusammenhang ist aber zumindest für die schwere Form des Handekzems nicht zutreffend, wie die Leitlinien zum Management von Handekzemen (2008) deutlich machen.

Beide ermittelten Einflussfaktoren machen den Bedarf für weiterführende pädagogische Intervention deutlich: Es erscheint notwendig, die Rehabilitanden konkreter auf mögliche Rückschläge im Hautbefund vorzubereiten, da diese insbesondere bei schweren Formen des Handekzems, welche im Rahmen des stationären Heilverfahrens die Regel sind, häufig vorkommen (vgl. Skudlik 2007, Leitlinien zum Management von Handekzemen 2008). Folglich sind bei schweren chronischen Handekzemen auftretende Rezidive selten ein Ausdruck mangelnder Hautschutzbemühungen des Betroffenen. Diese Erkenntnis muss den Betroffenen bekannt sein, um keine falschen Rückschlüsse zu ziehen und die erlebte Selbstwirksamkeit und damit das bereits etablierte Hautschutzverhalten zu gefährden.

1.9 Barrieren und Hindernisse

Im Rahmen der Interviewanalyse wurde ermittelt, welche Barrieren und Hindernisse von den Gesprächspartnern erlebt wurden. Hier konnten drei Gruppen von Hindernissen/Barrieren generiert werden:

Gruppe 1: Hindernisse, die auf der Verhaltensebene des Interviewpartners gesehen werden. Hierunter wurden Antworten subsummiert, die darauf schließen lassen, dass der Gesprächspartner das Hindernis eher im eigenen Verhalten oder in der eigenen Persönlichkeit sieht.

Gruppe 2: Hindernisse, die in den Verhältnissen wie z. B. im sozialen Umfeld des Interviewpartners gesehen werden, und die der Interviewpartner als nur schwer beeinflussbar erlebt.

Gruppe 3: Hindernisse, die in der Hautschutzmaßnahme selbst begründet liegen, wie z. B. Handschuhe, die als ungeeignet empfunden werden, Desinfektionsmittel, die als hautunverträglich empfunden werden.

Betrachtet man alle vier Untersuchungszeitpunkte hinsichtlich der von den Gesprächspartnern benannten Hindernisse und Barrieren, fällt auf, dass zu allen Zeitpunkten Barrieren aus dem Bereich *Verhältnisse* (Gruppe 2) überwiegen. *Zeitdruck/Stress* macht hier den größten Anteil der Nennungen aus. Diese Barriere konnte offensichtlich durch das stationäre Heilverfahren nicht ausreichend bearbeitet werden, denn zum Zeitpunkt t4 ist die Zahl der Nennungen zu *Zeitdruck/Stress* im Vergleich zum Zeitpunkt t1 angestiegen (acht Nennungen zu t1 im Vergleich zu zehn Nennungen zu t4).

Anders verhält es sich bei Barrieren der Gruppe 3, unter welche Hindernisse subsummiert werden, die in der Hautschutzmaßnahme als solche begründet sind: Zum Zeitpunkt t1 entfallen zehn Nennungen auf diese Gruppe. Zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem stationären Heilverfahren und während der Arbeitskarenz antizipiert kaum ein Gesprächspartner in diesem Bereich Barrieren. Hier scheint das stationäre Heilverfahren durch Austausch von Hautschutzprodukten und individuelle Abstimmung von Hautschutzmaßnahmen die Gesprächspartner insoweit überzeugt zu haben, dass keine Probleme in diesem Bereich für die Zukunft angenommen bzw. während der Arbeitskarenz erlebt werden. Mit dem beruflichen Wiedereinstieg steigt die Zahl der Nennungen an, bleibt jedoch unterhalb der Anzahl der Nennungen zum Zeitpunkt der Aufnahme in das stationäre Heilverfahren.

Zum Zeitpunkt t4 berichten einige Gesprächspartner, die angewendeten Hautschutzmaßnahmen als hinderlich für die berufliche Tätigkeit empfunden zu haben. Ebenfalls kommt es zu Problemen mit Unverträglichkeiten von empfohlenen Schutzmaßnahmen (Schwitzen in Schutzhandschuhen, Unverträglichkeiten von Desinfektionsmitteln bei erneuten oder bestehenden Hautveränderungen). Hier besteht die Gefahr, dass im Rahmen der subjektiven Handlungsbewertung sich die Erkenntnis durchsetzt, die Hautschutzmaßnahmen behindern die berufliche Tätigkeit stärker als zuvor gedacht, die Verbesserung im Hautzustand bleibt jedoch hinter den Erwartungen zurück. In solchen Fällen wird das Hautschutzverhalten wahrscheinlich langfristig der Zielentbindung anheimfallen (Schwarzer 2004).

Barrieren die in der eigenen Person bzw. im eigenen Verhalten zu verorten sind (= Gruppe 1), machen zum Zeitpunkt t1, t2 und t4 den geringsten Anteil der Nennungen aus. Lediglich in der Phase der Arbeitskarenz (t3) sind es fünf Nennungen, wobei hier ausschließlich *Vergesslichkeit* und *Müdigkeit* genannt wurden, die einzelne Gesprächspartner vom Hautschutz abhielten. *Vergesslichkeit* bleibt zu allen Interviewzeitpunkten die häufigste Nennung der Gruppe 1. Betrachtet man die Barriere *Vergesslichkeit* aus dem Blickwinkel des HAPA-Modells, so lässt sich *Vergesslichkeit* dem Bereich der *unzureichenden Handlungskontrolle* zuordnen (Schwarzer 2004). Ein Mangel an Handlungskontrolle bedeutet, dass zu wenig Aufmerksamkeit für die Umsetzung des Hautschutzverhaltens aufgebracht wird und es so zu einer Vernachlässigung des Hautschutzes kommt. Entsprechend kann mangelnde Handlungskontrolle als Barriere für Hautschutzverhalten betrachtet werden.

Zum Zeitpunkt t1 lässt sich als weitere Barriere der Gruppe 1 (eigenes Verhalten bzw. eigene Person) *mangelnde Volitionsstärke* als Hindernis für Hautschutz bei mehreren Gesprächspartnern aufdecken. In diesem Zusammenhang wird über Nachlässigkeit oder eigene Faulheit berichtet, die der Umsetzung von Hautschutz vor der Aufnahme in das stationäre Heilverfahren im Wege waren. Zum Zeitpunkt t2 werden *Vergesslichkeit* und *mangelnde Volitionsstärke* als antizipiertes Hindernis für Hautschutzmaßnahmen hingegen kaum benannt. Stattdessen gewinnt die *mangelnde Selbstwirksamkeit* als antizipiertes Hindernis für zukünftiges Hautschutzverhalten an Bedeutung. Den Gesprächspartnern wird offensichtlich klar, dass für die Durchsetzung der Maßnahmen gegenüber „*Distraktoren*“ wie Arbeitgebern oder Patienten/Kunden ein selbstbewusstes Auftreten notwendig ist, aber auch die Erkenntnis da sein muss: „Ich und deswegen auch meine Haut und der Hautschutz sind wichtig!“.

Im Rahmen der aktionalen Phase ist nach den Modellvorstellungen im HAPA die Abschirmung des Verhaltens gegenüber Distraktoren wichtig, welche von Schwarzer (2004) auch als *Handlungsausführungskontrolle* bzw. von Scholz/Sniehotta (2006) als *Handlungskontrolle* bezeichnet wird (siehe Teil I, Kap. 5.4.2). Mangelnde Handlungskontrolle – z. B. begründet in *Konzentration auf die Arbeit* – führt zum *Vergessen* der jeweiligen Hautschutzmaßnahme, was auch in den Äußerungen der Interviewpartner wiederzufinden ist. Scholz/Sniehotta (2006) konnten nachweisen, dass *Handlungskontrolle* ein Prädiktor für die Umsetzung und Aufrechterhaltung eines intendierten Verhaltens ist. Fehlt diese Handlungskontrolle, so kann dies als *Barriere* für das intendierte Verhalten verstanden werden.

1.10 Umsetzungsstrategien

In der Gesamtbetrachtung des Bereichs *Umsetzungsstrategien* lässt sich festhalten, dass alle Gesprächspartner sich Gedanken zur Umsetzung ihrer Hautschutzmaßnahmen in unterschiedlicher Qualität gemacht haben. In der Mehrheit der Fälle handelt es sich nicht um eine Handlungsplanung im Sinne von Wann-Wie-Wo-Plänen sondern eher um *Ausführungsintentionen* (Schwarzer 2004), welche die Struktur haben: „Wenn die Situation X eintritt, werde ich die Handlung Y ausführen.“ Die Überlegungen zur Umsetzung erfolgen mehrheitlich nicht schriftlich. Ausnahmen bildeten die Gesprächspartner, die die Broschüre *Hautschutz für mich* einsetzten und hier die entsprechenden Arbeitsblätter zur Planung des Hautschutzverhaltens ausfüllten. Insgesamt wird von sechs der 14 Interviewpartnern berichtet, die Broschüre *Hautschutz für mich* genutzt zu haben, wobei vier von ihnen angeben, in der Broschüre auch schriftlich gearbeitet zu haben.

Für viele Interviewpartner ist eine zentrale Umsetzungsstrategie die *Verbesserung der Verfügbarkeit von Hautschutzmitteln*, die zum Zeitpunkt t2 von über der Hälfte der Interviewpartner benannt wird. Zum Zeitpunkt t3 geben sechs Interviewpartner an, die bessere Verfügbarkeit auch erreicht zu haben. Zu diesem Zweck wurden die Gesprächspartner meist selbst tätig (Hautschutzmittel werden an strategisch günstigen Punkten verteilt oder am Körper mitgeführt). In einigen Fällen wird auch der Arbeitgeber in der Verantwortung für eine verbesserte Verfügbarkeit von Hautschutz gesehen.

Es gibt auch einige Schilderungen zur *Einforderung sozialer Unterstützung*, um die Hautschutzmaßnahmen umsetzen zu können. Dabei geht es sowohl um materielle Unterstützung als auch um Unterstützung bei der Planung der Hautschutzmaßnahmen.

Wie bereits eingangs erwähnt, lässt sich in den Gesprächen meist keine eindeutige Bewältigungsplanung identifizieren. Dennoch werden bei den Überlegungen zur Umsetzung auch teilweise antizipierte Barrieren mit bedacht. Hier ist es vor allem die Barriere „Vergessen“, die durch die Umsetzungsstrategie *verbesserte Verfügbarkeit* berücksichtigt wird. Vereinzelt kommt es zu Bewältigungs- bzw. Copingstrategien, die die persönliche Ebene betreffen, wie mangelnde Selbstwirksamkeit („*Muss mehr an mich denken*“) oder die Ebene der Verhältnisse zum Bereich *Stressabbau* .

Zum Zeitpunkt t4 mehren sich die Schilderungen zu Problemen bei der Umsetzung von Hautschutzmaßnahmen, zu denen keine Lösungsstrategien formuliert werden. Hier konnte die Patientenbroschüre *Hautschutz für mich* auch nicht die nötige Hilfestellung geben, denn Herr I, der als einziger angibt, sämtliche Arbeitsblätter der Broschüre bearbeitet zu haben, berichtet gleichzeitig über besonders viele ungelöste Anwendungsprobleme, vor allem im beruflichen Hautschutz. Es scheint, dass in diesem Fall die Unterstützung der volitionalen Prozesse durch Planungshilfen in Form von Arbeitsblättern, wie sie in der Broschüre *Hautschutz für mich* angelegt sind, nicht ausreicht. Warum im Fall von Herrn I trotz der Verwendung schriftlicher Handlungs- und Bewältigungspläne viele Anwendungsschwierigkeiten bestehen bleiben, kann im Rahmen dieser Untersuchung nicht zur Gänze geklärt werden. Die weiterführenden Interviewanalysen deuten an, dass die pessimistische Grundhaltung von Herrn I, welche vor allem in der Angst um den Arbeitsplatz begründet liegen könnte, aber auch der weiterhin alternierende Verlauf der Hauterkrankung sich negativ auf die Darstellung und Wahrnehmung seiner Hauterkrankung und Hautschutzbemühungen auswirken. Ob sie einen und wenn ja, welchen Anteil diese Faktoren an den Anwendungsschwierigkeiten von Herrn I haben, lässt sich durch diese Untersuchung nicht abschließend klären.

2 Rückführung zu den Forschungsfragen

Zentrales Anliegen dieser Arbeit war die Beantwortung der eingangs in Teil II, Kapitel 1.1 und 1.2 dargelegten Forschungsfragen. Im Folgenden sollen zunächst die fünf untergeordneten Forschungsfragen der beiden Themenfelder durch Rückgriff der Ergebnisse aus den Interviewanalysen beantwortet und ggf. entsprechende Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Die Beantwortung der den beiden Themenfeldern übergeordneten Forschungsfragen erfolgt im Rahmen des Kapitels 4.

2.1 Themenfeld 1: Hautschutzverhalten

Im Zentrum dieses Themenfeldes steht das Hautschutzverhalten der Interviewpartner. Für die Präzisierung dieses Themenfeldes wurden drei Forschungsfragen gebildet, die darauf abzielen, den Prozess der Verhaltensänderung im Bereich des Hautschutzes im Einzelfall besser zu verstehen. Im Folgenden werden die Forschungsfragen dieses Themenfeldes erneut aufgegriffen und durch den Rückgriff auf die im Vorfeld dargestellten Ergebnisse beantwortet.

2.1.1 Wie wirkt sich das stationäre Heilverfahren auf das Hautschutzverhalten aus?

Um beurteilen zu können, wie sich das stationäre Heilverfahren bei den Gesprächspartnern auf das Hautschutzverhalten ausgewirkt hat, wurde das zu den vier Interviewzeitpunkten geschilderte Verhalten in den induktiv gebildeten Hautschutzkategorien *Eincremen*, *Therapie*, *Schutzhandschuhe* und *Hautreinigung* analysiert.

Mit Aufnahme in das stationäre Heilverfahren verbindet die Mehrheit der Gesprächspartner mit Hautschutz überwiegend den Einsatz von Handschuhen. Zu dieser Kategorie werden besonders viele Ausführungen gemacht. Zusätzlich deuten die Schilderungen zum Umgang mit Handschuhen überwiegend auf ein Verhalten hin, dass den dermatologischen Empfehlungen entspricht bzw. teilweise entspricht. Den Bereichen *Hautreinigung* und *Eincremen* lassen sich nicht nur quantitativ weniger Aussagen zuordnen, auch deuten die Ausführungen im Vergleich häufiger auf ein Verhalten hin, das den dermatologischen Empfehlungen nicht oder nur teilweise entspricht. In der Kategorie *Therapie* beschränkt sich das Verhalten bei akuten Hautveränderungen überwiegend auf den Einsatz steroidhaltiger Externa.

Zum Abschluss des stationären Heilverfahrens (= t2) werden von allen Interviewpartnern Intentionen in mindestens einer der vier Hautschutzkategorien gebildet. Besonders deutlich ist der Wille zur Verhaltensänderung im Bereich *Hautreinigung* und *Therapie*. Aber auch im Bereich der Schutzhandschuhe wird von Gesprächspartnern, deren Verhalten mit *entspricht den dermatologischen Empfehlungen* eingeschätzt wurde, weiteres Verbesserungspotenzial erkannt und entsprechende Intentionen werden formuliert.

Während der Phase der Arbeitskarenz (= t3) rückt die Umsetzung der Therapieempfehlungen für die Mehrheit der Interviewpartner in den Vordergrund, da hautschuttpflichtige Situationen in dieser Phase die Ausnahme bilden. Bei auftretenden Rezidiven wird die eigenverantwortliche therapeutische Entscheidung teilweise zunächst als belastend empfunden. Überwiegend haben die Gesprächspartner den Eindruck, die Rezidive mit Hilfe der cortisonfreien Therapiealternativen gut behandeln zu können und fühlen sich daher in ihrer krankheitsspezifischen Handlungskompetenz gestärkt. In zwei Fällen kommt es zur Zielentbindung, da die cortisonfreie Therapie als unzureichend für die Hautveränderung empfunden wurde.

Die Darstellungen des Hautschutzverhaltens nach dem beruflichen Wiedereinstieg deuten darauf hin, dass mehrheitlich die Umsetzung des intendierten Hautschutzverhaltens gelingt. Dabei scheint es unerheblich, ob die Intentionen eher konkret (Verknüpfung der Intention mit Handlungs- und/oder Bewältigungsplänen) oder vage ausfiel.

Für das hier interviewte Kollektiv lässt sich somit festhalten, dass das stationäre Heilverfahren dazu beitragen konnte, das Hautschutz- und Therapieverhalten zu verbessern. Als Quelle der Motivation für ein verbessertes Hautschutzverhalten wurde mehrheitlich das Hautschutzseminar benannt, was die Bedeutung der gesundheitspädagogischen Module für die Verbesserung des Hautschutzverhaltens unterstreicht.

Deutlich wird, dass dem Bereich der eigenverantwortlichen Therapie von den Gesprächspartnern eine große Bedeutung beigemessen wird, die über dem liegt, was im Rahmen der gesundheitspädagogischen Interventionen vermittelt wird, da sich diese bisher auf die Vermittlung von Hautschutzmaßnahmen beschränken. Um diesen Bereich des krankheitsspezifischen Selbstmanagements weiter zu stärken, könnte es angebracht sein, dem Bereich der Therapie eine stärkere Gewichtung bei den Schulungsinhalten beizumessen.

2.1.2 Welche Hindernisse und Barrieren werden von den Patienten im Verlauf der Untersuchung identifiziert?

Durch induktive Analyse des Interviewmaterials konnten drei Gruppen von Hindernissen/Barrieren gebildet werden. Zum einen Hindernisse, die auf der Verhaltensebene gesehen werden (Gruppe 1), dann Hindernisse, die den Verhältnissen zugeschrieben werden (Gruppe 2) und schließlich Hindernisse, die in der Hautschutzmaßnahme selbst begründet liegen (Gruppe 3).

Durch die Interviewanalysen konnte zudem ermittelt werden, dass im Bereich der drei identifizierten Hindernisgruppen, *mangelnde Handlungskontrolle* (= Gruppe 1) *Zeitdruck/Stress* (= Gruppe 2) und *Unverträglichkeit der Hautschutzmaßnahmen* (Gruppe 3) als wesentliche Barrieren für Hautschutz erlebt wurden. Zu allen Zeitpunkten bleibt *Zeitdruck/Stress* das Hindernis mit der häufigsten Nennung. Hier konnte das stationäre Heilverfahren scheinbar wenig zu möglichen Bewältigungsstrategien beitragen. Anders scheint es sich im Bereich der Barrieren, die in der Hautschutzmaßnahme selbst begründet liegen, zu verhalten. Hier konnten Hindernisse, die in der Hautschutzmaßnahme selbst begründet liegen (= Gruppe 3) scheinbar abgebaut werden, was auf die stationäre Intervention zurückgeführt werden kann. Erst nach dem beruflichen Wiedereinstieg kommt es in dieser Gruppe 3 zu einem leichten Anstieg der Nennungen. Zu allen Zeitpunkten werden nur wenige Hindernisse benannt, die im eigenen Verhalten gesehen werden (Gruppe 1). *Mangelnde Handlungskontrolle* scheint in dieser Gruppe am ehesten eine Rolle zu spielen.

Um den Umgang mit Barrieren zu verbessern, sollte vor allem die Barriere *Zeitdruck/Stress* und deren Überwindung vermehrt im Rahmen der pädagogischen Bemühungen während des stationären Heilverfahrens bearbeitet werden. Da der Bereich der Barrieren, die in den Hautschutzmaßnahmen selbst begründet liegen, nach dem beruflichen Wiedereinstieg an Relevanz gewinnt, sollte überlegt werden, ob hierzu ein individuelles gesundheitspädagogisches Beratungsgespräch etwa vier Wochen nach dem beruflichen Wiedereinstieg erfolgen könnte, wie es für den medizinischen Bereich bereits installiert ist.

2.1.3 Welche Umsetzungsstrategien werden von den Betroffenen angewendet, um das Hautschutzverhalten umzusetzen?

In der Gesamtbetrachtung des Bereichs *Umsetzungsstrategien* lässt sich festhalten, dass alle Gesprächspartner sich Gedanken zur Umsetzung ihrer Hautschutzmaßnahmen in unterschiedlicher Qualität gemacht haben. Folgende Umsetzungsstrategien konnten aus den Interviews extrahiert werden:

- *Planung*: Ein Großteil der Interviewpartner berichtet über Gedanken zur Planung des Hautschutzverhaltens. Dabei handelt es sich in der Mehrheit der Fälle um *Ausführungsbewältigungsintentionen* (Schwarzer 2004), welche die Struktur haben: „Wenn die Situation X eintritt, werde ich die Handlung Y ausführen.“ Bewältigungspläne kommen im Bereich des *Vergessens* vor, welcher im Rahmen der Umsetzungsstrategie *verbesserte Verfügbarkeit* (siehe unten) berücksichtigt wird. Vereinzelt kommt es auch zu Bewältigungsstrategien, die die persönliche Ebene betreffen. Hier wird versucht einen empfundenen Mangel an Selbstwirksamkeit durch emotionales Coping („*Muss mehr an mich denken*“) zu verbessern oder auf der Ebene der Verhältnisse die Barriere *Zeitdruck/Stress* durch Delegieren von Aufgaben zu erreichen.
- *Broschüre Hautschutz für mich*: Die Broschüre wird von etwa der Hälfte der Befragten genutzt, wobei vier Gesprächspartner angaben, die enthaltenen Arbeitsblätter auch schriftlich bearbeitet zu haben. Interessanterweise führt die schriftliche Arbeit mit der Broschüre nicht in jedem Fall zu einer größeren Zufriedenheit, was die Umsetzung der Hautschutzmaßnahmen vor allem im beruflichen Bereich betrifft. Im Rahmen dieser Untersuchung zeigt sich der gegenteilige Fall. Herr I, der als einziger angibt, alle Arbeitsblätter der Broschüre bearbeitet und zum Teil sogar überarbeitet zu haben, berichtet gleichzeitig über besonders viele Anwendungsprobleme vor allem im beruflichen Hautschutz. In diesem Fall konnte die unterstützende Wirkung der Broschüre im Rahmen des Selbststudiums durch den Betroffenen nicht erreicht werden.
- *Verbesserung der Verfügbarkeit von Hautschutzprodukten*. Die Mehrheit der Interviewpartner intendiert nach dem stationären Heilverfahren (= t2) die Hautschutzprodukte besser verfügbar zu halten und setzt dieses Vorhaben auch um. Zu diesem Zweck wurden Hautschutzmittel zumeist an strategisch günstigen Orten verteilt oder am Körper mitgeführt. Teilweise wurde auch der Arbeitgeber in die Verantwortung für eine verbesserte Verfügbarkeit genommen.
- *Soziale Unterstützung*: ein Teil der Gesprächspartner berichtet, sich aktiv um soziale Unterstützung für die Umsetzung der Hautschutzmaßnahmen bemüht zu haben. Da-

bei geht es sowohl um materielle Unterstützung als auch um Unterstützung bei der Planung und Umsetzung des Hautschutzes. Bezeichnenderweise sind es ausschließlich die männlichen Gesprächspartner, die auf diese Weise die Umsetzung der Hautschutzmaßnahmen verbessern möchten. Keine weibliche Gesprächspartnerin berichtet, sich um soziale Unterstützung bei Partnern oder Kollegen/Arbeitgebern bemüht zu haben.

Um den Bereich der Umsetzungsstrategien bei den Patienten des stationären Heilverfahrens zu verbessern, scheint es angebracht, insbesondere den Bereich der Bewältigungsstrategien, sprich die Planung zur Überwindung von antizipierten und erlebten Barrieren zu fokussieren. Die angebotene Patientenbroschüre *Hautschutz für mich* ist hierzu ein erster Versuch. Allerdings scheint es, dass die Bearbeitung der Broschüre auf freiwilliger Basis und alleine ohne weiteres Unterstützungsangebot nicht die erwünschte Verbesserung bringt. Hilfreich könnte es sein, wenn die Broschüre in die bestehenden Module der Hautschutzschulung integriert würde. Eine andere Möglichkeit wäre, die Broschüre in die Handschuhsprechstunde zu integrieren, um den Patienten vor allem im Bereich der Bewältigungsplanung die notwendige Unterstützung zukommen zu lassen.

2.2 Themenfeld 2: Selbstwirksamkeitserwartung

Im Zentrum dieses Themenfeldes steht der ermittelte Punktwert der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung der einzelnen Interviewpartner. Für die Präzisierung dieses Themenfeldes wurden zwei Forschungsfragen gebildet, die darauf abzielen, den Zusammenhang zwischen der ermittelten allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und dem Umgang mit Barrieren und Hindernissen bzw. der Einstellung zur Haut und Hautschutz im individuellen Einzelfall aufzudecken.

2.2.1 Wie wirkt sich die vorhandene allgemeine Selbstwirksamkeit auf den Umgang mit Barrieren und Hindernissen bei den interviewten Patienten aus?

Im Rahmen der Interviewanalyse zeigte sich, dass die Mehrheit der Interviewpartner, unabhängig vom erreichten SWE-Wert, möglichen Hautschutzbarrieren positiv gegenübersteht bzw. Lösungsmöglichkeiten findet, diese zu überwinden. Entsprechend der Hypothese, dass Personen mit optimistischer Selbstüberzeugung Barrieren besser bewältigen, wäre davon auszugehen, dass Interviewpartner mit niedrigem SWE-Wert wahrscheinlicher in der Kategorie *Steht Hindernissen und Barrieren eher negativ gegenüber / findet*

keine Lösungsmöglichkeiten und Personen mit höherem SWE-Werten in der Kategorie *Steht Hindernissen und Barrieren positiv gegenüber / findet Lösungsmöglichkeiten* zu finden sind. Diese Hypothese kann für die drei Gesprächspartner mit niedrigem SWE *nicht* bestätigt werden, da die Schilderungen dieser drei eher auf einen positiven Umgang mit Barrieren schließen lassen. Die beiden Gesprächspartner, die sich in der negativen Barriere-Kategorie befinden, verfügen über einen mittleren SWE (Herr K und Herr I), so dass auch für diese beiden die Hypothese unzutreffend ist¹⁸.

Einen möglichen Erklärungsansatz, dass die Mehrheit der Interviewpartner einen positiven Umgang mit Barrieren unabhängig von der allgemeinen Selbstwirksamkeit praktiziert, liefern Untersuchungen zum Planungsverhalten. Scholz/Sniehotta (2006) konnten durch ihre Untersuchungen nachweisen, dass *Planung* neben der *Selbstwirksamkeitserwartung* einen prädiktiven Einfluss auf die aktionale Phase hat. Hier wirkte sich die Bewältigungsplanung – also das Finden von Lösungsmöglichkeiten für antizipierte Verhaltensbarrieren – besonders unterstützend auf die Aufrechterhaltung des gewünschten Verhaltens aus (siehe Teil I, Kap. 5.4.1; 5.4.2). Diese Ergebnisse lassen den Rückschluss zu, dass durch das stationäre Heilverfahren das Planungsverhalten unter Umständen soweit angeregt werden konnte, dass es sich bei der Mehrheit der Gesprächspartner unabhängig vom erreichten SWE-Wert zeigt. In zwei Fällen (Herrn I und Herrn K) trifft dieser Erklärungsansatz jedoch nicht zu. Herr I beschäftigte sich intensiv mit der Broschüre *Hautschutz für mich* und nutzte die enthaltenen Arbeitsblätter für die Handlungs- und Bewältigungsplanung seines intendierten Hautschutzverhaltens. Er erreichte einen SWE-Wert von 33 Punkten, was im Rahmen dieser Untersuchung der zweithöchste erreichte Wert ist. Seine Schilderungen lassen den Rückschluss zu, dass er sehr aufwendige und umfassende Hautschutzmaßnahmen intendiert und größtenteils gelingt ihm deren Umsetzung. Dennoch bleibt er in seinen Schilderungen sehr pessimistisch und barrierefokussiert. Folgender Gesprächsausschnitt ist hierfür beispielhaft:

Interviewer: Sie würden schon sagen, dass der Hautschutz in eine Routine übergegangen ist?

Herr I: Ja, ich denke da gar nicht mehr drüber nach. Zu Hause auf jeden Fall nicht! In der Kundschaft muss man ständig drüber nachdenken! Weil jeder Kunde ... spricht einen drauf an! 90%! Und wenn man länger wie vielleicht, eine Stunde, zwei, bei denen verbringt, dann sehen die erst mal: „Mein Gott! Wie viel Handschuhe haben Sie da eigentlich mit?“ So nach dem Motto. Und man kann ja schlecht alle in die Tasche stopfen und zum Kunden gehen. Man muss dann öfters mal zum Auto gehen, was früher

¹⁸ Im Fall von Herrn I sei angemerkt, dass dieser mit einem Punktwert von 33 den zweithöchsten SWE-Wert aller Gesprächspartner stellt.

gar nicht nötig war ... Und dritten Stock ...wieder runter und hin und her ... Und man kann ja schlecht einen Eimer Handschuhe mitnehmen, nur weil man da ein Badezimmer umbaut ...

Interviewer: Und warum meinen Sie, geht das jetzt nicht so gut, also, dass man die direkt schon mit reinnimmt?

Herr I: Ja, weil es ist viel Staub! Unheimlich viel Staub! Können Sie sich gar nicht vorstellen, wie viel Staub da ist!
Interview t4, Herr I, Zeile 80 ff.

Die Schilderung verdeutlicht, wie wenig Herr I in der Lage ist, die positiven und gelungenen Anteile der Verhaltensänderungen (hier: Hautschutzmaßnahmen im privaten schon Routine geworden) wahrzunehmen. Vorhandenen Hindernissen (hier Handschuhe zum Einsatzort mitnehmen, ohne dass diese verschmutzen) wird vergleichsweise mehr Raum gegeben, ohne dass Herr I in der Lage scheint, Lösungen für die ermittelten Barrieren zu finden. Über die Ursache hierfür kann nur spekuliert werden. Möglicherweise geht es diesem Gesprächspartner eher darum darzustellen, dass alle Bemühungen sinnlos sind und die eigentliche Intention dieses Gesprächspartners die Umschulung ist. Zwar wurde allen Gesprächspartnern ausdrücklich versichert, dass die Teilnahme an dieser Studie ohne Auswirkung auf das Hautschutzverfahren bleibt, nichtsdestotrotz kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Gesprächspartner sich lieber im Sinne einer „sozialen Erwünschtheit“ äußerten (vgl. Börtz/Döring 2005, S. 212 f.) und ihre eigentlichen Beweggründe nicht offenbarten. Ob hier ein Zusammenhang zu sehen ist, kann im Rahmen dieser Untersuchung nicht abschließend geklärt werden.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 2a) lässt sich folglich festhalten, dass der ermittelte Punktwert in der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung bei dem hier interviewten Kollektiv von beruflich bedingt Hauterkrankten kaum Rückschlüsse auf den Umgang mit Barrieren und Hindernissen im Bereich des Hautschutzes zulässt.

Als Handlungsempfehlung kann ausgesprochen werden, dass der *Fragebogen zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)* (Schwarzer/Jerusalem 1999) nach den hier gewonnen Erkenntnissen nicht geeignet scheint, um Vorhersagen zum Unterstützungsbedarf von Patienten zum Umgang mit Barrieren im Bereich des Hautschutzverhaltens zu treffen.

2.2.2 Wie wirkt sich die vorhandene allgemeine Selbstwirksamkeit auf die Einstellung der Patienten zu ihrer Haut bzw. Hautschutz aus?

Wie bereits zu Beginn in Teil I, Kapitel 5 erläutert, ist nach Schwarzer (2004) davon auszugehen, dass Personen, die eher eine optimistische Selbstüberzeugung hegen, auch zufriedener mit ihrer allgemeinen Hautsituation und ihrem Hautschutzverhalten sind. Umgekehrt könnten Personen mit niedrigen Werten in der allgemeinen Selbstwirksamkeit tendenziell unzufriedener mit ihrem Hautzustand sein und den Hautschutzmaßnahmen eher negativ gegenüberstehen bzw. schneller zu Zielentbindung neigen.

Für das hier interviewte Kollektiv konnte die Hypothese, dass Personen mit niedrigen Werten in der allgemeinen Selbstwirksamkeit tendenziell unzufriedener mit ihrem Hautzustand und den Hautschutzmaßnahmen eher negativ gegenüberstehen bzw. schneller zu Zielentbindung neigen, nicht in jedem Fall bestätigt werden. Die Interviews, welche die oben dargestellte Hypothese falsifizieren, wurden einer vertiefenden Analyse unterzogen, um Anhaltspunkte zu gewinnen, ob es sonstige Ressourcen gab, die zu einer positiven Einstellung zu Haut und Hautschutz beitrugen. Hier konnten drei Bereiche extrahiert werden, die sich offensichtlich positiv auf die Einstellung zu Hauterkrankung und Hautschutz ausgewirkt haben.

Zum einen eine subjektiv *wahrgenommene Verbesserung des Hautzustandes*. Interviewpartner, die sich durch die Hauterkrankung zum Zeitpunkt t4 weniger belastet als noch zum Zeitpunkt t1 erlebten, fühlten sich in ihrem verbesserten Hautschutzverhalten bestätigt und empfanden die Umsetzung dieses Verhaltens häufig schon als Routine. Nach Bandura (1997, zitiert nach Schwarzer 2004) sind diese Erfolgserfahrungen, welche dem eigenen Verhalten zugeschrieben werden können, von besonderem Wert für die Selbstwirksamkeitserwartung. Dementsprechend kann die *Erfolgserfahrung* als eine Ressource gewirkt haben, die sich positiv auf den niedrigen Ausgangswert der Selbstwirksamkeitserwartungen ausgewirkt hat und diesen unter Umständen nachträglich verbesserte. Gleichzeitig wird deutlich, dass Gesprächspartner, die sich über die Entwicklung der Hauterkrankung enttäuscht zeigen, nicht zwangsläufig über einen niedrigen Selbstwirksamkeitswert verfügen müssen. Hier scheint es sich genau andersherum zu verhalten: Die ausbleibende Erfolgserfahrung scheint sich negativ auf die Selbstwirksamkeit auszuwirken, denn Gesprächspartner, die hier betroffen sind, suchen häufig den Fehler im eigenen (Hautschutz-)verhalten. Nach Schwarzer (2004) sind solche negativen Attribuierungen der Selbstwirksamkeit eher abträglich.

Eine weitere Ressource, die von Interviewpartnern mit niedriger Selbstwirksamkeit, aber positiver Krankheits- und Hautschutzentwicklung benannt wurde, ist die *soziale Unterstützung* und die Fähigkeit, diese auch zu nutzen. Für Alpers (2005) zählt *soziale Unterstützung* neben *Selbstwirksamkeit* und *sozialem Status* zu den Schlüsselressourcen, da sie eine Person erst in die Lage versetzen, von anderen Ressourcen zu profitieren. Diese zentrale Funktion der sozialen Unterstützung sehen auch Schwarzer/Leppin (1990), denn für sie fördert ein gut funktionierendes soziales Netzwerk die Bereitschaft, ein Problem anzugehen und sein Verhalten zu ändern. In anderen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass die empfundene soziale Unterstützung entscheidend für die Einstellung zur (kardiologischen) Rehabilitation ist (vgl. Altenhöner et al. 2003). Diese, in der Literatur vorgefundene zentrale Stellung der sozialen Unterstützung als Ressource kommt auch in einigen Interviews deutlich zum Tragen, wobei hier vor allem die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz von Bedeutung zu sein scheint. Interviewpartner, die den Eindruck hatten, am Arbeitsplatz keine Unterstützung bei der Umsetzung der Hautschutzmaßnahmen zu erhalten, äußerten sich oft auch besonders unzufrieden (siehe Interviews Herr I und Herr K). Im Falle von Herrn I scheint selbst ein relativ hoher Wert in der allgemeinen Selbstwirksamkeit sowie die Nutzung der Patientenbroschüre *Hautschutz für mich* diesen Mangel in der Unterstützung nicht ausgleichen zu können. Auf der anderen Seite zeigt sich, dass Gesprächspartner, die sich am Arbeitsplatz unterstützt fühlen, eher über einen positiven Verlauf im Hautschutz und der Hauterkrankung berichten (siehe Herr L). Zusätzlich viel auf, dass ausschließlich Männer über soziale Unterstützung im privaten Bereich berichteten. Häufig wurde berichtet, aktiv das Gespräch mit der Partnerin gesucht zu haben, um das zukünftige Hautschutzverhalten zu planen und umzusetzen (siehe Interviews Herr L, Herr C, Herr E). Hingegen berichtet keine der interviewten Frauen, ein solches Gespräch mit dem Partner geführt zu haben. Hier bestätigt sich die von Hankonen et al. (2010) formulierte Erkenntnis, dass Männer generell über vermehrte soziale Unterstützung verfügen und daher geringere Werte in der allgemeinen Selbstwirksamkeit oder im Planungsscore unter Umständen besser ausgleichen können.

Die dritte Ressource, die im Rahmen der Interviewanalyse extrahiert werden konnte, bildet die Nutzung der angebotenen Patientenbroschüre *Hautschutz für mich*, welche die volitionale Phase durch die Erarbeitung individueller Handlungs- und Bewältigungspläne unterstützt (siehe Teil I, Kap. 6.1.6). Die Arbeit mit dieser Broschüre wird aber nicht in jedem Fall als ausreichend hilfreich erlebt (siehe Herr I). Diejenigen, die angeben, mit der Broschüre gearbeitet zu haben und eher über einen positiven Verlauf berichten, empfinden auch ihren Hautzustand als verbessert und fühlen sich sozial unterstützt.

Abschließend lässt sich festhalten, dass für diese Untersuchung die prädiktive Aussagekraft der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, was die Einstellung zur Hauterkrankung und die Umsetzung von Hautschutz angeht, für den Einzelnen begrenzt zu sein scheint. Diese Erkenntnis deckt sich mit den Ergebnissen von Wiedl (2009), die in ihrer Untersuchung ebenfalls zu dem Ergebnis kommt, dass die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung keinen prädiktiven Einfluss auf die Besserung von Berufsdermatosen bei TIP-Patienten hatte¹⁹.

Für das hier interviewte Kollektiv scheinen die extrahierten Ressourcen *Erfolgserfahrung*, *soziale Unterstützung* und *Planung* ebenso relevant gewesen zu sein, wobei nicht für jeden jede Ressource die gleiche Notwendigkeit zu haben scheint.

Aus dieser Erkenntnis lässt sich die Handlungsempfehlung ableiten, dass zur Verbesserung des Erfolgs des stationären Heilverfahrens die Interventionen möglichst maßgeschneidert auf die Bedürfnisse des Einzelnen abgestimmt sein sollten (siehe Teil I, Kap. 5.4). Entsprechend den Vorgaben von Schwarzer (2004), dass erfolgreiche Interventionen ressourcenorientiert ausgerichtet werden sollen, sollte bei von schweren Berufsdermatosen Betroffenen im Vorfeld möglichst genau ermittelt werden, welche Ressourcen weiterer Unterstützung bedürfen. Hierbei sollte sich nicht allein auf die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung beschränkt werden, sondern möglichst viele der hier aufgedeckten Ressourcen bestimmt werden, um eine entsprechende Anpassung der Maßnahme zu gewährleisten.

Hinsichtlich des HAPA-Modells stellt sich die Frage, ob die Selbstwirksamkeit und Planung als Prädiktoren für die volitionale Phase ausreichend sind. Im Rahmen dieser Studie erschien die *soziale Unterstützung* eine ähnlich hohe Bedeutung für das Gelingen der Verhaltensänderung zu haben. Um zu klären, ob durch die Erfassung der sozialen Unterstützung zusätzliche Varianz im Bereich der Verhaltensänderung aufgeklärt werden könnte, bedarf es weitergehender Forschungsbemühungen. Die Ergebnisse dieser Studie können lediglich als erster Hinweis hierfür gewertet werden.

¹⁹ Betrachtet man diese Ergebnisse vor dem Hintergrund des zugrundeliegenden Konzepts der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (siehe Teil I, Kap. 5.2), entspricht dieses Ergebnis durchaus den theoretischen Annahmen, da die Selbstwirksamkeit eher als Prädiktor für Handlung denn für Besserung physischer Merkmale genutzt werden kann.

3 Kritische Anmerkung zur Studie

Diese empirische Studie stellt exemplarisch das Erleben des Prozesses der Verhaltensänderung bei schweren Berufsdermatosen aus der Sicht von Betroffenen dar. Dabei wurde eine gesundheitspädagogische Perspektive für die Betrachtung des Prozesses gewählt und zusätzlich das HAPA-Modell (Schwarzer 2004) als theoretischer Bezug zugrunde gelegt. Diese Entscheidungen führen dazu, dass die gewonnen Erkenntnisse immer im Zusammenhang mit der zugrunde gelegten Forschungsperspektive und dem gewählten theoretischen Modell betrachtet werden müssen. Wäre beispielsweise eine medizinische Perspektive gewählt oder auch nur ein anderes Modell (z. B. Transtheoretisches Modell (Proschaska/DiClemente 1983) oder sogar kein theoretisches Modell zugrunde gelegt worden, wäre der Erkenntnisgewinn wahrscheinlich ein anderer. Zudem hat dieses streng theoriegeleitete Vorgehen sicherlich zu Einschränkungen im Prozess der induktiven Erkenntnisgewinnung geführt.

Kritisch anzumerken ist darüber hinaus, dass die Vorgaben, Personen mit unterschiedlichen Werten in der allgemeinen Selbstwirksamkeit für die Studie zu gewinnen, nicht zur Gänze erfüllt werden konnte, denn im Bereich der hohen SWE-Werte konnte nur ein Interviewpartner für die Studie gewonnen werden. Um die gewonnen Erkenntnisse aus diesem Fall weiter zu veri- oder falsifizieren, wären weitere Interviewpartner mit hohem SWE-Wert wünschenswert gewesen. Schließlich müssen auch Limitationen, die in der Methode des qualitativen Leitfadeninterviews zu suchen sind, bei der Ergebnisbetrachtung berücksichtigt werden. Zum einen ist zu bedenken, dass durch die Festlegung der Themenfelder und hierauf aufbauend gebildeten Leitfragen eine Lenkung erfolgte, die trotz der offen gestalteten Interviewsituation zu einer Einschränkung des Erkenntnisgewinns geführt haben könnte. Möglicherweise blieben hierdurch Aspekte unentdeckt, die für die von schweren Berufsdermatosen Betroffenen durchaus von Relevanz sind, aufgrund der fehlenden Nachfrage oder Impulse jedoch unerwähnt blieben. Zum anderen kam es in zwei Fällen zu Verständnisproblemen.²⁰ Diese wurden deutlich durch Antworten, die eigentlich nicht zur Fragestellung passten, und durch Schwierigkeiten dieser Interviewpartner, ihre Gedanken zu verbalisieren. Hier gelang es der Interviewerin teilweise nicht, die Fragestellungen in eine für diese Gesprächspartner verständliche bzw. *leichte Sprache* zu überfüh-

²⁰ Bei allen Gesprächspartnern war die Muttersprache deutsch. Die Verständnisprobleme rührten hier wahrscheinlich vorwiegend aus den kognitiven Voraussetzungen der betroffenen Gesprächspartner.

ren. Trotz dieser Problematik konnten diese Interviews ausgewertet werden und trugen zum Erkenntnisgewinn dieser Studie bei.

4 Fazit und Ausblick

Durch diese Studie sind Erkenntnisse zum Erleben des Prozesses der Verhaltensänderung bei von schweren Berufsdermatosen Betroffenen gewonnen worden. Zudem konnten die theoretischen Vorstellungen des HAPA-Modells am Einzelfall überprüft werden, wobei insbesondere die Konstrukte *Selbstwirksamkeitserwartung*, *Planungsverhalten* und *Umgang mit Barrieren und Hindernissen* betrachtet wurden. Ziel dieses Vorgehens war es, Erkenntnisse zu gewinnen, die eine Weiterentwicklung und Verbesserung der stationären Maßnahme aus gesundheitspädagogischer Perspektive ermöglichen, so dass die Patienten in ihrem Prozess der Krankheitsbewältigung weiter unterstützt werden können.

Mit Hilfe qualitativer Forschungsmethoden wurde das Erleben des volitionalen Prozesses über einen Zeitraum von etwa zehn Wochen mit jeweils vier Interviewzeitpunkten bei 14 von schweren beruflichen Hautveränderungen Betroffenen systematisch erfasst. Zum Einsatz kam das problemzentrierte Interview mittels eines halbstandardisierten Leitfadens (Bortz/Döring 2004, Lamnek 2005). Zusätzlich wurde die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung mit Hilfe des „Fragebogens zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartungen“ (Schwarzer/Jerusalem 1999) ermittelt. Die Gestaltung des Forschungsprozesses sowie die Darstellung der Ergebnisse und der Diskussion orientierte sich an der qualitativen Methode des thematischen Codierens nach Hopf et al. (1993).

Im Rahmen dieser Studie konnten Einblicke in das individuelle Erleben des volitionalen Prozesses bei beruflich bedingt Hauterkrankten gewonnen werden, die es ermöglichen, die zu beantworten.²¹ Als zentrales Phänomen dieses Prozesses konnte herausgearbeitet werden, dass im individuellen Einzelfall *keine* Wenn-dann-Beziehung zwischen einzelnen Konstrukten des HAPA-Modells – wie der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, Intentionen oder Planungsverhalten – und einem von den Betroffenen als erfolgreich erlebten volitionalen Prozess bestehen. Es konnte lediglich festgestellt werden, dass die Gesprächspartner die Phase der Volition als erfolgreich beschrieben, wenn sich der Hautzustand nach ihrer subjektiven Einschätzung verbessert hatte bzw. der Hautzustand nach ihrem Dafürhalten dem persönlichen Einsatz für Hautschutz und Therapie entsprach. Zeigten sich während des beobachteten Zeitraums Rezidive, so wirkte sich dies häufig negativ auf die Einstellung zu Haut und Hautschutz aus. Dieses Ergebnis macht deutlich,

²¹ Die übergeordnete Forschungsfrage lautete: Wie erleben von schweren Berufsdermatosen Betroffene den Prozess der Verhaltensänderung? (siehe Teil II, Kap. 1).

dass es sinnvoll ist, die Betroffenen im Rahmen des stationären Heilverfahrens intensiver über das Auftreten von Rezidiven bei schweren chronischen Handekzemen aufzuklären. Den Betroffenen sollte klar sein, dass Rezidive Ausdruck des Schweregrads der Erkrankung sind und ihr Auftreten nicht zwangsläufig mit dem eigenen Hautschutz- oder Therapieverhalten in Verbindung steht. Nur so kann es gelingen, die Betroffenen langfristig vom Sinn und Wirkung der Hautschutz- und Therapieempfehlungen zu überzeugen. Wird hingegen das Auftreten von akuten Hautveränderungen (fälschlicherweise) dem eigenen Verhalten zugeschrieben, so kann sich dies negativ auf die Beurteilung des eigenen krankheitsspezifischen Selbstmanagements auswirken. Ob das Hautschutzverhalten in diesen Fällen langfristig aufrechterhalten wird, ist fraglich. Insgesamt bedarf es hier weiterer Forschungsbemühungen, um zu erkennen, unter welchen Umständen es zur Zielentbindung bei den Betroffenen kommt. Hierfür sollten Untersuchungstermine, die mehr als vier Wochen nach dem beruflichen Wiedereinstieg liegen, bestimmt werden, denn das Ergebnis dieser Untersuchung zeigt, dass vier Wochen nach der beruflichen Rückkehr das gewünschte Hautschutz- und Therapieverhalten noch überwiegend umgesetzt wird.

Die Studie konnte zudem aufzeigen, dass für die Betroffenen im Rahmen des volitionalen Prozesses nicht nur die Umsetzung des Hautschutzverhaltens von Bedeutung ist, sondern auch die Umsetzung der Therapieempfehlung einen zentralen Bestandteil dieses Prozesses bildet. Es wurde deutlich, dass insbesondere die eigenverantwortliche Therapieentscheidung bei akuten Hautveränderungen ein Stressor sein kann. Hier bedarf es weiterer Forschungsbemühungen, die ermitteln, in welchen Fällen die notwendigen Ressourcen unter Umständen (noch nicht) ausreichend vorhanden sind, um diese krankheitsspezifische Anforderung stressfrei bewältigen zu können.

Für die Umsetzung der Hautschutzempfehlungen waren die gesundheitspädagogischen Interventionen im Rahmen des stationären Heilverfahrens zentral. Auf Basis dieser pädagogischen Maßnahmen wurden entsprechende Intentionen zum Hautschutz und zur (cortisonfreien) Therapie von den Betroffenen festgelegt und überwiegend umgesetzt. Dennoch konnten einige Bereiche aufgedeckt werden, die im Rahmen der pädagogischen Interventionen aufgegriffen werden sollten, um den volitionalen Prozess weiter zu unterstützen:

- *Soziale Unterstützung.* Es konnte aufgezeigt werden, dass Interviewpartner, die sich sozial unterstützt fühlten bzw. soziale Unterstützung aktiv einforderten, eine positivere Einstellung zu Haut- bzw. Hautschutz hatten. Im Rahmen der gesundheitspädagogi-

schen Bemühungen könnte gemeinsam mit dem Betroffenen überlegt werden, wie hier Potenziale aktiviert werden können.

- Verbesserung der Handlungs- und Bewältigungsplanung mittels der Broschüre *Hautschutz für mich*. Die Studie liefert Hinweise, dass Personen, welche die Broschüre nutzten, eine positivere Einstellung zu Haut und Hautschutz aufwiesen und Barrieren und Hindernisse besser überwinden konnten. Lediglich in einem Fall konnte die Broschüre ihr unterstützendes Potenzial durch das Selbststudium anscheinend nicht ausreichend entwickeln. Um hier insgesamt zu einer Verbesserung zu kommen, könnte es angebracht sein, die Broschüre in die pädagogischen Interventionen zu integrieren, z. B. durch Einbinden einzelner Bereiche in die Seminare. Auf diese Weise könnten die Betroffenen bei Problemen in der Erarbeitung von Handlungs- und Bewältigungsplänen unterstützt und Überforderungen, die unter Umständen zu weiteren Frustrationen führen, vermieden werden.
- Barriere *Zeitdruck/Stress*. Die Barriere Zeitdruck/Stress konnte im Verlauf des stationären Heilverfahrens, anders als andere Barrieren, wie z. B. Barrieren, die in den Hautschutzmaßnahmen an sich gesehen werden, kaum abgebaut werden. Hier scheinen die Betroffenen vermehrten pädagogischen Unterstützungsbedarf zu haben.

Die vorliegende Untersuchung zeigt deutlich, dass der Erfolg einer Intervention weniger von einzelnen Parametern abhängt, sondern vielmehr alle Ebenen ausschlaggebend für Erfolg oder Nichterfolg sein können. Soziale Ressourcen (Familie, Freunde, Arbeitsplatz) können in gleicher Weise zum Gelingen oder Nichtgelingen einer Intervention beitragen wie personelle und körperliche Ressourcen. Für erfolgreiche gesundheitspädagogische Interventionen erscheint daher eine individuell angepasste Intervention unabdingbar und wird auch in der Literatur bereits gefordert (Lippke et al 2004, Schüz et al. 2009, Schwarzer 2004).

In Bezug auf das HAPA-Modelle (Schwarzer 2004) lässt sich festhalten, dass die prädiktive Aussagekraft der Konstrukte *Selbstwirksamkeit* und *Planung* im Rahmen dieser Studie nicht in jedem Fall bestätigt werden konnten. Zudem deuten die Ergebnisse dieser Untersuchung darauf hin, dass die *soziale Unterstützung*, zumindest für das hier untersuchte Kollektiv, einen ähnlich großen Einfluss auf die volitionale Phase hat, wie die Konstrukte *Selbstwirksamkeit* und *Planung*. Um zu klären, ob durch die Erfassung der sozialen Unterstützung zusätzliche Varianz im Bereich der Verhaltensänderung aufgeklärt werden könnte, bedarf es weitergehender Forschungsbemühungen. Die Ergebnisse dieser Studie können lediglich als erster Hinweis hierfür gewertet werden.

Wie bereits eingangs erläutert, konnte kein Zusammenhang im Einzelfall zwischen der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und einem erfolgreichen volitionalen Prozess bei beruflich bedingt Hauterkrankten hergestellt werden. Auch waren die Äußerungen der Interviewten nicht immer Deckungsgleich mit dem gemessenen SWE-Wert. Hier könnte es möglicherweise angebracht sein, ein Instrument zu entwickeln, welches die krankheits-spezifische Selbstwirksamkeitserwartung misst. Unter Umständen gelingt es mit solch einem spezifischen Instrument genauer, Vorhersagen und Erklärungen zum Hautschutzverhalten bei beruflich bedingt Hauterkrankten zu treffen.

V Literaturverzeichnis

- Abraham, C. / Sheeran, P. (2000): Understanding and changing health behaviour: From Health beliefs to self-regulation. In: Norman, P., Abraham, C., Conner, M. (Eds.): Understanding and changing health behaviour. Harwood, Amsterdam. S. 3-24
- Alpers, G.W. (2005): Ressourcenorientierung. In: Petermann, F./ Reinecker, H. (Hrsg.): (2005): Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Hogrefe. Göttingen/Bern/Wien/Altmeyer, P. (2005): Therapielexikon Dermatologie und Allergologie. Therapie kompakt von A-Z, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg
- Ananthapadmanabhan, K.P. / Moore, D.J. / Subramanyan, K. / Mirsa, M. / Meyer, F. (2004): Cleansing without compromise: The impact of cleanser on the skin barrier and the technology of mild cleansing. In: Dermatol Ther Suppl, 17, S. 16-25
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaft (AWMF) (2008): Leitlinie der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG): Management von Handekzemen. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-053.pdf. vom 10.9.2012
- Arbeitsschutzgesetz vom 7. August 1996 (BGBl. I, S. 1246), das zuletzt durch Artikel 15 Absatz 89 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I, S. 160) geändert worden ist, <http://www.gesetze-im-internet.de/arbbschg/BJNR124610996.html> vom 26.05.2012
- Altenhöner, T. Leppin, A., Grande, G., Romppel, M. (2003): Zur Vorhersage der Patienteneinstellung in der kardiologischen Rehabilitation. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 11 (2), S. 49-56
- Bandura, A. (1997): Self-efficacy: The exercise of control, Freeman, New York
- Baranda, L. / Gonzales-Amaro, R. / Torres-Alvares, B. / Alvares, C. et al. (2002): Correlation between pH and irritant effect of cleansers marketed for dry skin. In: International Journal of Dermatology, 41, S. 494-499
- Batzdorfer, L. (2005): Direkte und indirekte Kosten berufsbedingter Hauterkrankungen. In: Grieshaber, M. / Stadeler M. / Scholle, H.C. (Hrsg): Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen, Dr. Bussert & Stadeler, Jena, S. 73-77
- Batzdorfer, L. / Klippel, U. / Sörensen, T. / Schwanitz, J. (2004): Lebensqualität und Berufsdermatosen – Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Lebensqualität bei Berufsdermatosen (LIOD – Life Quality Index Occupational Dermatoses). In: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 12, S. 1000-1006
- Baumeister T. / Uter, W. / Weistenhöfer, W. / Drexler, H. / Kütting, B. (2011): On the look-out for precursor lesions: where does dry skin end and slight hand eczema begin? In: Contact Dermatitis, 66, S. 63-71
- Becker, G. (2007): Unterricht planen. Handlungsorientierte Didaktik. Teil 1, Beltz-Verlag, Weinheim/Basel
- Bennack, J. / Kaiser, A. / Winkel, R. (Hrsg.) (2005): Grundlagen der Schulpädagogik, Schneider-Verlag, Hohengrehen
- Berufskrankheiten-Verordnung vom 31. Oktober 1997 (BGBl. I, S. 2623), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Juni 2009 (BGBl. I, S. 1273) geändert worden ist, <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bkv/gesamt.pdf> vom: 25.7.2012
- Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz. Amt für Arbeitsschutz (Hrsg.) (2004): Haut hin Haut nicht hin, o.O.
- BGE Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution (Hrsg.) (2008): M 100 Hautschutz, o.O.
- BGE Berufsgenossenschaft für den Einzelhandel (Hrsg.) (2007): M 106 Hautschutz für Werkstätten, o.O.
- Bleichhardt, G. (2000): Selbstmanagement in der Patientenschulung. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 51, S. 31-33
- Blome, O. / John, S.M. (2007): Das Hautarztverfahren. In: Die BG, 1, S. 27-31
- Börtz, J. / Döring, N. (2004): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, Springer Verlag, Heidelberg
- Bomann, A. / Gunh, A. / Mellström, A. (2006): Protective Gloves. In: Frosch, P.J. / Menné, T. / Lepoittevin, J.P. (Hrsg.) (2006): Contact Dermatitis, Springer Verlag, S. 846-855
- Bornkessel, A. / Flach, M. / Arens-Corell, M. / Elsner, P. et al. (2005): Functional assessment of a washing emulsion for sensitive skin: mild impairment of stratum corneum hydration, pH,

- barrier function, lipid content, integrity and cohesion in a controlled washing test. In: *Skin Research and Technology*, 11, S. 53-60
- Bott, U. (2000): Didaktische Konzeption der Patientenschulung. In: *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 51, S. 16-26
- Branden, Nathaniel (2006): Die 6 Säulen des Selbstwertgefühls. Piper Verlag: München Zürich
- Breuer, M. / Kapp, A. (2006): Stationäre medizinische Rehabilitation bei Erwachsenen mit atopischer Dermatitis. In: *Hautarzt*, 57, S. 592-602
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften e.V., Hauptstelle für Sicherheit und Gesundheitsschutz (Hrsg.) (2007): *Landwirtschaft, Forstwirtschaft, Gartenbau Hautschutz*, o.O.
- Buraczewska, I. / Berne, B. / Lindberg, M. / Törmä, H. et al. (2007): Changes in skin barrier function following long-term treatment with moisturizers. A randomized controlled trial. In: *The British Journal of Dermatology*, 3, S. 492-498
- Chodosh, J. / Morton, S.C. / Mojica, W. / Maglione, M. / Suttrop, M.J. / Hilton, L. / Rhodes, S. et al. (2005): Meta-Analysis: Chronic disease self-management programs for older adults. In: *Annals of Internal Medicine*, 143, S. 428-438
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.) (2012): Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2012. Stand 11.7.2013,
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.) (2010): *Dokumentation des Berufskrankheitengeschehens (BK-Dok2008)*, Druckerei Plump, Rheinbreitenbach
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.) (0.J.): Die Präventionskampagne Haut. <http://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/aktionen/praeventionskampagnen/hautkampagne/documents/abschlussbericht.pdf>. Vom 10.3.2014
- Diepgen, T.L. (2012): Berufsbedingte Hauterkrankungen. In *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 10, S. 297-314
- Diepgen, T.L. (2008): Chronisches Handekzem. *Epidemiologie und therapeutische Evidenz*. In: *Der Hautarzt*, 59, S. 683-689
- Diepgen, T.L. / Radulescu, M. / Bock, M. / Weisshaar, E. (2005): Rehabilitation von berufsbedingten Hauterkrankungen. In: *Der Hautarzt*, 7, S. 637-643
- Diepgen, T.L. / Schmidt, A. (2002): Werden Inzidenz und Prävalenz berufsbedingter Hauterkrankungen unterschätzt? In: *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 37, S. 477-480
- Ehlebracht-König, I. / Bönisch, A. (2002): Grundlagen der rheumatologischen Patientenschulung. Theoretische Grundlagen und Didaktik. In: *Zeitschrift für Rheumatologie*, 61, S. 29-47
- Elsner, P. / Wigger-Alberti, W. (2003): Skin-conditioning products in occupational dermatology. In: *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 76, S. 351-354
- Faller H. / Reusch, A. / Meng, K. (2011a): DGWR-Update: Patientenschulung. In: *Rehabilitation*, 50, S. 284-292
- Faller, H. / Reusch, A. / Meng, K. (2011b): Innovative Schulungskonzepte in der medizinischen Rehabilitation. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 4, S. 444-449
- Faller, H. / Koch, G.F. / Reusch, A. / Pauli, P. / Allgayer, H. (2009): Effectiveness of education for gastric cancer patients. A controlled prospective trial comparing interactive vs. lecture-based programs. In: *Patient Education and Counseling*, 76, (1), S. 91-98.
- Faller, H. / Reusch, A. / Ströbl, V. / Vogel, H.: (2008) Patientenschulung als Element der Patientenorientierung in der Rehabilitation. In: *Rehabilitation*, 47, S. 77-83
- Faller, H. (2001): Patientenschulung: Konzept und Evaluation. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 64
- Fartasch, M. / Taeger, D. / Broding, H.C. / Schöneweis, S. / Gellert, B. / Pohrt, U. / Brüning, T. (2012): Evidence of increased skin irritation after wet work: impact of water exposure and occlusion. In: *Contact Dermatitis*, <https://vpn-e.serv.uni-osnabrueck.de/doi/10.1111/j.16000536.2012.02063.x/>, DanaInfo=onlinelibrary.wiley.com+pdf vom 15.07.2012
- Fartasch, M. (2009): Hautschutz. Von der TRGS 401 bis zur Leitlinie „Berufliche Hautmittel“. In: *Hautarzt*, 60, S. 702-707
- Fartasch, M. / Diepgen, T.L. / Drexler, H. / Elsner, P. / Fluhr, J. / John, S.M. (2008): Leitlinie: Berufliche Hautmittel, http://abd.dermis.net/content/e03abd/e10diensteinfo/e1043/S1_Berufliche_Hautmittel_ICD_8_7_2008.pdf vom 22.05.2012

- Finlay, A.Y. / Khan, G.K. (1994): Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use. In: *Clin Exp Dermatol*, 19, S. 210-216
- Flick, U. (2005): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*, Rowohlt's Enzyklopädie, Reinbek bei Hamburg
- Funke, U. (2009): *Hauterkrankungen*. In: Merhoff, F./ Schian, H.M. (Hrsg.): *Zurück in den Beruf. Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement richtig managen*. De Gruyter, Berlin. S. 55-67
- Frosch, P.J. / Peiler, D. / Grunert, V. / Grunenberg, B. (2003): Wirksamkeit von Hautschutzprodukten im Vergleich zu Hautpflegeprodukten bei Zahntechnikern – eine kontrollierte Feldstudie. In: *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 1, S. 547-557
- Frosch, P.J. / Kurte, A. (1994): Efficacy of skin barrier creams (IV). The repetitive irritation test (RIT) with a set of standard irritants. In: *Contact Dermatitis*, 31, S. 161-168
- Frosch, P.J. / Menné, T. / Lepoittevin, J.P. (Hrsg.) (2006): *Contact Dermatitis*, Springer Verlag, Berlin / Heidelberg / New York
- Glahs, D. (2007): *Kompetenzen – Erwerb, Erfassung, Instrumente*. Studentexte für Erwachsene, Bertelmann Verlag, Bielefeld
- Gollwitzer, P.M. (1998): Implementation Intentions. Strong Effects of simple plans. In: *American Psychologist*, 54, S. 493-503
- Graupner, I. / Pohrt, U.: *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Hauptsache Hautschutz*, o.O.
- Hanakonen, N. / Asetz, P. / Ghisletta, P. / Renner, B. / Uutela, A. (2010): Gender differences in social cognitive determinants of exercise adoption. In: *Psychologie and Health*. 25, S. 55-69
- Heckhausen, H. / Gollwitzer, P.M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. In: *Motivation und Emotion*, 11, S. 101-120
- Heesen, C. / Berger, B. / Hamann, J. / Kasper, J. (2006): Empowerment, Adhärenz, evidenzbasierte Patienteninformation und partizipative Entscheidungsfindung bei MS – Schlagworte oder Wegweiser? In: *Neurologie & Rehabilitation* 12 (4), S. 232-238
- Hermanns, N. / Kulzer, B. (2003): *Patientenschulung bei Diabetes mellitus. Von der Wissensvermittlung zur Verhaltensmedizin*, o.O.
- Hörmann, G. (2009): *Gesundheitserziehung und Gesundheitspädagogik – Perspektiven eines „alten“ neuen Fachs*. In: Nicolaus, J. / Ritterbach, U. / Spörhase, U. / Schleider, K. (Hrsg.): *Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht*, Centaurus Verlag, Freiburg im Breisgau, S.13-34
- Hopf, C. / Rieker, P. / Standen-Marcus, M. / Schmidt, C. (1995): *Familie und Rechtsextremismus: Familiäre Sozialisation und rechtsextreme Orientierungen junger Männer*, Juventa-Verlag, Weinheim
- Hurrelmann, K. (2006): *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*, Juventa-Verlag, Weinheim/München.
- Hübner, A. (2008): *Evidenzbasierte Hautschutzeempfehlungen bei berufsbedingten Hauterkrankungen. unveröffentlichte Hausarbeit im Rahmen der Ersten Staatsprüfung für das Lehramt an berufsbildenden Schulen gem. PVO-Lehr I von 1998 im Land Niedersachsen im Fach: Fachrichtungsbezogene Medizin*. Universität Osnabrück.
- Hübner, A., (2013): *Trainerhandbuch/Curriculum für Hautschutzschulung bei berufsbedingten Hauterkrankungen*. Unveröffentlichte Printversion
- Hurrelmann, K. / Laaser, U. (2006): *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention*. In: Hurrelmann, K. / Laaser, U. / Razum, O. (Hrsg.) (2006): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, Juventa-Verlag, Weinheim/München, S. 749-780
- HVBG Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.) (2007): *BG 597-10 Hautschutz*, Sankt Augustin
- Ibler, K. / Agner, T. / Hansen, J.L. / Glud, C. (2010): The Hand Eczema Trial (HET): design of a randomised clinical trial of the effect of classification and individual counselling versus no intervention among health-care workers with hand eczema. In: *BMC Dermatology*, 10, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2939593/> vom 21.05.2012
- Jank W. / Meyer, H. (2009): *Didaktische Modelle*, Cornelsen-Verlag, Berlin
- John, S.M., Elsner, P., Kotschy-Lang, N., Raa, W., Diepgen, T.L. (2005): Integrierte Versorgung und Disease-Management in der Berufsdermatologie? Start einer Multizenterstudie zur Optimierung des Heilverfahrens. *Dermatologie in Beruf und Umwelt* 3, S. 90-100

- John, S.M. / Skudlik, C. (2006): Neue Versorgungsformen in der Dermatologie. Vernetzte stationär-ambulante Prävention von schweren Berufsdermatosen: Eckpunkte für eine funktionierende integrierte Versorgung in Klinik und Praxis. In: Gesundheitswesen. 68, S. 769-774
- John, S.M. (2001): Klinisch und experimentelle Untersuchungen zur Diagnostik in der Berufsdermatologie. Konzeption einer wissenschaftlich begründeten Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung. In: Schwanitz, H.J.(Hrsg): Studien zur Prävention in der Allergologie, Berufs- und Umweltdermatologie (ABU 4), Universitätsverlag Rasch, Osnabrück
- Jerusalem, M. / Schwarzer, R. (2009): Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE). Beschreibung der psychometrischen Skala, <http://www.selbstwirksamkeit.de/> vom 10.11.2011
- Jugendarbeitsschutzgesetz vom 12. April 1976 (BGBl. I S. 965), das zuletzt durch Artikel 3 Absatz 7 des Gesetzes vom 20. April 2013 (BGBl. I S. 868) geändert worden ist. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/jarbschg/gesamt.pdf> vom 10.3.2014
- Kampf, G. / Ennen, J. (2006): Regular use of cream can attenuate skin dryness and roughness caused by frequent hand washing. In: BMC Dermatology, 6, S. 1-5
- Kampf, G. / Löffler, H. (2003): Dermatological aspects of a successful introduction and continuation of alcohol-based hand rubs for hygienic hand disinfection. In: Journal of Hospital Infection, 55, S. 1-7
- Kampf, G. / Löffler, H. (2007): Prevention of Irritant Contact Dermatitis among Health Care Workers by Using Evidence-Based Hand Hygiene Practices: A Review. In: Industrial Health, 45, S. 645-652
- Kampf, G. / Wigger-Alberti, W. / Schroder, V. / Wilhem, K.P. (2005): Emollients in propanol-based hand rub can significantly decrease irritant contact dermatitis. In: Contact Dermatitis, 53, S. 344-349
- Kanfer, F.H. / Reinecker, H. / Schmelzer, D. (2012): Selbstmanagement-Therapie, Springer, Berlin/Heidelberg
- Kett, J., Weitkunat, R., Moretti, M. (Hrsg.) (2007): ABC der Verhaltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung. Urban & Fischer, München-Jena
- Kießling-Sonntag, J. (2003): Handbuch Trainings- und Seminarpraxis, Cornelsen Verlag, Berlin
- Klieme, E. (2004): Was sind Kompetenzen und wie lassen sie sich messen? In: Pädagogik, 6, S. 10-13
- Klippel, U. (2004): Prävention berufsbedingter Dermatosen bei Beschäftigten in der Altenpflege. V&R unipress. Osnabrück
- Klotz, A. / Veeger, M. / Röcher, W. (2003): Skin cleanser for occupational use: testing the skin compatibility of different formulations. In: International Archives of Occupational and Environmental Health, 76, S. 367-373
- Klug Redman, B. (2008): Selbstmanagement chronisch Kranker, Hogrefe, Bern
- Klug Redman, B. (2009): Patientenedukation. Kurzlehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Deutschsprachige Ausgabe hrsg. von Abt-Zegelin, A. / Tolsdorf, M., Hans-Huber-Verlag, Bern
- Knoll, J. (2010): Methoden. In: Arnold, R. / Nolda, S. / Nuissl, E. (Hrsg.): Wörterbuch Erwachsenenbildung, Julius Klinkhardt, Stuttgart
- Knoll, N. / Scholz, U. / Rieckmann, N. (2011): Einführung Gesundheitspsychologie, Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel.
- Knoll, N., Schwarzer, R. (2005): Soziale Unterstützung. In: Schwarzer, R. (Hrsg): Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie. Hogrefe, Wiesbaden
- Korinth, G. / Geh, S. / Schaller, K. / Drexler, H. (2003): In vitro evaluation of the efficacy of skin barrier creams and protective gloves on percutaneous absorption of industrial solvents. In: International Archives of Occupational and Environmental Health, 76, S. 382-386
- Kramer, A. / Jünger, M. / Kampf, G. (2005): Hygienische und dermatologische Aspekte der Händedesinfektion und der prophylaktischen Hautantiseptik. In: Hautarzt, 56, S. 743-751
- Kresken, J. / Klotz, A. (2003): Occupational skin-protection – a review. In: International Archives of Occupational and Environmental Health, 55, S. 891-896
- Kuckartz, U. (2010): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Kütting, B. / Baumeister, T. / Weinhöfer, W. / Pfahlberg, A. / Uter, W. / Drexler, H. (2009): Effectiveness of skin protection measures in prevention of occupational hand eczema: results of

- a prospective randomized controlled trial over a follow-up period of 1 year. In: *British Journal of Dermatology*, 162, S. 362-370
- Kwon, S. / Campbell, L. / Zirwars, M. (2006): Role of protective gloves in the causation and treatment of occupational irritant contact dermatitis. In: *Journal of the American Academy of Dermatology*, 55, S. 82-87
- Lamnek, S. (2005): *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*, Beltz Verlag, Weinheim/Basel
- Larson, E.J. / Cimiotti, J. / Haas, J. / Parides, M. / Nesrin, M. et al. (2005): Effect of antiseptic handwashing vs Alcohol sanitizer on health-care-associated infections in neonatal Intensive Care Units. In: *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 49, S. 91-96
- Lazarus, R.S. (1993): Coping theory and research: Past, present and future. In: *Psychosomatik Medicine*, 55, S. 234-247
- Lippke, S. / Wiedemann, A. (2007): Sozial-kognitive Theorien und Modelle zur Beschreibung und Veränderung von Sport und Bewegung – ein Überblick. In: *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 14, S. 139-148
- Lippke, S. / Zielgelmann, J. (2007): Planning and strategy use in health behavior change: A life span view. In: *International Journal of Behavioral Medicine*, 14, S. 30-39
- Lippke, S. / Ziegelmann, J. / Schwarzer, R. (2005): Stage-specific adoption and maintenance of physical activity: testing a three-stage model. In: *Psychology of Sport and Exercise*, 6, S. 585-603
- Lippke, S. / Ziegelmann, J. / Merten, F. (2004): Compliancesteigerung durch stadienspezifische Interventionen. In: Petermann, F. / Ehlebracht-König, I. (Hrsg) (2004): *Motivierung, Compliance und Krankheitsbewältigung*, Roderer-Verlag, Regensburg, S. 121-134
- Lippke, S. / Ziegelmann, J.P. / Schwarzer, R. (2004a): Initiation and maintenance of physical exercise: Stage-specific effects of a planning intervention. In: *Research in Sports Medicine*, 12, S. 221-240
- Loden, M. / Buraczewska, I. / Edlund, F. (2003): The irritation potential and reservoir effect of mild soaps. In: *Contact Dermatitis*, 49, S. 91-96
- Loeb, M.B. / Wilcox, L. / Smaill, F. / Walter, S. / Duff, Z. (1997): A randomized trial of surgical scrubbing with a brush compared to antiseptic soap alone. In: *American Journal of Infection Control*, 25, S. 11-15
- Löffler, M.B. / Effendy, I. (2002): Hautschutz- oder Hautregenerationscreme? Der Halbseitenversuch in der Bewertung eines hautpflegenden Externums. In: *Zeitschrift für Hautkrankheiten*, 22, S. 234-238
- Luszczynska, A. / Sutton, S. (2007): Einstellung und Erwartungen. In: Kerr, J. / Weitkunat, R. / Morretti, M. (Hrsg): *ABC der Verhaltensänderung*, Urban&Fischer, München/Jena, S. 75-90
- Lysdal, S.H. / Søsted, H. / Johansen, J.D. (2011): Do hairdressers in Denmark have their hand eczema reported as an occupational disease? Results from a register-based questionnaire study. In: *Contact Dermatitis*, 66, S. 72-78
- Marschner, B. (2005): Hautschutz- und Hygieneschulung mit dem Dermalux®-System. In: Dickel, W. / Funk-Stendel, I. / Marschner, B. / Zuther, F. (Hrsg.): *Alles über Hautschutz, Hautreinigung, Hautpflege*, Bremerhaven, S. 173-178
- Matterne, U., Diepgen, T.L., Weisshaar, E. (2009): Effects of a health-educational and psychological intervention on socio-cognitive determinants of skin protection behaviour in individuals with occupational dermatoses. In: *Int Arch Occup Environ Health*,
- Mayring, P. (2001): Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analysen. In: *Qualitative Research*, Vol. 2, No. 1, <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/967/2111> vom 18.4.2010
- Mayring, P. (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung*, Beltz Verlag, Weinheim/Basel
- McCormick, R.D. / Buchmann, T.L. / Maki, D.G. (2000): Double-blind, randomized trial of scheduled use of a novel barrier cream and oil-containing lotion for protecting the hands of health care workers. In: *American Journal of Infection Control*, 28, S. 302-310
- Mitchel, G.(1989): Zur Vermeidung von Hautproblemen bei Handschuhträgern im Gesundheitsdienst. In: *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Präventivmedizin*, 24, S. 182-183
- Meding, B. / Wrangsjö, K. / Jarvholm, B. (2005): Fifteen-year follow-up of hand eczema: persistence and consequences. In: *British Journal of Dermatology*, 152, S. 975-980
- Mertin, M. (2009): Evaluation von Patientenschulungen. Entwicklung und Validierung eines Instruments zur Erfassung des krankheitsbezogenen Wissens bei Patienten mit berufsbedingten

- Hauterkrankungen, <http://repositorium.uni-osnabrueck.de/handle/urn:nbn:de:gbv:700-201004206227> vom 12.05.2012
- Nation, M. / Crusto, C. / Wandersman, A. / Kumpfer, K.L. / Seybolt, D. et al. (2003): What Works in Prevention? Principles of Effective Prevention Programs. In: *American Psychologist*, 58, S. 449-456
- Nicholson, P. / Llewellyn, D. / English, J. (2010): Evidence-based guidelines for the prevention, identification and management of occupational contact dermatitis and urticaria. In: *Contact Dermatitis*, 63, S. 177-186
- Orbell, S. / Sheeran, P. (1998): „Inclined abstainers“: A problem for predicting health behaviour. In: *British Journal of Social Psychology*, 37, S. 151-166
- Orht-Gomér, K. / Schneidermann, N. / Wang, H.X. et al. (2009): Stress reduction prolongs life in women with coronary disease. *The Stockholm Women's Intervention Trial for Coronary Heart Disease*. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 2009 (2), S. 25-32
- Osborne, R.H. / Elsworth, G.R. / Whitfield, K. (2007): The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): an outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. In: *Patient Education and Counseling*, 66, S. 192-201
- Øvretveit, J. (2002): *Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen*, Verlag Hans Huber, Bern
- Parschau, L. / Richert, J. / Koring, M. / Ernsting, A. / Lippke, S. / Schwarzer, R. (2011): Changes in social-cognitive variables are associated with stages transitions in physical activity. In: *Health Education Research*, 27, S. 129-140
- Pätzold, H. / Lernen, N. (2010): *Medien in Lehr-/Lernprozessen*. In: *Online-Wörterbuch Erwachsenenbildung*, <http://www.wb-erwachsenenbildung.de/> vom 18.04.2012
- Pedersen, L.K. / Held, E. / Johansen, J.D. / Agner, T. (2005): Less skin irritation from alcohol-based detergent used for hand disinfection. In: *British Journal of Dermatology*, 153, S. 1142-1146
- Petermann, F. (2004): Compliance: Eine Standortbestimmung. In: Petermann, F. / Ehlebracht-König, I. (Hrsg.): *Motivierung, Compliance und Krankheitsbewältigung*, S. Roderer Verlag, Regensburg, S. 89-105
- Petermann, F./ Reinecker, H. (Hrsg.) (2005): *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Hogrefe. Göttingen/Bern/Wien
- Petermann, F. (Hrsg.) (1997): *Patientenschulung und Patientenberatung*. Ein Lehrbuch, Hogrefe, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle
- Peterson, C., Seligmann, M.E., Vaillant, G.E.(1988): Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27
- Perrenoud, D. / Gallezot, D. / van Melle, G. (2001): The efficacy of a protective cream in a real-world apprentice hairdresser environment. In: *Contact Dermatitis*, 45, S. 134-138
- Piatt, G.A. / Orchard, T.J. / Emerson, S. / Simmons, D. / Songer, T.J. / Brooks, M.M. / Korytkowski, M. et al. (2006): Translating the chronic care model into the community. In: *Diabetes Care*, 29, S. 811-817
- Pimchanook, K., Gellert, P, Lippke, S. Schwarzer, R. (2012): Planning and self-efficacy can increase fruit and vegetable consumption: a randomized controlled trial. In *Journal of Behavioral Medicine*, 35. S. 443-451
- Proschaska, J.O. / DiClemente, C.C. (1983): Stages and processes of self-change of smoking. Toward an integrative model of change. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, S. 390-395
- Raithel, J. / Dollinger, B. / Hörmann, G. (2009): *Einführung Pädagogik. Begriff. Strömungen. Klassiker. Fachrichtungen*, VS-Verlag, Wiesbaden
- Ramsing, D.W. / Agner, T. (1996): Effect of glove occlusion on human skin. Long-term experimental exposure. In: *Contact Dermatitis*, 34, S. 258-262
- Reich, K. (2006): *Konstruktivistische Didaktik – ein Lehr- und Studienbuch inklusive Methodenpool auf CD*, Beltz-Verlag, Weinheim u.a.
- Reinehr, T. / Kersting, M. / Wollenhaupt, A. / Alexy, U. / Kling, B. / Ströbele, K. / Andler, W. (2005): Evaluation der Schulung „OBELDICKS“ für adipöse Kinder und Jugendliche. In: *Klinische Pädiatrie*, 217(1), S. 1-8

- Renzaho, A.M.H. / Mellor, D. / Boulton, K. / Swinburn, B. (2010): Effectiveness of prevention programmes for obesity and chronic disease among immigrants to developed countries – a systematic review. In: *Public Health Nutrition*, 13, S. 438-450
- Reusch, A. / Ströbl, V. / Ellgring, H. / Faller, H. (2011): Effectiveness of small-group interactive education vs. lecture-based information-only programs on motivation to change and lifestyle behaviours. A prospective controls trial of rehabilitation inpatients. In: *Patient Education and Counseling*, 82, S. 186-192
- Sabo, P. (2003): Gesundheitserziehung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*, Schabenheim a. d. Selz, Sabo, S. 71-72
- Salewski, C. (2003): Neurodermitis. In: Jerusalem, M. / Weber, H. (Hrsg.): *Psychologische Gesundheitsförderung*, Hogrefe, Göttingen, S. 585-598
- Schlesinger, Tanja (2004): *Sekundäre Prävention in der Berufsdermatologie: Ein Vergleich unterschiedlich komplexer Schulungsmaßnahmen unter der Berücksichtigung ausgewählter Berufe des Gesundheitswesens*. Logos-Verlag, Berlin
- Schmidt, C. (1997): „Am Material“: Auswertungstechniken für Leitfadeninterview. In: Friebertshäuser, B. / Prengel, A. (Hrsg.): *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*, Juventa-Verlag, Weinheim/München
- Schuhmacher, J., Klaiberg, A., Brähler, E. (2001): Bevölkerungrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. http://userpage.fu-berlin.de/~health/swe_norm.pdf. Zugriff am 22.4.2010
- Scholz, U. / Sniehotta, F. (2006): Langzeiteffekte einer Planungs- und Handlungskontrollintervention auf die körperliche Aktivität von Herzpatienten nach der Rehabilitation. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 14, S. 73-81
- Schüz, B. / Sniehotta, F. / Mallach, N. / Wiedemann, A. / Schwarzer, R. (2009): Predicting transitions from preintentional, intentional and actional stages of change. In: *Health Education Research*, 24, S. 64-75
- Schwanitz, H.J. (2002): Tertiäre Prävention von Berufsdermatosen. In: *Dermatologie in Beruf und Umwelt*, 50, S. 212-217
- Schwantes, H. / Schliemann, S. / Elsner, P. (2010): Rehabilitation bei Berufsdermatosen. In: *Der Hautarzt*, 4, S. 323-331
- Schwarzer, R. (2004): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*, Hogrefe, Göttingen u.a.
- Schwarzer, R. (2012): The Health-Action-Process-Approach (Hapa), <http://www.hapa-model.de> vom 17.01.2012
- Schwarzer, R. Schüz, B., Ziegelmann, J.P., Lippke, S. Luszczynska, A., Scholz, U. (2007): Adoption and Maintenance of Four Health Behaviors: Theory-Guided Longitudinal Studies on Dental Flossing, Seat Belt Use, Dietary Behavior, and Physical Activity. In *Ann Behav Med*, 33, S. 156-166
- Schwarzer, R.; Leppin, A. (1990): Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In: Schwarzer, R. (Hrsg): *Gesundheitspsychologie*. S. 395-414. Göttingen, Hogrefe
- Schwarzer, R. / Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999): *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin, <http://www.fu-berlin.de/gesund/> vom 10.11.2011
- Sekretariat der Kultusministerkonferenz (Hrsg) (2011): *Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe*, www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_09_23-GEP-Handreichung.pdf. vom 12.02.2012
- Skudlik, C. / Schwanitz, H.J. (2004): Tertiäre Prävention von Berufsdermatosen. In: *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 2, S. 424-433
- Skudlik, C. (2007): *Tertiäre Individual-Prävention (TIP) in der Berufsdermatologie*, V&R unipress, Osnabrück
- Skudlik, C. / Wulfhorst, B. / Gediga, G. / Bock, M. / Allmers, H. / John, S.M. (2008a): Tertiary individual prevention of occupational skin disease: a decade's experience with recalcitrant occupational dermatitis. In: *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 81, S. 424-433

- Skudlik, C. / Weisshaar, E. / Scheidt, R. / Wulfhorst, B. / Diepgen, T. / Elsner, P. et al (2008b): Multicenter study „Medical-Occupational Rehabilitation Procedure Skin-optimizing and quality of inpatient-management (ROQ)“. In: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 6, S. 1-5
- Skudlik, C. / Weisshaar, E. / Scheidt, R. / Wulfhorst, B. / Diepgen, T.L. / Elsner, P. / Schönfeld, M. / John, S.M. (2009): Multi-Center-Studie „Medizinisch-Berufliches-Rehabilitationsverfahren Haut – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens (ROQ)“. In: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 7, S. 122-127
- Skudlki, C., John, S.M. (2006): Tertiäre Individual-Prävention (TIP). In: Szlinska C., Brandenburg, S, John, S.M. (Hrsg): Berufsdermatosen. Dustri-Verlag. München Deisenhofen. S. 571-579
- Skudlik, C. / John, S.M. (2011): Berufsdermatosen, Prävention Hautarztverfahren und Begutachtung. In: Aktuelle Dermatologie für Dermatologen und dermatologisch Interessierte, <http://www.derma-net-online.de/> vom 12.05.2012
- Siebtens Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I, S. 1254), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I, S. 579) geändert worden ist, http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_7/BJNR125410996.html#BJNR125410996BJNG000200000 vom 26.05.2012
- Sloane, P.F. / Dilger, B. (2005): The competence clash – Dilemmata bei der Übertragung des `Konzepts der nationalen Bildungsstandards` auf die berufliche Bildung. In: bwp@ (2005), Ausg. 8, http://www.bwpat.de/ausgabe8/sloane_dilger_bwpat8.pdf vom 13.2.2012
- Slotosch, C.M. / Kampf, G. / Löffler, H. (2007): Effects of disinfectants and detergents on skin irritation. In: Contact Dermatitis, 57, S. 235-241
- Sniehotta, F.F. / Scholz, U. (2004): An experimental study on the efficacy of action planning, coping planning, and action control in facilitating lifestyle changes. In: *International Journal of Behavioral Medicine*, 11, S. 66-67
- Sniehotta, F. / Scholz, U. / Schwarzer, R. (2006): Action plans and coping plans for physical exercise. A longitudinal intervention study in cardiac-rehabilitation. In: British Journal of Health Psychology, 11, S. 23-37
- Sniehotta, F. / Schwarzer, R. (2003): Modellierung der Gesundheitsverhaltensänderung. In: Jerusalem, M. / Weber, H. (Hrsg): Psychologie des Gesundheitsverhaltens, Hogrefe, Göttingen, S. 677-694
- Sonsman, F. / John, S.M. / Fartasch, M. / Gebard, B. / Elsner, P. / Kleesz, P. / Landeck, L. / Pohrt, U. / Seyfarth, F. / Schliemann, S. / Diepgen, T.L. / Zagrodni, F. / Bock, M. (2010): Evaluation beruflicher Hautreinigungsmittel – Ergebnisse einer orientierenden Marktanalyse. In: Dermatologie in Beruf und Umwelt, 58, S. 156-164
- Stolz, H.I. (2005): Hautreinigung. In: Dickel, W. / Funk-Stendel, I. / Marschner, B. / Zuther, F. (Hrsg.): Alles über Hautschutz, Hautreinigung, Hautpflege, Bremerhaven
- Strauch, A. / Jütten, S. / Mania, E. (2009): Kompetenzerfassung in der Weiterbildung. Instrumente und Methoden situativ anwenden, Bertelsmann-Verlag, Bielefeld
- Ströbl, V. / Friedel-Huber, A. / Küffner, R. et al. (2007): Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen. In: Praxis Verhaltensmedizin und Klinische Rehabilitation, 20 (75), S. 11-14
- Ströbl, V. / Küffner, R. / Müller J. / Reusch, H. / Vogel, H. / Faller, H. (2009a): Patientenschulung: Qualitätskriterien der Schulungsumsetzung. In: Rehabilitation, 48, S. 166-173
- Ströbl, V. / Vogel, H. / Faller, H. (2009b): Gesundheitserziehung in der Krankenversorgung. In: Wulfhorst, B. / Hurrelmann, K. (2009): Handbuch Gesundheitserziehung, Verlag Hans-Huber, Bern, S. 198-211
- Sudeck, G. (2006): Motivation und Volition in der Sport- und Bewegungstherapie. Konzeptualisierung und Evaluierung eines Interventionskonzeptes zur Förderung von Sportaktivitäten im Alltag, Czwalina Verlag, Hamburg
- Turner, S. Cader, M., van Tongeren, R., Mc Namee, R., Lines, L., Hussey, L., Bolton, A., Wilkinson, M., Agius, R.: The incidence of occupational skin disease as reported to the Health and Occupational Report (THOR) network between 2002 and 2005 In: Contact Dermatitis 2007, S. 713- 722
- Uter, W. / Geier, J. / Lessman, H. / Schnuch, A. (2005): Inhaltsstoffe von Hautschutz- und Hautpflegemitteln aus allergologischer Sicht. Analyse von IVDK-Daten und Literaturübersicht. In: Dermatologie in Beruf und Umwelt, 53, S. 172-182

- VMBG Vereinigung der Metall-Berufsgenossenschaften (Hrsg.) (2005): BGI 658 Hautschutz in Metallbetrieben
- Vogel, H. (2001): Fragen zur Didaktik in der Patientenschulung. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 54, S. 161-163
- Warschburger, P. (2003): Asthma. In: Jerusalem, M. / Weber, H. (Hrsg.): Psychologische Gesundheitsförderung, Hogrefe, Göttingen, S. 535-549
- Warschburger, P. (2003a): Patientenschulung: Ziele und Konzepte. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 64, S. 339-344
- Weinert, F.E. (2001): Leistungsmessung in der Schule – Eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert, F.E. (Hrsg.): Leistungsmessung in Schulen, Weinheim/Basel, S.17-32
- Weinstein, N.D. / Lyon, J.E. / Sandman, P.M. / Cuite, C.L. (1998): Experimental evidence for stages of health behavior change: The precaution adoption process model applied to home radon testing. In: Health Psychology, 17, S. 445-453
- Weisshaar, E., Skudlik, C., Scheidt, R., Mattered, U., Wulfhorst, B., Schönfeld, M., Elsner, P., Diepgen, T., John, S.M. for ROQ Study Group: Multicentre study `rehabilitation of occupational skin diseases – optimization and quality assurance of inpatient management (ROQ) – results form 12-month follow-up. In: Contact dermatitis, 68, S. 169-174
- Wiedl, K. (2009): Rehamotivation, psychisches Befinden und Lebensqualität bei Patienten in stationärer berufsdermatologischer Rehabilitation. Dissertation, http://repositorium.uni-osnabrueck.de/bitstream/urn:nbn:de:gbv:700-2009121812/2/E-Diss992_thesis.pdf 15.4.2012
- Wigger-Alberti, W. (2006): Skin Protection and Skin Care. In: Frosch, P.J. / Menné, T. / Lepoittevin, J.P. (Hrsg.) (2006): Contact Dermatitis, Springer Verlag, S. 838-843
- Wigger-Alberti, W. (2005): Möglichkeiten und Grenzen von Hautschutzmitteln. In: Dermatologie in Beruf und Umwelt, 53, S. 158-166
- Wigger-Alberti, W. / Elsner, P. (1997): Fluoreszenz im Wood-Licht. In: Hautarzt, 48, S. 523-527
- Wigger-Alberti, W. / Fischer, T. / Greif, C. / Maddern, P. et al. (1999): Effects of various gritcontaining cleansers on skin barrier function. In: Contact Dermatitis, 41, S. 136-140
- Wilke, A., Gediga, G., Schlesinger, T., John, S.M., Wulfhorst, B. (2012): Sustainability of interdisciplinary secondary prevention in patients with occupational hand eczema: a 5-year follow-up survey. In: Contact Dermatitis, 67, S. 208-216
- Wilson, E. / Park, D. / Curtis, L. / Cameron, K. / Clayman, M. / Makoul, G. / Eigen, K. / Wolf, M. (2010): Media and memory: The efficacy of video and print materials for promoting patient education about asthma. In: Patient Education and Counseling, 80, S. 393-398
- Winnefeld, M. / Richard, M.A. / Drancourt, M. / Grob, J. (2000): Skin tolerance and effectiveness of two hand decontamination procedures in everyday hospital use. In: British Journal of Dermatology, 143, S. 546-550
- Witzel, A. (1982): Verfahren in der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen, Frankfurt/M. / New York
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. Forum qualitative Sozialforschung / Forum qualitative Research, 1 (1), <http://research.net/fqs.htm> vom 11.01.2010
- World Health Organisation (WHO) (1986): Ottawa-Charta for Health Promotion (1986), www.euro.who.int/de/.../ottawa-charter-for-health-promotion,-1986 vom 18.01.2012
- Wulfhorst, B. (2001): Konzeption, Implementation und Evaluation einer gesundheitspädagogischen Maßnahme. In: Schwanitz, H.J. (Hrsg.): Studien zur Prävention in Allergologie, Berufs- und Umweltdermatologie (ABU 5), Universitätsverlag Rasch, Osnabrück
- Wulfhorst, B. (2002): Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung, Juventa-Verlag, Weinheim/München
- Wulfhorst, B. / Schwanitz, H.J. (2003): Gesundheitserziehung in Hautrisikoberufen. In: Allergologie 26, S. 387-395
- Wulfhorst, B. (2006): Gesundheitserziehung und Patientenschulung. In: Hurrelmann, K. / Laaser, U. / Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 4. Aufl., Juventa-Verlag, Weinheim, S. 819-844
- Wulfhorst, B. / Bock, M. / Skudlik, C. / John, S.M. (2006): Worker education and teaching programs: The German experience. In: Frosch, P.J. / Menné, T. / Lepoittevin, J.P. (Hrsg.): Contact Dermatitis, Springer Verlag, Berlin / Heidelberg / New-York, S. 855-861
- Wulfhorst, B. / John, S.M. (2007): Bundesverband der Unfallkassen (Hrsg.): GUV-I 8559 Hautkrankheiten und Hautschutz

- Wulfhorst, B. / Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2009): Handbuch Gesundheitserziehung, Verlag Hans-Huber, Bern
- Wiedemann, A. / Schüz, B. / Sniehotta, F. / Scholz, U. / Schwarzer, R. (2009): Disentangling the relation between intentions, planning and behaviour: A moderated mediation analyse In: *Psychology and Health* 24, S. 67-79
- Wiedl, K. (2009): Rehamotivation, psychisches Befinden und Lebensqualität bei Patienten in stationärer berufsdermatologischer Rehabilitation. Dissertation, [www.http://repositorium.uni-osnabrueck.de/bitstream/urn:nbn:de:gbv:700-2009121812/2/E-Diss992_thesis.pdf](http://repositorium.uni-osnabrueck.de/bitstream/urn:nbn:de:gbv:700-2009121812/2/E-Diss992_thesis.pdf) vom 21.05.2012
- Winkler, R. / Salameh, B. / Stolkovich, S. / Nikl, M. / Barth, A. / Ponocny, E. / Drexler, H. / Tappeiner, G. (2007): Effectiveness of skin protection creams in the prevention of occupational dermatitis: results of a randomized controlled trial. In: *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82, S. 653-662
- Zhai, H. / Schmidt, R. / Levin, C. / Klotz, A. / Maibach H.I. (2001): Prevention and therapeutical effects of a model emulsion on glove-induced irritation and dry skin in man. In: *Dermatologie in Beruf und Umwelt*, 50, S. 134-138
- Zuther, F. / Marschner, B. (2005): Betriebliche Organisation. In: Dickel, W. / Funk-Stendel, I. / Marschner, B. / Zuther, F. (Hrsg.): *Alles über Hautschutz, Hautreinigung, Hautpflege*, Bremerhaven
- Zwick, E. (2004): Reform und Innovation. Beiträge pädagogischer Forschung. *Gesundheitspädagogik. Wege zur Konstituierung einer erziehungswissenschaftlichen Teildisziplin*, Lit-Verlag, Münster

VI Anhang

Patientenbroschüre „Hautschutz für mich“



iDerm
Betriebsgesellschaft
gemeinnützige GmbH

Hautschutz für mich!

Ein Begleitheft mit Anregungen zum
Hautschutz für den beruflichen und priva-
ten Alltag

Für:

.....



I. Liebe Patienten,

Wir möchten Ihnen helfen, dass Ihr Hautzustand sich nicht nur kurzfristig verbessert, sondern auch langfristig stabil bleibt. Dabei spielt der persönliche Hautschutz eine zentrale Rolle. Deshalb versuchen wir gemeinsam mit Ihnen zu ermitteln, welche Hautschutzmaßnahmen speziell für SIE passend sind! Doch auch der am besten abgestimmte Hautschutzplan bleibt wirkungslos, wenn er im Alltag nicht zum Einsatz kommt.

Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen helfen, die für Sie geeigneten Hautschutzmaßnahmen zu ermitteln und diese später in Ihrem beruflichen und privaten Alltag zu verankern.

Die Broschüre ist in 5 Kapitel gegliedert.

In den einzelnen Kapiteln werden Sie gekennzeichnete Felder wie dieses finden, in denen spezielle Aufgaben zur Planung Ihres zukünftigen Hautschutzverhaltens enthalten sind.



Das nebenstehende Symbol kennzeichnet Felder, in denen Sie ihre Überlegungen schriftlich festhalten können. Wir möchten Sie also zur aktiven Mitarbeit anregen. Durch diese intensive Auseinandersetzung mit den für Sie geeigneten Hautschutzmaßnahmen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass diese in Zukunft Teil Ihres Alltags werden.

Damit legen Sie einen wichtigen Grundstein für einen langfristig stabilen Hautzustand.

Diese Broschüre basiert auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der Reha-Forschung¹. Wir möchten zu dieser Broschüre aber auch Ihre persönliche Einschätzung erfahren! Deshalb wäre es schön, wenn Sie sich bereit erklären würden, einen kleinen Fragebogen zum Ende Ihres Aufenthaltes auszufüllen. Eine weitere Befragung wird erfolgen, sobald sie etwa vier Wochen wieder in Ihrem Beruf gearbeitet haben. Diese Befragung wird dann telefonisch durchgeführt werden. Falls Sie zu dieser Befragung noch etwas wissen möchten, oder darüber hinaus Fragen haben, wenden Sie sich gerne an einen unserer Gesundheitspädagogen.

**Wir wünschen Ihnen einen angenehmen und erfolgreichen Aufenthalt bei uns!
Ihre Gesundheitspädagogen vom IDerm**

¹ Literaturhinweis:

Sudeck, G. (2006): Motivation und Volition in der Sport- und Bewegungstherapie – Konzeptualisierung und Evaluierung eines Interventionskonzepts zur Förderung sportlicher Aktivitäten im Alltag. Hamburg: Czwalina

Keck, M.; Höhner, O.; Sudeck G. (Hrsg.)(2008): Bewegung und Sport im Alltag. Begleitheft mit Anregungen und Hilfen für das Sporttreiben zuhause. Tübingen: ohne Verlag



II Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------------------|---|----|
| Kapitel 1: | Brauche ich wirklich Hautschutzmaßnahmen? | 4 |
| Kapitel 2: | Hautschutz für mich!..... | 6 |
| Kapitel 3: | Mein persönlicher Hautschutzplan..... | 8 |
| Kapitel 4: | Was ist wenn...? Hindernisse überwinden!..... | 9 |
| Kapitel 5: | Wie geht es weiter?..... | 11 |





1.


Brauche ich wirklich Hautschutzmaßnahmen?

Während ihres Aufenthaltes bei uns in Osnabrück lernen Sie verschiedene Hautschutzmaßnahmen kennen. Wir werden Ihnen aufzeigen, welche positiven Auswirkungen die verschiedenen Schutzmaßnahmen auf Ihre Haut haben können. Gemeinsam mit Ihnen werden wir überlegen, in welcher Form Sie Hautschutz in Ihrem beruflichen und privaten Alltag umsetzen können.

Um die Hautschutzmaßnahmen umzusetzen sind für Sie persönlich vielleicht besonders die positiven Effekte motivierend.

Aber vielleicht haben Sie auch einige Hindernisse vor Augen, die Sie davon abhalten könnten, Hautschutzmaßnahmen durchzuführen.

Die Tabelle kann Ihnen helfen, sich einen Überblick über Ihre persönlichen Vor- und Nachteile bei der Verwendung von Hautschutzmaßnahmen zu verschaffen.

-  Welche **Hindernisse/Nachteile** sehen Sie **persönlich** im Moment, wenn es um den regelmäßigen Einsatz von Hautschutzmaßnahmen geht?
-  Welche **Vorteile** sehen Sie **persönlich** in dem regelmäßigen Einsatz von Hautschutzmaßnahmen?
-  Tragen Sie Ihre Überlegungen in die entsprechenden Felder der Tabelle ein!

Wenn bei Ihrer Auflistung die persönlichen Vorteile überwiegen, so wird es für Sie wahrscheinlich leichter sein, Hautschutzmaßnahmen ganz selbstverständlich in Ihren beruflichen und privaten Alltag einzubauen.

Überwiegen zur Zeit noch die Hindernisse? Dann werden wir versuchen, Ihnen dabei zu helfen, diese abzubauen. Sprechen Sie hierfür ruhig die Pädagogen und Ihren behandelnden Arzt/ behandelnde Ärztin an!

Zudem wird der weitere Aufenthalt und auch diese Broschüre Ihnen vielleicht helfen, mehr persönliche Vorteile im Bezug auf Hautschutz zu sehen.



Hautschutzmaßnahmen

spricht
dafür



spricht
dagegen





2. Hautschutz für mich!


Durch die mehrmals tägliche Behandlung wird Ihrer Haut viel Aufmerksamkeit und Zeit geschenkt. Um die positiven Effekte dieser Therapie- und Pflegemaßnahmen auch nach Ihrer Zeit bei uns aufrecht zu erhalten, ist es notwendig, den Hautschutz weiter in Ihrem Alltag zu verankern.

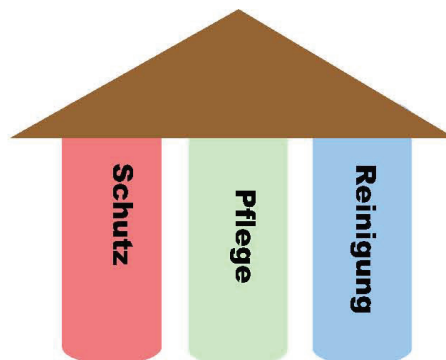
Wahrscheinlich haben Sie durch die Gespräche mit dem behandelnden Arzt, durch das Hautschutzseminar und die Gespräche mit den anderen Patienten vieles über ihre Haut und Hautschutz erfahren. Erinnern Sie sich auch noch an die Abbildung zum „systematischen Hautschutz“ im Seminar?

Der Systematische Hautschutz besteht aus drei tragenden Säulen: **Hautschutz** (Creme und Handschuhe), **Reinigung** und **Pflege**.

Nach Möglichkeit sollten alle drei Säulen berücksichtigt werden, denn ähnlich wie beim Hausbau: wird eine der tragenden Säulen weggelassen oder zu wenig berücksichtigt, wird das Gebäude instabil und könnte zusammenbrechen.

Aus diesem Grunde möchten wir Sie jetzt ermutigen, über Ihre bisher gemachten Erfahrungen nachzudenken.

- ? In welchen Bereichen sehen Sie Möglichkeiten, Ihren Hautschutz zu verbessern? Denken Sie dabei an **berufliche und private** (z. B. Haushalt, Hobby) Tätigkeiten!
-  Nutzen Sie für Ihre Überlegungen die folgende Seite und tragen Ihre persönlichen Verbesserungsideen in die entsprechenden Kästchen ein!





Hautschutzcreme/Handschuhe: Hier könnte ich versuchen:
beruflich: _____

privat: _____

Hautpflege: Hier könnte ich versuchen:
beruflich: _____

privat: _____



Hautreinigung: Hier könnte ich versuchen:
beruflich: _____

privat: _____





3. Mein persönlicher Hautschutzplan

Neben der Festlegung, welche Hautschutzmaßnahmen für Ihre Tätigkeit relevant sind, sollten Sie sich ganz konkret überlegen, wie die Umsetzung der Maßnahmen gelingen kann.

Dabei soll Ihnen Ihr individueller Hautschutzplan helfen! Je konkreter Sie sich vor Augen führen, was in den einzelnen Situationen zu tun ist, desto mehr wird Ihnen der Plan helfen.

Deswegen sollten Sie sich nach Möglichkeit Ihren persönlichen Hautschutzplan gut einprägen. Es fällt Ihnen dann leichter die empfohlenen Maßnahmen am Arbeitsplatz oder in der Freizeit umzusetzen. Aus diesem Grund könnte es hilfreich sein, sich ihren persönlichen Plan auch während Ihrer Zeit zu Hause (direkt im Anschluss an Ihren Aufenthalt hier bei uns) öfter anzusehen.

-  Ab Seite 12 finden Sie mehrere Planungsvorlagen, ähnlich der Tabelle unten auf dieser Seite. Nutzen Sie diese Vorlagen für Ihre Planung. Durch die schriftliche Planung werden diese persönlicher und verbindlicher. Das erleichtert Ihnen die Umsetzung.
-  Es gibt Planungsvorlagen für den beruflichen und für den privaten/Freizeitbereich. Planen Sie nach Möglichkeit für beide Bereiche ihr Hautschutzverhalten.

Wir haben mehrere Vorlagen für Sie vorbereitet, falls Ihr erster Plan einer Überarbeitung bedarf, können Sie einfach einen weiteren ausfüllen.

| | WAS | WO | WANN | WIE |
|------------|-----|----|------|-----|
| Hautschutz | | | | |
| Handschuhe | | | | |
| Reinigung | | | | |
| Hautpflege | | | | |



4.

Was ist wenn...? Hindernisse überwinden!

Trotz aller guten Vorsätze, vielen fällt es schwer die empfohlenen Hautschutzmaßnahmen in der angebrachten Regelmäßigkeit umzusetzen.







Wieder im beruflichen und privaten Alltag angekommen, scheinen oft viele Gründe den regelmäßigen Einsatz zu verhindern.

Um so wichtiger ist es, dass Sie sich bereits jetzt Gedanken machen, welche Probleme und Hindernisse es Ihnen persönlich schwer machen könnten, die empfohlenen Hautschutzmaßnahmen regelmäßig in Ihren beruflichen und privaten Alltag einzubinden.







? Überlegen Sie, welche Hindernisse Sie davon abhalten könnten, Hautschutzmaßnahmen zu ergreifen?

 Nutzen Sie für Ihre Überlegungen die Tabelle auf der folgenden Seite!

Mögliche Hindernisse könnten sein:

-  Die richtigen Handschuhe / -cremes sind nicht greifbar wenn man sie braucht.
-  Zeitmangel.
-  Der Arbeitgeber stellt die für mich angemessenen Hautschutzmittel nicht zur Verfügung.
-  Kollegen haben kein Verständnis.
-  Einige Tätigkeiten erscheinen mit Handschuhen und/oder Baumwollunterziehhandschuhen nicht möglich.
-  Vergesslichkeit.

Mögliche Lösungsansätze könnten sein:

-  Kleine Tuben und/oder Handschuhpaare direkt am Körper mitführen (z. B. an Gürteltaschen, Taschen an der Arbeitskleidung).
-  Auch zu Hause an vielen Orten Hautschutzmaterialien aufbewahren, so dass man immer wieder an den Hautschutz erinnert wird.
-  Wenn es irgendwie geht, sich die Zeit nehmen, bzw. in Phasen mit wenig Zeitdruck besonders intensiv auf den Hautschutz achten. (Bedenken Sie, kein Unfallarzt wird einen Verletzten ohne Handschuhe versorgen!)
-  Das Gespräch mit dem Arbeitgeber suchen und erläutern, warum diese Hautschutzmittel für Sie wichtig sind. Unter Umständen diese Problematik mit der Berufsgenossenschaft besprechen.
-  Das Gespräch mit den Kollegen suchen und erläutern, warum der Hautschutz für Sie wichtig ist. Unter Umständen können Ihnen dabei Infobroschüren zu dem Thema helfen. Sprechen Sie uns an, wenn Sie welche benötigen!
-  Bedenken Sie, dass viele Dinge eine Sache der Gewöhnung sind. In der Regel braucht es ca. 4-6 Wochen um sich z. B. an das veränderte Tastempfinden mit Handschuhen zu gewöhnen! Versuchen Sie nicht zu ungeduldig zu sein und sich selbst diese Zeit der Umgewöhnung zu geben!



| Folgende Hindernisse könnten mir die Umsetzung meiner Hautschutzmaßnahmen erschweren: | So könnte ich diese Hindernisse überwinden: |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |







5. Wie geht es weiter?

Nach Ihrem Aufenthalt bei uns in Osnabrück werden noch ein paar Wochen ins Land gehen, und erst dann werden Sie wieder Ihre berufliche Tätigkeit aufnehmen können. Nutzen Sie diese Zeit, um sich Ihren persönlichen Hautschutzplan gut einzuprägen. Eventuell ergeben sich in dieser Zeit auch noch Veränderungen, so dass Ihr zunächst erstellter Plan nicht mehr stimmt. Dann können Sie diesen überarbeiten und einen der Pläne auf der folgenden Seite ausfüllen.

Versuchen Sie, während Ihrer Zeit zu Hause alle noch hautbelastenden Tätigkeiten, die Sie nicht anderen übertragen können, nur mit ganz konsequentem Hautschutz durchzuführen.

Hier ein paar Beispiele:

- Reinigungsarbeiten (Hausputz, Abwasch etc.) nur mit geeigneten Mehrweg-Handschuhen. 
- Bei Schweißneigung unter flüssigkeitsdichten Handschuhen Baumwollhandschuhe unterziehen. 
- Handschuhe nicht zu lange tragen. Öfter mal Handschuhe wechseln, spätestens wenn diese von innen feucht werden (Schwitzen, eingelaufene Flüssigkeiten). 
- Mehrweghandschuhe so lagern, dass sie nach Gebrauch gut austrocknen können (z. B. Aufhängen am Hosenbügel, Öffnung nach oben) 
- Versuchen Sie ihre Hände nur noch selten mit Wasser und Seife zu waschen. Die meisten starken Verschmutzungen können durch Handschuhe vermieden werden.
- Reinigen Sie ihre Hände möglichst schonend, z. B. auch mal nur mit klarem, lauwar-
men Wasser.



Mein Hautschutzplan für den Beruf

| | WAS (Produktnamen – auch ausgedachte Namen sind okay, Hauptsache Sie wissen genau, was gemeint ist) | WO (Mögliche Aufbewahrungsorte die leicht erreichbar sind) | WANN (Bei welchen Tätigkeiten einsetzen?) | WIE / WIE OFT (Gibt es Tipps, die Sie bei der Anwendung besonders berücksichtigen wollen?) |
|-----------------|---|--|---|--|
| Hautschutzcreme | | | | |
| Handschuhe | | | | |
| Hautreinigung | | | | |
| Hautpflege | | | | |



Mein Hautschutzplan für die Freizeit

| | WAS (Produktnamen – auch ausgedachte Namen sind okay, Hauptsache Sie wissen genau, was gemeint ist) | WO (Mögliche Aufbewahrungsorte die leicht erreichbar sind) | WANN (Bei welchen Tätigkeiten einsetzen?) | WIE / WIE OFT (Gibt es Tipps, die Sie bei der Anwendung besonders berücksichtigen wollen?) |
|------------------------|---|--|---|--|
| Hautschutzcreme | | | | |
| Handschuhe | | | | |
| Hautreinigung | | | | |
| Hautpflege | | | | |



Mein Hautschutzplan für den Beruf

| | WAS (Produktnamen – auch ausgedachte Namen sind okey, Hauptsache Sie wissen genau, was gemeint ist) | WO (Mögliche Aufbewahrungsorte die leicht erreichbar sind) | WANN (Bei welchen Tätigkeiten einsetzen?) | WIE / WIE OFT (Gibt es Tipps, die Sie bei der Anwendung besonders berücksichtigen wollen?) |
|-----------------|---|--|---|--|
| Hautschutzcreme | | | | |
| Handschuhe | | | | |
| Hautreinigung | | | | |
| Hautpflege | | | | |



Mein Hautschutzplan für die Freizeit

| | WAS (Produktnamen – auch ausgedachte Namen sind okay, Hauptsache Sie wissen genau, was gemeint ist) | WO (Mögliche Aufbewahrungsorte die leicht erreichbar sind) | WANN (Bei welchen Tätigkeiten einsetzen?) | WIE / WIE OFT (Gibt es Tipps, die Sie bei der Anwendung besonders berücksichtigen wollen?) |
|-----------------|---|--|---|--|
| Hautschutzcreme | | | | |
| Handschuhe | | | | |
| Hautreinigung | | | | |
| Hautpflege | | | | |



Einwilligungserklärung SWE

Erleben der volitionalen Phase nach Schwarzer

M. Sieverding / Universität Osnabrück

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Mein Name ist Maike Sieverding, ich bin Dipl. Gesundheitslehrerin und beschäftige mich mit der Planung und Durchführung von Patientenschulungen zum Thema „Hautschutz bei berufsbedingten Hauterkrankungen“.

Im Rahmen meiner Doktorarbeit möchte ich unter anderem die „allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungen“ unserer Patienten untersuchen. Um diese zu erheben, möchte ich Sie bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Der Fragebogen setzt sich aus zwei Teilen zusammen. Im ersten Teil geht es um allgemeine Daten zu Ihrer Person, der zweite Teil des Fragebogens erfasst ihre allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung.

Ich freue mich, wenn Sie mein Vorhaben unterstützen und den hier vorliegenden Fragebogen ausfüllen!

Freiwilligkeit:

An diesem Forschungsprojekt nehmen Sie freiwillig teil. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Dieser eventuelle Widerruf hat keine Auswirkungen auf Ihre medizinische Betreuung.

Schweigepflicht/Datenschutz:

Alle Personen, welche Sie im Rahmen dieser Untersuchung betreuen, unterliegen der Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Ergebnisse sollen in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden. Ihr Fragebogen wird streng vertraulich behandelt. Die Befragung ist anonymisiert. Sie brauchen uns Ihren Namen nicht anzugeben; um jedoch eventuelle Veränderungen nach Ihrem stationären Heilverfahren hier bei uns feststellen zu können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Wir versichern Ihnen jedoch ausdrücklich, dass diese Daten nur für diesen Untersuchungszweck erhoben und nach Auswertung vernichtet werden. Wir nehmen keine Rückschlüsse auf Ihre Person vor.

Kontaktadresse für Rückfragen / Widerruf:

Universität Osnabrück
Fachbereich Humanwissenschaften / Abteilung Dermatologie
Ansprechpartner: Frau Maike Sieverding
Sedanstr.115, 49090 Osnabrück Tel.: 0541-405-1851

Unterschrift zum Einverständnis: _____

Ort / Datum

Unterschrift

Fragebogen Teil 1
Angaben zu Ihrer Person:

Anfangsbuchstabe Ihres Vornamens: _____ und Nachnamens: _____

Ihr Geburtsdatum: __ __ / __ __ / __ __ __ __ (Tag/Monat/Jahr)

Ihr Geschlecht: männlich weiblich

Bitte nennen Sie uns Ihren Beruf bzw. derzeitige Tätigkeit:

Seit wann leiden Sie schon an Ihrer Hauterkrankung (ungefähre Angabe)?

ungefähr seit: _____ (Monat): _____ (Jahr)

Sind Sie schon einmal zum Thema „Hautschutz“ geschult oder beraten worden?

ja nein

Welche Schulbildung haben Sie (höchster Abschluss)?

- keinen Abschluss
- Hauptschule / Volksschule
- Realschule / Polytechnische Oberschule
- Fachhochschulreife
- Abitur / Allgemeine Hochschulreife

Welche Berufsausbildung haben Sie (höchster Abschluss)?

- keine / nicht abgeschlossene Berufsausbildung
- Lehre (berufliche/betriebliche Ausbildung)
- Fachschule (Meister-/Technikerschule/Berufsakademie)
- Fachhochschule / Universität/ Hochschule
- andere Berufsausbildung

Familienstand?

- ledig
- feste Partnerschaft / verheiratet
- geschieden / verwitwet

Bei dem nun folgenden Fragebogen erhalten Sie eine Reihe von Aussagen.

Bitte beurteilen Sie, in wie fern diese Aussagen auf Ihre **jetzige Situation (also die letzten 2 bis 3 Wochen einschließlich heute)** zutreffen.

Bitte **entscheiden** Sie sich für die **am ehesten zutreffende** Antwort und kreuzen Sie diese an (**nur ein Kreuz pro Zeile**)! Es gibt hierbei keine richtigen und falschen Antworten! **Allein Ihre persönliche Einschätzung ist uns wichtig!**

Fragebogen Teil 2:**Fragebogen zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeit**

Bei diesem Fragebogen bedeutet:

1 = stimmt nicht

2 = stimmt kaum

3 = stimmt eher

4 = stimmt genau

| | stimmt nicht | stimmt kaum | stimmt eher | stimmt genau |
|--|-------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|
| 1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Einwilligungserklärung Interviews

Maike Sieverding
Universität Osnabrück
Fachbereich Humanwissenschaften /Abteilung Dermatologie
Sedanstraße 115
49090 Osnabrück
Tel: 0541.4051810

Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mich bereit, im Rahmen der von Frau Maike Sieverding durchgeführten Studie *über die Zusammenhänge von Selbstwirksamkeit, stationärem Heilverfahren und Hautschutzverhalten* **vier Interviews** zu geben. Und zwar **das Erste am Tag nach der Aufnahme** hier in der stationären Rehabilitation, **das Zweite zum Zeitpunkt der Entlassung** aus der stationären Rehabilitation, **das dritte Interview kurz vor dem beruflichen Wiedereinstieg** und **das vierte Interview 4 Wochen nach dem beruflichen Wiedereinstieg**. Das Interview Drei und Vier können ggf. auch telefonisch durchgeführt werden.

Ich wurde über die Inhalte und Methoden der Studie informiert.

Im Zentrum des Forschungsinteresses stehen meine spezifischen Erfahrungen mit meiner Hauterkrankung. Ich weiß, dass es sich um ein halbstrukturiertes Interview handelt, bei dem mir einige Leitfragen gestellt werden. Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass es mir frei steht, einzelne Fragen im Interview nicht zu beantworten.

Diese Einwilligungserklärung wird getrennt von den Tonaufnahmen bei Frau Sieverding verschlossen verwahrt und zum Zeitpunkt der Löschung der Tonbandaufnahmen vernichtet.

Ich nehme freiwillig an den Interviews teil. Das Interview wird von Frau Sieverding unter vier Augen geführt. Ich wurde darüber informiert, dass alle erhobenen Daten zu meiner Person anonymisiert und zu rein wissenschaftlichen Zwecken genutzt werden. Die Tonbandaufnahmen werden nach Abschluss der Untersuchung (voraussichtlich zum August 2011) gelöscht.

Ich stimme der Aufnahme des Interviews und der wissenschaftlichen Transkription des Interviews zu.

Ich bin mit den genannten Rahmenbedingungen der wissenschaftlichen Untersuchung einverstanden. Ich wurde darüber informiert, dass ich meine Einwilligung bis zur Vernichtung dieser Erklärung zurückziehen kann.

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

Datum, Ort Name Unterschrift

Interviewleitfaden t1

Interview t1 Aufnahme

Datum: _____ Uhrzeit Anfang: _____ Uhrzeit Ende: _____

Initialien Vorname/Nachname _____ Geb.Datum. _____

- Sie sind hier bei uns, weil Sie eine beruflich bedingte Hauterkrankung haben. Was bedeutet diese Erkrankung für Sie?
 - Impuls: Beeinträchtigungen?, Schmerzen?
 - Impuls: stört sie diese Erkrankung?
- Wo sehen Sie die Ursachen für Ihre Erkrankung?
- Kennen Sie das, dass Ihre Haut „einen akuten Schub“ hat, oder ist die Hautveränderung immer gleichbleibend?
 - Impuls, falls akute Schübe bekannt:
 - Wo sehen sie die Ursachen für akute Schübe?
 - Wie haben sie auf diese akuten Schübe reagiert?
- Was haben sie schon alles ausprobiert, um ihre Hauterkrankung in den Griff zu bekommen?
 - Impuls: Therapie vom Arzt?
 - Impuls: alternative Heilmethoden?
- Welche Hautschutzmaßnahmen haben Sie schon durchgeführt, bevor Sie zu uns gekommen sind?
 - Impuls: Hautschutz bei der Arbeit?
 - Impuls: Hautschutz privat?
- Wie empfinden Sie Hautschutzmaßnahmen?
- Wie zufrieden sind sie mit sich selber, was die Umsetzung von Hautschutzmaßnahmen angeht?
- Wären Sie grundsätzlich bereit (noch) mehr aktiven Hautschutz zu betreiben?
 - Impuls: Falls Ja: Wieviel Zeit / Geld wären Sie bereit beruflich / privat zu investieren?
 - Impuls: Falls Nein. Warum nicht?
- Wenn es mit Hautschutzmaßnahmen mal nicht geklappt hat, woran lag es dann?
- Was erhoffen Sie sich von Ihrem Aufenthalt hier bei uns?
- In wie weit möchten Sie mit dem Arzt/Pädagogen mitentscheiden, welche Therapien oder Hautschutzmaßnahmen für Sie ausgewählt werden?
 - Impuls: Ist es Ihnen lieber, der Arzt, Pädagoge entscheidet über ihren Hautschutz/ Therapie?

Interviewleitfaden t2

Interview t2 : Entlassung

Datum: _____ Uhrzeit Anfang: _____ Uhrzeit Ende: _____

Vor-/Nachname _____ Geb.Datum. _____

-
- Wie ist es Ihnen in Ihrer Zeit hier bei uns ergangen?
 - Wie fühlen Sie sich auf eine „Verschlechterung“ oder „akuten Schub“ Ihrer Haut vorbereitet?
 - Impuls: Werden Sie damit zukünftig anders umgehen?
 - Wie fühlen Sie sich auf den beruflichen Wiedereinstieg vorbereitet?
 - Impuls: in Bezug auf ihre Haut
 - Impuls: in Bezug auf Ihren Hautschutz
 - In wieweit hat man Sie an Entscheidungen zur Therapie und Hautschutzmaßnahmen beteiligt?
 - Haben Sie hier Anregungen bekommen, die sie zukünftig in Ihrem beruflichen oder privaten Alltag umsetzen möchten?
 - Impuls, wenn „ja“, welche?
 - Impulse zum Hautschutz?
 - beruflich
 - privat
 - Hautreinigung,
 - Handschuhe
 - Hautschutzcreme
 - Umgang mit Juckreiz?
 - Entspannung?
 - Impuls, wenn „Nein“, Wieso nicht?
 - Haben Sie Lust, diese Anregungen zukünftig in Ihrem Alltag umzusetzen?
 - Impuls: Falls „Ja“ wieso, Falls „nein“ wieso?
 - Möchten Sie alle Anregungen umsetzen oder nur bestimmte?
 - Impuls: Falls nur bestimmte, wieso diese?

- Woher stammen Ihre Anregungen zum Hautschutzverhalten?
 - Impulse zur Quelle:
 - Hautarzt
 - Seminar
 - Handschuhberatung
 - psychologischen Seminaren
 - Broschüre: Hautschutz für mich?
 - von anderen Patienten hier im Haus?
 -
- Haben Sie bereits konkret überlegt bzw. Pläne gemacht, wie Sie diese Anregungen künftig umsetzen können?
 - Impuls: Falls „Ja“: Was hat Sie dazu bewegt ihr künftiges Hautschutzverhalten zu planen?
 - Impuls: Falls „Nein“: Wieso keine Pläne zur Umsetzung?
- Welche Maßnahmen haben Sie geplant?
 - Impuls: Wie haben Sie geplant (schriftlich, nur im Kopf, im Gespräch, mit der Broschüre...)?
 - Impuls: Was haben Sie konkret geplant?
- Welche Störungen oder Hindernisse könnten Sie vom Hautschutz abhalten?
- Haben Sie Pläne gemacht, wie sie mit solchen Störungen umgehen werden?
- Wie ist es Ihnen beim Vorgang des Planens ergangen?
 - Impuls: Fiel es Ihnen leicht, schwer oder keins von beidem?

Interviewleitfaden t3**Interview t3 - vor beruflichem Wiedereinstieg**

Datum: _____ Uhrzeit Anfang: _____ Uhrzeit Ende: _____

Initialen Vorname/Nachname _____ Geb. Datum. _____

-
- Wie ist es Ihnen zu Hause ergangen?
 - Haben Sie über die Zeit hier bei uns zu Hause noch nachgedacht?
 - Impuls: Falls ja: Worüber haben Sie nachgedacht?
 - Haben Sie zu Hause bereits Dinge umgesetzt, die sie hier kennen gelernt hatten?
 - Impuls: Falls ja: welche? Falls nein, warum nicht?
 - Impuls: Falls ja: Wie ist es gelaufen? Fiel es Ihnen leicht oder eher schwer, diese Dinge umzusetzen?
 - Wie zufrieden sind sie mit sich selber, was die Umsetzung angeht?
 - Könnten Sie das in einer Schulnote ausdrücken?
 - Gab es Situationen, in denen es mit dem Hautschutz zu Hause mal nicht so geklappt hat?
 - Impuls: Welche?
 - Zum Hautschutz im Beruf: Gibt es Dinge, die Sie hier verändern möchten?
 - Impuls: Falls ja: welche ? Falls nein, warum nicht?
 - Haben Sie konkrete Pläne gemacht, wie die Sie diese Dinge umsetzen möchten?
 - Impuls: Wie haben Sie geplant (schriftlich, nur im Kopf, im Gespräch, mit der Broschüre...)?
 - Impuls: Was haben Sie geplant?
 - Wie sind Sie mit der Broschüre „Hautschutz für mich“ zu Hause umgegangen?

Interviewleitfaden t4

Interview t4 – vier Wochen nach beruflichem Wiedereinstieg

Datum: _____ Uhrzeit Anfang: _____ Uhrzeit Ende: _____

Initialen Vorname/Nachname _____ Geb. Datum. _____

-
- Wie ist es Ihnen seit Ihrem beruflichen Wiedereinstieg ergangen?
 - Hatten Sie sich zum Abschluss Ihres Aufenthaltes bei uns bezüglich Ihres Hautschutzes oder anderer Maßnahmen Pläne gemacht/ etwas vorgenommen?
 - Impuls: Falls ja: Was hatten Sie sich vorgenommen?
 - Impuls: Hautschutz beruflich / privat?
 - Impuls: Handschuhe beruflich / privat?
 - Impuls: Hautschutzcreme beruflich / privat?
 - Impuls: Hautpflege beruflich / privat?
 - Impuls: Hautreinigung beruflich / privat?
 - Impuls Falls nein: Welche Hautschutzmaßnahmen führen Sie zur Zeit durch?
 - Impuls: Hautschutz beruflich / privat?
 - Impuls: Handschuhe beruflich / privat?
 - Impuls: Hautschutzcreme beruflich / privat?
 - Impuls: Hautpflege beruflich / privat?
 - Impuls: Hautreinigung beruflich / privat?
 - Wie ging es mit der Umsetzung Ihrer Pläne?
 - Impuls: Was klappt gut? Was vielleicht nicht so gut von dem was Sie sich vorgenommen haben?
 - Impuls: Gabe es Unterschiede in den verschiedenen Bereichen z. B. beruflich / privat?
 - Impuls: Handschuhe beruflich / privat?
 - Impuls: Hautschutzcreme beruflich / privat?
 - Impuls: Hautpflege beruflich / privat?
 - Impuls: Hautreinigung beruflich / privat?
 - Wie klappte es mit der Umsetzung der Hautschutzmaßnahmen?
 - Impuls: im Vergleich zu vor dem stationären Aufenthalt?
 - Impuls: beruflich / privat?
 - Impuls: Hautschutzcreme
 - Impuls: Handschuhe
 - Impuls: Hautpflege
 - Impuls: Hautreinigung
 - Wie zufrieden sind Sie persönlich mit der Umsetzung ihrer Pläne?
 - Wie zufrieden sind Sie persönlich mit der Umsetzung Ihres Hautschutzes?

- Welche Gründe hat es, wenn es mit der Umsetzung ihrer Pläne mal nicht so geklappt hat?
 - Impuls: Stress/Zeitdruck?
 - meine Pläne in der Praxis nicht umsetzbar!
 - Arbeitgeber stellt Produkte nicht zur Verfügung
 - ich konnte mich nicht an neues Verhalten gewöhnen
 - Kollegen haben mich nicht unterstützt
 - Kunden akzeptieren Hautschutz nicht
 - ich glaube nicht das durch mehr Hautschutz meine Erkrankung in den Griff zu kriegen ist!

- Welche Gründe hat es, wenn es mit dem Hautschutz mal nicht so geklappt hat?
 - Impuls: Stress/Zeitdruck?
 - Impuls: Pläne in der Praxis nicht umsetzbar?
 - Impuls: Produktverfügbarkeit?
 - Impuls: Gewöhnungsschwierigkeiten?

- Konnten Sie nach Situationen, in denen es mal nicht so mit Ihren (Hautschutz-)plänen geklappt hat, wieder in ihr geplantes Verhalten einsteigen?
 -

- Gibt es Unterschiede in Ihrem Hautschutzverhalten im Vergleich zu vor dem stationären Aufenthalt in Osnabrück?
 - Impuls: Welche?

- Wie empfinden Sie heute die von Ihnen durchgeführten Hautschutzmaßnahmen?
 - Impuls: Sind alle Maßnahmen gleich, oder sind manche einfacher als andere?

VII Eidesstattliche Erklärung

Maike Sieverding

Edinghäuser Straße 11

49076 Osnabrück

Erklärung über die Eigenständigkeit der erbrachten wissenschaftlichen Leistung

Ich gebe hiermit die eidesstattliche Erklärung ab, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema: *„Volitionale Prozesse bei berufsbedingt Hauterkrankten - Eine qualitative Untersuchung zu Auswirkungen der stationären Rehabilitation auf die volitionalen Prozesse bei berufsbedingt Hauterkrankten“* im Fachbereich Humanwissenschaften

- 1) selbständig angefertigt habe,
- 2) dass sie weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung einer in- oder ausländischen Fakultät als Dissertation vorgelegt wurde,
- 3) dass sie nur unter Benutzung der im Literaturverzeichnis angegebenen Arbeiten angefertigt und sonst kein anderes gedrucktes oder ungedrucktes Material verwendet und
- 4) dass ich keine unerlaubte Hilfe in Anspruch genommen habe.

Osnabrück, den _____