

Bachelorthesis

Erleben und Leben von Amputation

Literaturanalyse und Analyse Internetbasierten Materials

eingereicht an der
Fakultät Gesundheitswissenschaften der
Westsächsischen Hochschule Zwickau
zur Erlangung des akademischen Grades des

Bachelor of Science

vorgelegt von: **D i t z , L i n d a** Geb. am: 08.08.1994

Studiengang Pflegemanagement
Matrikelnr: 34686

Erstbetreuer: Herr Prof. Grünendahl
Zweitbetreuer: Herr Hallbauer
Eingereicht am: 18.06.2018

Selbstständigkeitserklärung

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbstständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen übernommene Textstellen, Bilder, Tabellen u. a. sind unter Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Weiterhin versichere ich, dass diese Arbeit noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt wurde.

Magdeburg, den 18.06.2018

Linda Ditz

Inhalt

I	Verzeichnis der Bilder	I
II	Verzeichnis der Tabellen	II
III	Verzeichnis der Abkürzungen	III
1	Einleitung	1
2	Theoretische Grundlagen	2
2.1	Inzidenz von Amputationen	2
2.2	Amputation	3
2.2.1	Begriffsdefinition	3
2.2.2	Ätiologie	5
2.3	Gesetzliche Rahmenbedingungen	7
2.3.1	Schwerbehindertenrecht	9
2.3.2	Mobilität	9
2.3.3	Wohnen	10
2.3.4	Arbeit	11
3	Fragestellung	11
4	Stand der Forschung	12
4.1	Literaturrecherche	12
4.2	Therapie und Rehabilitation	13
4.2.1	Präoperativ	13
4.2.2	Postoperativ	14
4.3	Prothetische Versorgung	14
4.4	Phantomschmerz und -gefühl	18
4.5	Angst, Depression und Lebensqualität	19
4.6	Modell der psychosozialen Anpassung nach Trauma	20
4.7	Ableitung Forschungsbedarf	22
5	Material und Methodik	23

5.1	Methodische Anlage der Untersuchung.....	23
5.2	Materialauswahl.....	24
5.3	Qualitative Inhaltsanalyse.....	25
5.4	Forschungsethik und Datenschutz	27
5.5	Gütekriterien	28
6	Ergebnisse	29
6.1	Beschreibung des Materials	29
6.2	Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse.....	30
6.2.1	Alltagsbewältigung.....	31
6.2.2	Generelle Bewältigung.....	32
6.2.3	Unterstützung und Verhalten der Familie und des sozialen Umfeldes ...	33
6.2.4	Erleben der Amputation.....	34
6.2.5	Prothetische Versorgung	35
6.2.6	Schmerzen und Begleiterscheinungen	36
6.2.7	Wünsche und Erwartungen	37
6.2.8	Kommunikation mit anderen	38
6.2.9	Erhaltene und erlebte Unterstützung in der Betreuung.....	39
6.2.10	Fehlende Unterstützung	40
6.3	Verteilung der Kategorien	41
7	Diskussion	42
7.1	Interpretation der Ergebnisse	42
7.2	Vergleich zu vorhandener Literatur.....	44
7.3	Reflexion der Untersuchung	48
8	Fazit und Ausblick	49
9	Zusammenfassung	51
10	Literaturverzeichnis	52
	Anhang	57

I Verzeichnis der Bilder

Abbildung 1: Amputationshöhe der unteren Extremitäten	4
Abbildung 2: Diabetischer Fuß.....	6
Abbildung 3: Prothese in Modular- und Schalenbauweise	15
Abbildung 4 Beinprothesen	16
Abbildung 5 Endo-Exo-Prothese	17
Abbildung 6: Prinzipien der Ganganalyse	17
Abbildung 7: Modell der psychosozialen Anpassung	21
Abbildung 8: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse	26

II Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Ätiologie einer Amputation.....	5
Tabelle 2: Verteilung der Kategorien.....	42

III Verzeichnis der Abkürzungen

Abkürzung	Bedeutung
SGB	Sozial Gesetzbuch
WHO	World Health Organisation
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
Bzw.	beziehungsweise
z.B.	Zum Beispiel
usw.	Und so weiter
u.a.	Unter anderem
AVK	Arterielle Verschlusskrankheit
k.a.	Keine Angaben
OPS	Operationen und Prozedurenschlüssel
Nr.	Nummer
Art.	Artikel
Abs.	Absatz
ADL	Activities of daily living
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
GG	Grundgesetz

1 Einleitung

Eine Amputation bedeutet den irreversiblen Verlust eines Körperteils. Dieser Verlust bedeutet einerseits eine Einschränkung der Mobilität und andererseits eine Veränderung des Körpers. Der Grad der Wiederherstellung der Mobilität kann dabei von großer Bedeutung für die Rückkehr in das gesellschaftliche und berufliche Leben sein. Mit dem Verlust des Körperteils wird es notwendig, neue Strategien zur Bewältigung des Alltags zu entwickeln.

Dabei stellt sich die Frage, wie Menschen¹ eine Amputation erleben und wie sie mit dieser in ihrem Alltag zurechtkommen. Eine erste Recherche der Literatur zum Thema hat ergeben, dass zwar ausreichend Publikationen zur Rehabilitationsforschung bei Amputationen existieren, aber kein Material zum Erleben einer Amputation bzw. zum Leben mit dieser. Ebenso ist auffallend, dass kaum deutschsprachige Studien gesichtet werden konnten. Daraus lässt sich vermuten, dass nur wenig bis keine Forschung zu diesem Thema betrieben wird.

Aufgrund fehlender Literatur ist es notwendig die Betroffenen über ihre Sichtweise zum vorliegenden Thema zu befragen. Deshalb widmet sich diese Arbeit dieser Problemstellung. Darunter sollen ebenfalls unterstützende Maßnahmen, die sie erhalten oder nicht erhalten, identifiziert werden.

Anhand der Literatur wird gezeigt werden, dass es eine relevante Anzahl an Personen² mit einer Amputation gibt. Nach der Klärung bedeutender Begriffe sowie Gesetzmäßigkeiten, wird auf das Ziel dieser Arbeit eingegangen. Der Stand der Forschung klärt übervorhandene Literatur zum Thema auf. Nach der Darstellung der Methodik folgen die Ergebnisse. Dabei werden die Forschungsfragen beantwortet und eine Beschreibung des Erlebten erfolgt. Im Anschluss werden die Ergebnisse hinsichtlich der Literatur diskutiert und ein Fazit wird gebildet.

¹ Die Bezeichnung Menschen und Personen mit Amputation sowie Betroffene, Interviewte und Patienten stehen in dieser Arbeit als Synonym für die betrachtete Gruppe der Befragten

² Aus Gründen der Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die männliche Form der Bezeichnung von Personengruppen beschränkt. Jedoch sind auch immer Frauen mitgemeint.

2 Theoretische Grundlagen

Im folgenden Kapitel wird eine Übersicht zu den theoretischen Grundlagen gegeben. Behandelt werden dabei die Amputation sowie ihre Inzidenz und die möglichen Ursachen, welche eine Amputation zur Folge haben können. Im Weiteren wird ein kurzer Abriss zu relevanten gesetzlichen Regelungen dargestellt.

2.1 Inzidenz von Amputationen

Zunächst wird die Inzidenz von Amputationen in Deutschland dargestellt. In Deutschland existiert kein einheitliches Verzeichnis zur Registrierung von Amputationen. Gelistet werden sie lediglich über die OPS-Schlüssel³. Diese sind jedoch prozedur- und nicht patientenbezogen (Kröger & Berg, et al, 2017). Demnach kann nicht beurteilt werden, ob mehrere Amputationen an einem Patienten durchgeführt werden.

ICKS ET AL untersuchten die Inzidenz von Amputationen bei Diabetikern in den Daten einer deutschen Krankenkasse. Im Zeitraum von drei Jahren konnten sie ca. 1000 Personen mit einer Amputation feststellen. 66% der amputierten Personen waren Diabetiker und 76% dieser Gruppe männlich (Icks, et al., 2009).

In der Studie von CLAESSEN & NARRES (2018) konnte im Zeitraum von 5 Jahren Ähnliches beobachtet werden. Sie untersuchten die Daten mehrerer Krankenkassen und konnten ca. 100000 Personen mit einer Amputation feststellen. Davon litten 67% der amputierten Personen an Diabetes. Ebenfalls konnten sie einen Rückgang der Amputationen bei Diabetikern nachweisen. Dennoch ist diese Zahl im Vergleich zu Personen ohne Diabetes deutlich höher. Zuzüglich stellte sich ein Rückgang von Majoramputationen bei einem gleichzeitigen Anstieg von Minoramputationen heraus (Claessen & Narres, 2018). Beide Studien zeigen, dass das Durchschnittsalter bei einer Amputation bei 65 Jahren liegt.

KRÖGER & BERG et al konnten ebenfalls eine Minderung der Majoramputationen bei steigender Anzahl der Minoramputationen belegen, wobei jedoch die absolute Summe aller Amputationen im Jahr 2005 von 55689 auf 57637 im Jahr 2014 anstieg. Eine

³ Operationen und Prozedurenschlüssel

Besonderheit dabei war der deutliche Anstieg von Minoramputationen bei Männern (Kröger & Berg, et al, 2017).

Diese Zahl ist im internationalen Vergleich deutlich höher. In Kanada wurden im Jahr 2012 an 7708 Personen eine Amputation vorgenommen (Imam, Miller, Finlayson, Eng, & Jarus, 2017). Eine ähnliche Situation konnte in Australien im selben Jahr festgestellt werden. Dort betrug die Zahl der Amputationen ca. 8000 (Dillon, Kohler, & Peeva, 2014).

2.2 Amputation

2.2.1 Begriffsdefinition

Unter Amputation versteht man das Absetzen von Körperteilen (Pschyrembel, 2014). Eine Amputation ist keine Krankheit, sondern eher eine Folge einer Krankheit oder Erkrankung. Diese wird erst notwendig, wenn die Heilung des Körperteils nicht mehr zu erwarten ist oder das Leben des Patienten gefährdet ist. Körperteile können bedroht sein, wenn z.B. eine Infektion voranschreitet, eine Durchblutungsstörung eine Bedrohung für Muskeln und Organe darstellt, eine Therapieresistenz eingetreten ist, usw. Aufgrund solcher Krankheiten werden Amputationen chirurgisch durchgeführt. Traumatische Amputationen hingegen geschehen spontan durch z.B. Verkehrsunfälle. Dabei werden oftmals wichtige Strukturen wie Gefäße und Nerven durchtrennt. Durch primäres und richtiges Versorgen des verbliebenen Körperteils kann eine Replantation des abgetrennten Körperteils erfolgen (Kellnhauser, et al., 2000).

Amputationen können hinsichtlich ihrer Größe bzw. ihres Aufwands unterschieden werden. Majoramputationen (Major: lat. Größer, der Größere) werden proximal, d.h. vor dem Gelenk liegend, durchgeführt, während Minoramputationen (Minor: lat. Kleiner, der Kleinere) distal (hinter dem Gelenk) durchgeführt werden (Baumgartner & Botta, 2008). Bei den unteren Extremitäten wird gewöhnlich das Sprunggelenk als Grenze angenommen. Am Beispiel der unteren Extremitäten wäre die Amputation der Fußzehen eine Minoramputation und die Unterschenkelamputation eine Majoramputation. Im oberen Bereich des Körpers wird das Radiokarpalgelenk in der Hand als Grenze angenommen.

Die Stelle an einem Körperteil, an der eine Amputation vorgenommen wird, wird als Amputationshöhe bezeichnet. Diese Stelle wird von einem Ärzteteam festgelegt und

richtet sich nach dem Grund für die Amputation sowie der Anatomie des Patienten. Außerdem stellt diese Höhe den Faktor für die Prothese des Patienten dar. Aufgrund dieses Faktors kann eine geeignete und passgenaue Prothese hergestellt werden. Die Amputationshöhe sollte so peripher wie möglich gewählt werden, da jeder Zentimeter des eigenen Körpers für den Patienten wichtig und wertvoll ist. Dies ist jedoch abhängig von der Weichteildurchblutung des betroffenen Körperteils (Baumgartner & Botta, 2008).

Nachfolgend werden am Beispiel der unteren Extremitäten (siehe Abbildung 1) mögliche Amputationshöhen dargestellt.

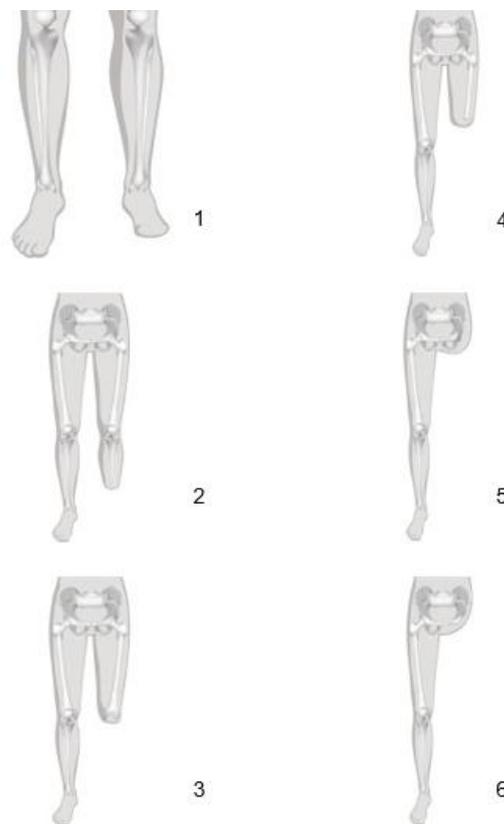


Abbildung 1: Amputationshöhe der unteren Extremitäten

Quelle: <https://www.ottobock.de/prothetik/informationen-fuer-amputierte/von-amputation-bis-rehabilitation/amputationshoehe/>

Bild Nr. 1 zeigt eine Fußamputation. Zu den Fußamputationen gehören Amputationen der Fußzehen über Mittelfußknochen bis zum Fußwurzelbereich. Im Weiteren zeigt Bild Nr. 2 eine Unterschenkelamputation. Hierzu zählen Schien- und Wadenbein.

Bild Nr. 3 stellt eine Knieexartikulation dar. Eine Exartikulation ist eine Amputation im Gelenk. Hierbei wird das Kniegelenk durchtrennt, aber der Oberschenkel bleibt vollständig erhalten. Im Weiteren zeigt Bild Nr. 4 eine Oberschenkelamputation, bei

der der Oberschenkelknochen durchtrennt wird. Bei einer Hüftexartikulation (Bild Nr. 5) wird im Bereich des Hüftgelenks amputiert. Das Becken übernimmt die spätere Steuerung der Bewegungen. Im Bild Nr. 6 wird eine Hemipelvektomie dargestellt. Hierzu zählen das gesamte Bein und Teile der Hüfte bis zum Kreuzbein.

Eine Knieexartikulation wird vor einer Oberschenkelamputation bevorzugt, da die spätere Mobilisation durch eine bessere Prothesenversorgung begünstigt wird. Dennoch ist die Wundheilung bei einer Knieexartikulation kritischer.

2.2.2 Ätiologie

Im Folgenden werden einige mögliche Ursachen von Amputationen dargestellt und erklärt. Wie in Tabelle 1 dargestellt, ist der Diabetes mellitus eine der häufigsten Ursachen einer Amputation. Dies belegen ebenfalls CLASSEN & NARRES (2018) sowie ICKS, ET AL. (2009). Im Weiteren folgen Traumata und Infektionen.

Tabelle 1: Ätiologie einer Amputation

Grundkrankheit Ätiologie	Untere Extremität		obere Extremität
	Industrie-länder	Entwicklungs-länder	Industrie- und Entwicklungsländer
arterielle Verschlusskrankheiten	75-80%	15-20%	< 5%
- davon bei Diabetes mellitus	70%	60-70%	k. A.
Trauma	< 5%	20-30%	90%
Infektion	3-5%	20%	< 3%
Verschiedenes (inkl. Tumoren)	5%	5%	< 3%
angeborene Fehlbildungen	< 3%	< 3%	< 3%

(aus Baumgartner & Botta, 2008)

Arterielle Verschlusskrankheit (AVK)

Bei einer arteriellen Verschlusskrankheit (Schaufensterkrankheit) führt die Durchblutungsstörung zu einer Gefäßverengung der Arterien. Es kommt zu einem Missverhältnis zwischen arterieller Blutzufuhr und Sauerstoffbedarf im Gewebe. Diese Krankheit wird begünstigt durch Bewegungsarmut, Fettstoffwechselstörung, Nikotinkonsum sowie einer arteriellen Hypertonie. Menschen im höheren Alter sind besonders davon betroffen. Bemerkbar macht sich die Krankheit durch plötzlich

auftretende Schmerzen in Fuß und Wade, die durch Sauerstoffarmut nicht mehr ausreichend durchblutet werden.

Diabetisches Fußsyndrom (Art der AVK)

Der Diabetiker Fuß (siehe Abbildung 2) entsteht auf Basis einer diabetischen Polyneuropathie (Andrae, Avelini, Berg, Blank, & Burk, 2008). Diese führt zu Veränderungen an den großen und kleinen Gefäßen, welche Schädigungen an den Nervenzellen nach sich ziehen. Aufgrund dessen können die Schutzreflexe wegfallen, was eine veränderte Belastung und Überbelastung des Fußes zur Folge hat. Dies zeigt sich insbesondere durch Fehlstellungen, Druckstellen, Hyperkeratose (überschießende Hornhaut) und eine veränderte Wahrnehmung von Temperaturunterschieden.



Abbildung 2: Diabetischer Fuß

Quelle: https://www.gesundheit.com/media/content-2/_large/im43070b.jpg

Bei einem Diabetischen Fuß ist nicht zwingend auf die Erkrankung der Gefäße rückzuschließen. Andere Ursachen können auch falsches Schuhwerk und falsche Nagelpflege und eine daraus entstehende Entzündung sein.

Eine Amputation erfolgt in der Regel eher aufgrund der Begleiterscheinungen dieser Erkrankung. Bei einer fortschreitenden Erkrankung können Knochen und Gelenke zerstört werden oder Infektionen eintreten.

Trauma, Infektion, Tumore

Traumata können zum einen physischer Herkunft, z.B. Schädigungen durch einen Unfall oder Gewalteinwirkung, sein, zum anderen kann ein Trauma die Psyche betreffen, indem die Seele eines Menschen durch hohe emotionale Belastung verletzt wird. Emotionale Belastungen können ggf. nur unzureichend bewältigt werden, wodurch der Mensch eine psychische Veränderung erfährt und diese neurotischen Störungen (z.B. PTBS) zur Folge haben kann.

Amputationen nach einem Trauma lassen sich in drei Gruppen je nach ihrem Schweregrad einteilen. In der ersten Gruppe sind alle Strukturen des abgetrennten Körperteils durchtrennt. Folglich befinden sich in der zweiten Gruppe die Amputationen, bei denen die wichtigsten Strukturen durchtrennt wurden, wie z.B. Hauptgefäßverbindungen. In der dritten und letzten Gruppe handelt es sich um Verletzungen der Weichteile mit noch ausreichender Durchblutung. In jedem Falle ist die Möglichkeit der Replantation zu prüfen (Baumgartner & Botta, 2008).

Infektionen verschiedenster Arten können unter anderem bei Operationen oder durch Verletzungen nach Unfällen auftreten (Gumpert, 2017).

Im Weiteren kann auch bei Tumoren eine Amputation durchgeführt werden. Kurative Amputationen verfolgen das Ziel, den Patienten von seinem Tumor zu befreien. Palliative Amputationen dagegen verfolgen neben dem Ziel der vollständigen Entfernung des Tumors (auch bei Metastasenstreuung) auch die Möglichkeit der Teilentfernung bei schnellwachsenden Tumoren. Hierbei wird versucht, die Lebensqualität des Patienten zu verbessern.

2.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Amputationen zählen gesetzlich nur dann als Behinderung, wenn sie eine funktionelle Einschränkung darstellen (§2 SGB IX). Da sich diese Arbeit im Weiteren überwiegend mit Majoramputationen befasst, kann davon ausgegangen werden, dass diese Form der Amputation eine Behinderung des Menschen bewirkt. Jedoch ist anzumerken, dass das subjektive Empfinden, ob das Individuum sich selbst als behindert sieht, variieren kann.

Zunächst soll die Bedeutung von Behinderung erklärt werden. Nach dem **Sozialgesetzbuch IX** definiert sich der Begriff Behinderung wie folgt:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von der Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ (§2 SGB IX)

Eine Behinderung bedeutet also eine Erschwerung unmittelbarer Lebensverrichtung oder Teilhabe am Leben der Gesellschaft. Die Behinderung wird demnach von Normvorstellungen der Gesellschaft festgelegt. Wie jedoch diese Normen aussehen, hängt allein von den gesetzlich festgelegten Normen- und Wertevorstellungen ab. Der Begriff Behinderung steht hier einerseits für Schutz, Hilfe und Förderung, aber andererseits auch für Stigmatisierung, Diskriminierung und Etikettierung.

Die **UN-Behindertenrechtskonvention** gibt keine genaue Definition der Behinderung an. Der Begriff „Menschen mit Behinderungen“ wird in Artikel 1 Satz 2 der UN-Behindertenrechtskonvention definiert.

Danach bezieht sich der Begriff „Menschen mit Behinderungen“ auf

„[...] Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“

Sie verankert jedoch in der Präambel im **Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen**, dass

„[...] das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, [...].“

Diese Erläuterung verdeutlicht, dass ein Verständnis von „Behinderung“ nicht als fest definiertes Konzept verstanden wird, sondern von gesellschaftlichen Entwicklungen abhängig ist.

Die **Weltgesundheitsorganisation** (WHO) versucht sich an einer Definition über drei Ebenen. Diese drei Ebenen setzen sich aus „Impairment“ (Schädigung), „Disability“ (Einschränkung) und „Handicap“ (Benachteiligung) zusammen. Die Schädigungen

können angeboren (z.B. Alkoholembryopathien) oder erworben (z.B. Unfall, chron. Erkrankung) sein. Unter „Disability“ werden funktionelle Einschränkungen oder Fähigkeitsstörungen verstanden. Benachteiligungen entstehen in privaten, beruflichen oder gesellschaftlichen Bereichen.

Zudem fertigt die WHO eine Klassifizierungsrichtlinie an. Die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) dient als Modell zur Beschreibung des funktionellen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der Kontextfaktoren. Kontextfaktor ist die gesamte Lebensumwelt des Menschen, einschließlich der materiellen und sozialen Umwelt. Der ICF erfasst die bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitserfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren. Mit ihm kann eine Behinderung festgestellt werden (DIMDI, 2005).

2.3.1 Schwerbehindertenrecht

Das Schwerbehindertenrecht dient dazu, einer Benachteiligung entgegenzuwirken. Es soll die selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilnahme am Leben fördern. Die Anerkennung der Behindertengrade erfolgt durch die Versorgungsämter.

Menschen sind schwerbehindert, wenn bei ihnen der Grad der Behinderung über 50 liegt (§ 2 Abs. 2 SGB IX). Eine Gleichstellung von behinderten Menschen kann erlangt werden, wenn der Grad der Behinderung unter 50, aber über 30 liegt. Dies kann von Nutzen sein, wenn sie aufgrund einer fehlenden Gleichstellung ein Arbeitsverhältnis nicht erlangen oder nicht behalten können (§§ 2 Abs. 3, 68 Abs. 2 SGB IX).

2.3.2 Mobilität

Die UN-Behindertenkonvention definiert Mobilität als grundlegendes Menschenrecht. Daher muss für jeden Menschen möglich sein, einen Zugang zu Mobilitätshilfen, Geräten, unterstützenden Technologien, menschlicher und tierischer Hilfe zu erhalten. Die Versorgung mit Hilfsmitteln und technischen Hilfen nach dem SGB IX unterstützt die möglichst weitgehende Selbstständigkeit und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen.

Jeder Mensch hat einen Anspruch auf eine Prothese, die zum Erfolg der Krankenbehandlung beiträgt, einer Behinderung vorbeugt oder ausgleicht (§ 33 SGB V, § 31 SGB IX).

In Deutschland dienen zur Verbesserung der Mobilität Regelungen für unentgeltliche Beförderung für schwerbehinderte Menschen im öffentlichen Personennahverkehr (§§ 145 ff SGB IX). Behinderte Menschen, die auf die Nutzung eines Kraftfahrzeuges angewiesen sind, können nach SGB XII Hilfen zur Beschaffung eines Kfz's usw. erhalten. Kraftfahrzeughilfen für die Teilhabe am Arbeitsleben können nach der KfzHV erbracht werden. Durch die Kraftfahrzeughilfe-Verordnung ist es möglich, das Fahrzeug entsprechend der Bedürfnisse anzupassen.

Umbauten an einem bereits existierenden Fahrzeug werden in voller Höhe übernommen, während eine Neuanschaffung mit maximal 9500€ gefördert wird. Die Kostenträger variieren je nach Person. Für Schüler und Studenten ist der Sozialhilfeträger zuständig und für Berufstätige die Agentur für Arbeit oder die Rentenversicherung. In manchen Fällen kann auch die Unfallversicherung Kostenträger sein. Um eine Förderung zu erhalten, muss das Fahrzeug jedoch auf die betroffene Person zugelassen sein.

Am bedeutendsten jedoch ist die Schaffung einer barrierefreien Umwelt und damit der Abbau von Hindernissen. Das ist die Grundlage für eine gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung (§ 1 Abs. 1 BGG).

2.3.3 Wohnen

Menschen mit Behinderung haben ein Recht auf eine behindertengerechte Gestaltung ihres Wohnbereichs. Dazu gibt es verschiedene Mittel und Wege, Förderungen von Bund und Ländern zu erhalten. Nach §§ 33 Abs. 8 Satz 6, 55 Abs. 2 Satz 5 SGB IX haben diese Menschen Anspruch auf Hilfsmittel und auf die Umgestaltung ihrer Wohnung nach ihren entsprechenden Bedürfnissen. Die Übernahme der Leistungen erfolgt nach § 22 SchwbAV.

Die zuständigen Stellen variieren je nach dem Betroffenen. Für Jugendliche ist das Jugendamt zuständig. Für Arbeitnehmer und Erwerbsfähige mit unter 15 Beitragsjahren die Agentur für Arbeit und für Arbeitnehmer mit über 15 Beitragsjahren ist die jeweilige Rentenversicherung zuständig. Sind die Personen Beamte oder Selbstständige, dann fallen sie unter die Zuständigkeit des Integrationsamts.

2.3.4 Arbeit

Die UN-Behindertenkonvention determiniert den Anspruch und das Recht von behinderten Menschen auf Arbeit (Art. 27 Satz 1). Dieses Recht bezieht sich auf die Grundlage der Gleichberechtigung und Chancengleichheit nach Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG. Menschen dürfen auf Grund ihrer Behinderung nicht benachteiligt werden (§ 7 i.V.m. § 1 AGG). Nach Art. 12 Abs. 1 GG haben Menschen unabhängig vom Vorliegen einer Behinderung, das Recht ihren Lebensunterhalt mit Arbeit zu verdienen.

Um einer Benachteiligung entgegenzuwirken existieren Regelungen zum Arbeitsverhältnis zwischen Arbeitgeber und behinderten Menschen. Der Schutz vor Benachteiligung am Arbeitsplatz beginnt bei der Stellenausschreibung (§ 11 AGG). Am Arbeitsplatz verpflichtet sich der Arbeitgeber außerdem, alle erforderlichen Maßnahmen zum Schutz vor Benachteiligung zu schaffen (§12 Abs. 1 AGG). Dies schließt ebenfalls die Anpassung des Arbeitsplatzes an die Bedürfnisse der behinderten Person mit ein.

Menschen mit Behinderung genießen einen besonderen Kündigungsschutz. Nach § 85 SGB IX benötigt der Arbeitgeber eine Zustimmung des Integrationsamtes, damit die Kündigung rechtswirksam wird.

3 Fragestellung

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, eine Wissensbasis über Menschen mit Amputationen und ihr Leben mit diesen zu beschreiben. Dafür wird zunächst eine Literaturrecherche durchgeführt, die die notwendigen Grundlagen zum Verständnis schafft. Weiterführend werden die Sichtweisen und Erlebnisse von Betroffenen betrachtet und analysiert. Auf dieser Basis wird eine theoretische Beschreibung des Erlebens und Lebens mit einer Amputation entwickelt.

Daraus folgend bedient sich diese Arbeit der qualitativen Methodik. Sie ist nicht hypothesenüberprüfend angelegt, da die Untersuchung sich an die Aussagen der Betroffenen anlehnt und diese im Vordergrund stehen.

Aus diesen genannten Zielen resultieren die Fragestellungen dieser Arbeit. Sie fokussieren sich auf die Wahrnehmung und Erfahrung der Betroffenen. Aus deren Perspektive sollen Defizite in den Bereichen der Betreuung, Versorgung, Therapie und dem sozialen Umfeld festgestellt werden.

Die primäre Forschungsfrage lautet:

Wie erleben Menschen eine Amputation und wie leben sie mit dieser?

Nachfolgend sind präzisere Forschungsfragen formuliert, die die Untersuchung der komplexen Primärfrage ermöglichen sollen:

Welche Erfahrungen erleben Menschen mit einer Amputation während ihrer klinischen und rehabilitativen Betreuung und Versorgung?

Wie bewältigen Menschen mit einer Amputation ihren Alltag?

Wie erleben Menschen mit einer Amputation ihr soziales Umfeld (Familie, Beruf, Freunde) und wie verändert es sich evtl.?

Welche Defizite stellen Menschen mit einer Amputation generell fest?

Entsprechend dieser gestellten Forschungsfragen werden im Folgenden Recherchen in bereits vorhandener Literatur durchgeführt.

4 Stand der Forschung

In diesem Kapitel soll anhand einer Literaturrecherche ein Überblick zu vorhandenen Studien und Erkenntnissen dargestellt werden. Dabei soll neben physischen Faktoren der Therapie, Rehabilitation und Prothetik auch auf die psychischen Belastungen der Patienten eingegangen werden.

4.1 Literaturrecherche

Im Vorfeld der Entstehung dieser Arbeit und im Anschluss an die Datenanalyse wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Zur Optimierung der Suche wurden die Forschungsfragen herangezogen. Die relevanten Suchbegriffe entstanden in Anlehnung an die Fragen. Die Datenbank „PubMed“ wurde mit den englischen und deutschen Suchbegriffen *amputation, rehabilitation, social life, quality of life, incidence, health care, experience, intervention, therapy, prosthesis* und *needs* durchsucht. Zusätzlich wurden die Booleschen Operatoren AND, OR und NOT verwendet, um Begriffe wie *traumatic* und *diabetes* zu ergänzen.

Die aufgeführten Artikel wurden anschließend nach ihren Titeln und weiter nach ihren Abstrakten reduziert. Im Vorfeld der Suche wurden der Filter auf frei zugängliche Volltexte gesetzt.

Im vorliegenden Kapitel wird eine Übersicht der Literatur zur Thematik dargestellt. Dabei werden die Rehabilitation und die Therapie, inklusive der prä- und postoperativen Maßnahmen sowie der Phantomschmerz und die prothetische Versorgung behandelt. Im Weiteren wird das Modell der psychosozialen Anpassung vorgestellt. Zum Abschluss wird die Notwendigkeit dieser Arbeit verdeutlicht.

4.2 Therapie und Rehabilitation

Eine Rehabilitation zielt darauf ab, dass Menschen mit Beeinträchtigung in ihr Leben zurückfinden. Hierzu zählen soziale, berufliche und medizinische Maßnahmen, die zur Teilhabe beitragen. Dabei spielt nicht nur die körperliche Wiederherstellung eine Rolle, sondern auch die seelische Einstellung zu der Krankheit. NUHR (2017) differenziert zwei Phasen der Rehabilitation:

4.2.1 Präoperativ

Noch bevor der Patient durch eine Operation seine Extremitäten verliert, beginnt die erste Rehabilitationsphase. In dieser präoperativen Phase findet sich ein Expertenteam zusammen, welches aus Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten und Psychologen besteht (Baumgartner & Botta, 2008). Dem Patienten wird gezeigt, wie er die Stelle seiner Haut pflegt, die später von der Amputation betroffen sein wird. Durch diese Präventionsmaßnahme wird die Haut auf Beanspruchung und Belastung vorbereitet und sie begünstigt die Verheilung von Narben. Physiotherapeuten stellen durch Kräftigung der Muskelgruppen sicher, dass der Patient mit seinen verbleibenden Extremitäten weiterhin beweglich und belastbar sein wird.

Weiterhin begünstigt dies auch die Verwendung einer Prothese (Hershkovitz, Dudkiewicz, & Brill, 2012). Zusätzlich wird mit den Angehörigen des Patienten gearbeitet, um diese einerseits darüber aufzuklären, mit welchen Einschränkungen eventuell zu rechnen ist und andererseits, welche unterstützenden Maßnahmen getroffen werden können. Eine psychologische Evaluierung sollte stets erfolgen, damit ein umfassender Behandlungs- und Therapieplan erstellt werden kann. Letztendlich dient sie auch dazu, den Patienten und ihren Angehörigen realistische Perspektiven darzulegen.

4.2.2 Postoperativ

Nach der Operation stehen an erster Stelle die Wundheilung und Schmerzreduktion. Erst wenn die Wunde verheilt ist, kann mit der Mobilisierung des Patienten begonnen werden. Der Stumpf wird mittels Kompressionsverband versorgt. Eine gleichmäßige Kompression beugt Komplikationen wie Ödeme vor. Durch eine allgemeine Stumpfpflege, die in Zusammenarbeit mit dem Pflegeteam erlernt und durchgeführt wird, werden Kontrakturen, Infektionen und Hautdefekte vermieden. Die auftretenden Schmerzen werden nach individuellem Bedarf mit Medikamenten behandelt und je nach dem individuellen Bedarf früher oder später wieder abgesetzt (Baumgartner & Botta, 2008). Zusätzlich muss der Patient psychologisch betreut werden. Ist der Patient wieder mobilisiert und sind die Schmerzen kaum bis gar nicht mehr vorhanden, kann mit Ausdauer- und Kräftigungsübungen begonnen werden. Dabei muss der physiologische Zustand des Patienten beachtet werden und welche Ausgangsposition er einnimmt (Hershkovitz, Dudkiewicz, & Brill, 2012). Zum Beispiel tendieren Sportler durch ihre vorhergehende körperliche Fitness zu einer schnelleren Mobilisation als Nicht-Sportler.

Der Patient lernt mit seinem veränderten Körpergefühl umzugehen. Ziel ist es, seine Geschicklichkeit zu steigern und durch ADL-Training in sein tägliches Leben zurückzufinden. (Nuhr, 2017)

4.3 Prothetische Versorgung

Bevor sich für eine Prothese entschieden wird, muss geprüft werden, ob der Patient sich in einem guten Allgemeinzustand befindet. Es muss bedacht sein, dass eine Prothese nur dann ihren Zweck erfüllen kann, wenn sie dem Patienten mehr Vor- als Nachteile ermöglicht. Denn eine Prothese ist nur eins vielen Hilfsmitteln, die dem Patienten zur Verfügung stehen. Jedoch ist die beste Prothese nur ein Ersatz für den verlorenen Körperteil. Für eine passgenaue Prothese ist es unabdingbar, dass der Stumpf schmerzfrei und voll belastbar ist (siehe 4.2.2).

Es besteht die Möglichkeit der Sofortversorgung. Hierbei wird ein Gipsabdruck des Stumpfes im OP-Saal angefertigt. Aus diesem Abdruck wird ein Prothesenschaft hergestellt. Die Vorteile einer Sofortversorgung bestehen darin, dass die Mobilisation vom ersten Tag an durchgeführt werden kann und sich somit die Rehabilitationszeit

verkürzt. Aus eben diesem Grund erhöht sich gleichfalls das Risiko für Fehler. Neben der Sofortversorgung besteht die Möglichkeit der Interimsversorgung (Baumgartner & Botta, 2008). Die Interimsprothese erfolgt ab dem Zeitpunkt, ab dem dem Stumpf eine Belastung zuzumuten ist. Sie ist eine zeitlich begrenzte Erstversorgung und dient dem Zweck der Frühmobilisation neben anderen therapeutischen Maßnahmen.

Die eigentliche Prothese wird durch den Beruf, Freizeit und die individuellen Wünsche des Patienten bestimmt. Die Bestimmung der Prothese erfolgt nach mehreren Testversorgungen und Erprobungsphasen. Eine Prothese hat stets den Sinn, die Leistungsfähigkeit des Patienten zu fördern und zu erweitern.

Prothesen unterscheiden sich in zwei grundlegenden Bauweisen (siehe Abbildung 3).



Abbildung 3: Prothese in Modular- und Schalenbauweise

Quelle: https://www.ot-neubert.de/images/gfx/hueftprothesen_2.gif

Die Schalenbauweise trägt ihr Gewicht außen und hat dabei ein hohes Maß an Festigkeit bei kleinem Gewicht. Jedoch ist sie optisch weniger ansprechend und das Austauschen der Einzelteile sehr aufwendig. Die Modulbauweise dagegen entspricht dem menschlichen Vorbild. Hier liegt das tragende Element innen und die Einzelteile können einfach ausgetauscht werden (Baumgartner & Botta, 2008).

Ebenso existieren verschiedene Prothesen entsprechend der Amputationshöhe (siehe Abbildung 4) des Patienten.



Abbildung 4 Beinprothesen

[Quelle: http://wiki.ifs-tud.de/_media/biomechanik/projekte/ws2013/modular-beinprothese.jpg?w=200&tok=67187d];
Zugriff: 26.07.2017

Grundsätzlich können Prothesen ebenfalls in Endo- und Exoprothesen unterschieden werden. Endoprothesen entsprechen dem menschlichen Skelett. Daher kommen sie als Ersatz von Gelenken, die durch Krankheit zerstört oder durch Verschleiß abgenutzt sind, zum Einsatz. Im Gegensatz dazu wird die Exoprothese außerhalb des Körpers angebracht. Sie ersetzt gewissermaßen die fehlende Extremität (Nuhr, 2017). Abbildung 5 zeigt eine Zusammenführung beider Arten in der Endo-Exo-Prothese. Hierbei wird ein Metallschaft im Knochen des Patienten implantiert. Mit einem Adapter werden die externen Bauteile verankert. Forschungen haben bewiesen, dass durch diese Form der Prothetik mehr Stabilität und eine bessere Kraftübertragung möglich sind (Aschoff & Juhnke, 2012).



Abbildung 5 Endo-Exo-Prothese

[Quelle: <http://www.amputierten-initiative.de/images/Endo-Exo-Femurprothesen->

Nachdem die Anpassung der Prothese erfolgte, trainiert der Patient in Hinblick seiner Rehabilitation und Wiedereingliederung die sichere Mobilisation mit dieser, um möglichst ein kaum eingeschränktes Alltagsverhalten zu erlangen.

Dabei spielt die Ganganalyse eine wichtige Rolle (siehe Abbildung 6).

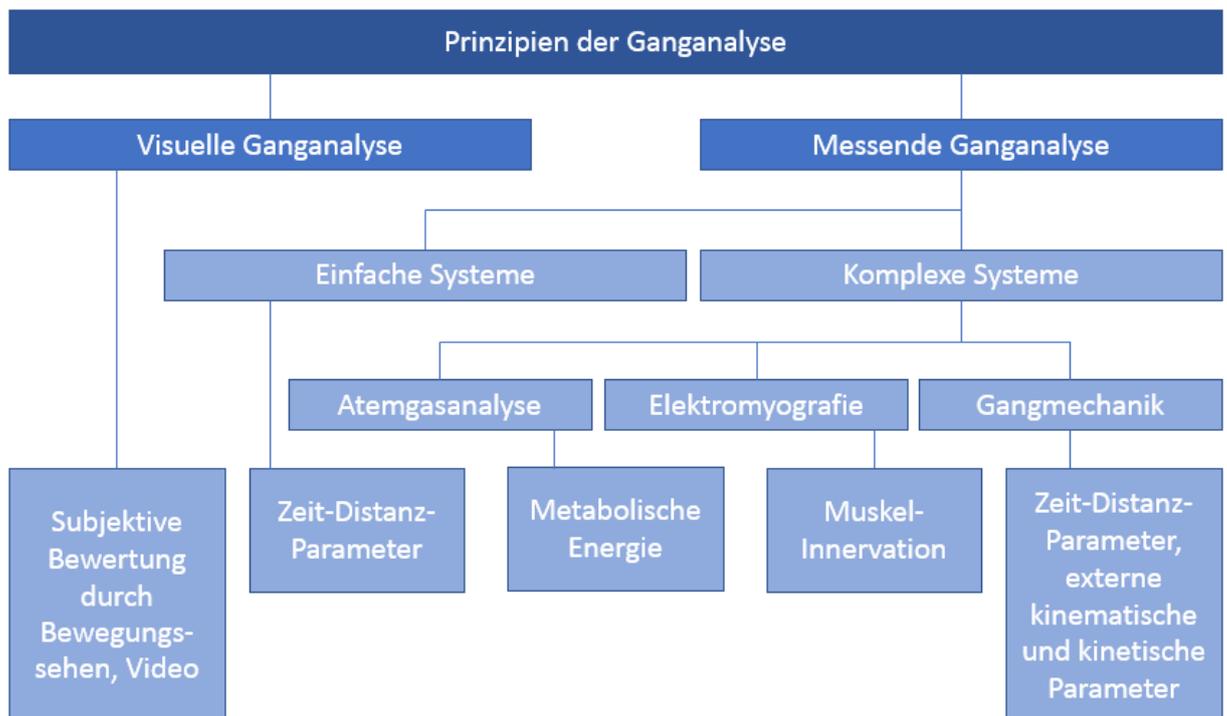


Abbildung 6: Prinzipien der Ganganalyse aus Baumgartner & Botta, 2008

Die visuelle Ganganalyse wird subjektiv vom Beobachter bewertet. Es ist erforderlich, dass der Beobachter Kenntnisse zum normalen Gang und dem eines Amputierten besitzt. Während der Gehprobe wird erfasst, ob das Gangbild

Unstimmigkeiten aufweist. Falls dies der Fall ist, wird mit dem Patienten eine Korrektur angestrebt. Eine Unterstützung hierzu können Videoaufzeichnungen im fortschreitenden Therapieverlauf sein.

Im Vergleich dazu wird die messende Ganganalyse objektiv bewertet. Es können verschiedene Aspekte gemessen werden. Trotz der hohen Zuverlässigkeit wird diese Methode selten angewendet, da sie zeit- und kostenintensiv ist (Baumgartner & Botta, 2008). Der Gang bei einer Beinamputation zeichnet sich durch einen asymmetrischen Rhythmus aus. Ziel ist es, die Asymmetrie zu beseitigen und den Bewegungsablauf so normal wie möglich aussehen zu lassen. Regelmäßiges Training und regelmäßiges Gehen können die Leistungsfähigkeit steigern (Sions, Arch, & Horne, 2018).

4.4 Phantomschmerz und -gefühl

Amputationen können verschiedene Begleiterscheinungen nach sich ziehen. Eine häufig vorkommende Form ist das Phantomempfinden (Pschyrembel, 2014). Hierbei projiziert der Patient sein Empfinden in einen nicht mehr vorhandenen Körperteil. Er wird als vorhanden erlebt und kann durch einen Berührungszreiz ausgelöst werden. Eine extreme Version ist der Phantomschmerz. Dieser wird zentralvenös ausgelöst und vom Bewusstsein dem entsprechenden Körperteil zugeordnet. Der Phantomschmerz kann bereits als realer Schmerz während oder nach einer Operation oder Wochen später auftreten und sich im Gehirn manifestieren. Den Schmerz an sich verspüren die Patienten unterschiedlich. Sie treten brennend, stechend, krampfartig oder ähnlich auf. Es existiert keine einheitliche Behandlungsmethode des Phantomschmerzes (Baumgartner & Botta, 2008).

Es empfiehlt sich eine generelle Schmerzbehandlung sowie Akkupunktur der betroffenen Stelle, TENS⁴ und die Spiegeltherapie⁵ (Baumgartner & Botta, 2008).

⁴ Transkutane elektrische Nervenstimulation: Reizstromtherapie zur Schmerzbehandlung

⁵ Die noch vorhandene Extremität wird mittels eines Spiegels seitenverkehrt abgebildet. Im Gehirn entsteht durch die Abbildung der fehlenden Gliedmaße der gewohnte Eindruck. Übungen zur Mobilisation fallen leichter.

Stumpfschmerzen hingegen sind lokalisierbar und besitzen einen Ursprung. Diese können zum einen durch Hämatome und Infektionen hervorgerufen werden und zum anderen durch eine fehlerhaft angepasste Prothese (Baumgartner & Botta, 2008).

4.5 Angst, Depression und Lebensqualität

Neben physischen Einschränkungen, die einer Amputation folgen, können auch Gefühle, wie Angst und Depression betroffen sein. Diese Faktoren sind wichtig für die Anpassung und die Akzeptanz der Situation sowie zur Alltagsbewältigung.

SEIDEL ET AL. (2006) konnten in ihrer Untersuchung nachweisen, dass 27% erhöhte Depressionswerte und 25% erhöhte Angstwerte aufwiesen. Insgesamt hatten 18% erhöhte Werte in beiden Determinanten. Weiter konnten sie feststellen, dass eine geringe Akzeptanz der Prothese und Schmerzwahrnehmung Prädiktoren für die Entstehung von psychischen Störung, wie Angst und Depression, sind (Seidel, Lange, Wetz, & Heuft, 2006). Ähnliches konnten HORGAN & MACLACHLAN (2004) beweisen. In ihrer Untersuchung zeigen sie, dass die Angst- und Depressionswerte von Betroffenen mit Amputation zu Beginn relativ hoch waren, wobei sie im Verlauf der Zeit wieder zurückgingen. Zuzüglich zu hohen Werten kommt eine Aktivitätseinschränkung bei der Unsicherheit mit der eigenen Körperbildwahrnehmung und die damit verbundene Angst, sich in der Öffentlichkeit zu zeigen. Außerdem beeinflussen Faktoren, wie soziale Unterstützung, Zufriedenheit mit der Prothese, eigene Bewältigungsstrategien und wenig vorhandene Stumpf- und Phantomschmerzen, positiv das Leben mit einer Amputation (Horgan & MacLachlan, 2004).

Die Untersuchung von NUNES ET AL. (2012) zeigt die Verbindung von soziodemografischen Daten und klinischen Variablen zu psychischen Störungen. Dabei wiesen 43% der Befragten eine Störung auf. Auffallend dabei war, dass Männer und verheiratete Personen weniger psychische Probleme hatten.

Das subjektive Ergebnis einer Amputation von Betroffenen ist nicht abhängig von der Amputationshöhe, jedoch von Faktoren, die die Situation optimieren. Diese können sein: chirurgische, prothetische und soziale Unterstützungsleistungen (Matsen, Malchow, & Matsen, 2000). BOSMANS ET AL. (2007) definieren zudem Faktoren, wie Phantomempfinden und -schmerz, tägliches Leben und soziale Unterstützung, die Einfluss auf die subjektive Gesundheit einer Person mit Amputation haben können.

In Bezug auf die subjektiv empfundene Lebensqualität von Personen mit Amputation fanden ZIDAROV ET AL. (2009) heraus, dass die Zufriedenheit abhängig vom Nutzen einer Prothese, dem Empfinden von Phantomschmerzen und der Akzeptanz des veränderten Aussehens, ist. Durch die Verwendung einer Prothese kann mehr Aktivität der Betroffenen nachgewiesen werden. Generell war die gemessene Lebensqualität bei allen hoch, außer bei dem Faktor der physischen Funktionsfähigkeit.

Weiterhin wurde die Lebensqualität in Bezug zum Gesundheitsstatus untersucht. Dabei wurde festgestellt, dass die Amputationshöhe einen Einfluss auf die physische Funktionsfähigkeit nach Amputation hat. Auch hängt diese, wie bei SINH ET AL. (2006), vom Alter der Betroffenen ab. Jedoch konnten keine kognitiven Unterschiede in der Durchführung des täglichen Lebens gefunden werden. Die Fähigkeit zu gehen und die Distanz, die gegangen werden kann, spielen eine bedeutende Rolle in der Evaluation der Lebensqualität. Personen, die dazu Fähig sind, kommen besser in ihrem Alltag zurecht (Fortington, Dijkstra, Bosmans, Post, & Geertzen, 2013).

4.6 Modell der psychosozialen Anpassung nach Trauma

LANGE & HEUFT (2001) entwickelten das Modell zur psychosozialen Anpassung „Für den adäquaten Umgang mit Patienten nach einer Amputation [damit] die psychischen Aspekte des Verlusts einer Gliedmaße im Kontext der individuellen und sozialen Lebenssituation des Patienten angemessen berücksichtigt werden.“ (Lange & Heuft, 2001). Dieses Modell dient demnach dazu, Reaktionen der Patienten auf die Amputationen und die möglichen Therapieinterventionen abzuleiten.

Eine zentrale Bedeutung für das Modell (siehe Abbildung 7) sind die diagnostischen Kriterien des Patienten und die Copingstrategien. Zu den sechs diagnostischen Kriterien gehören (1) die Ursache der Amputation, (2) die Einschränkung in der Funktionsfähigkeit bzw. die Bedeutung der Gliedmaße, (3) die soziale Unterstützung, (4) mögliche vorhandene Vorerkrankungen, (5) der sekundäre Krankheitsgewinn und (6) die mögliche Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung.

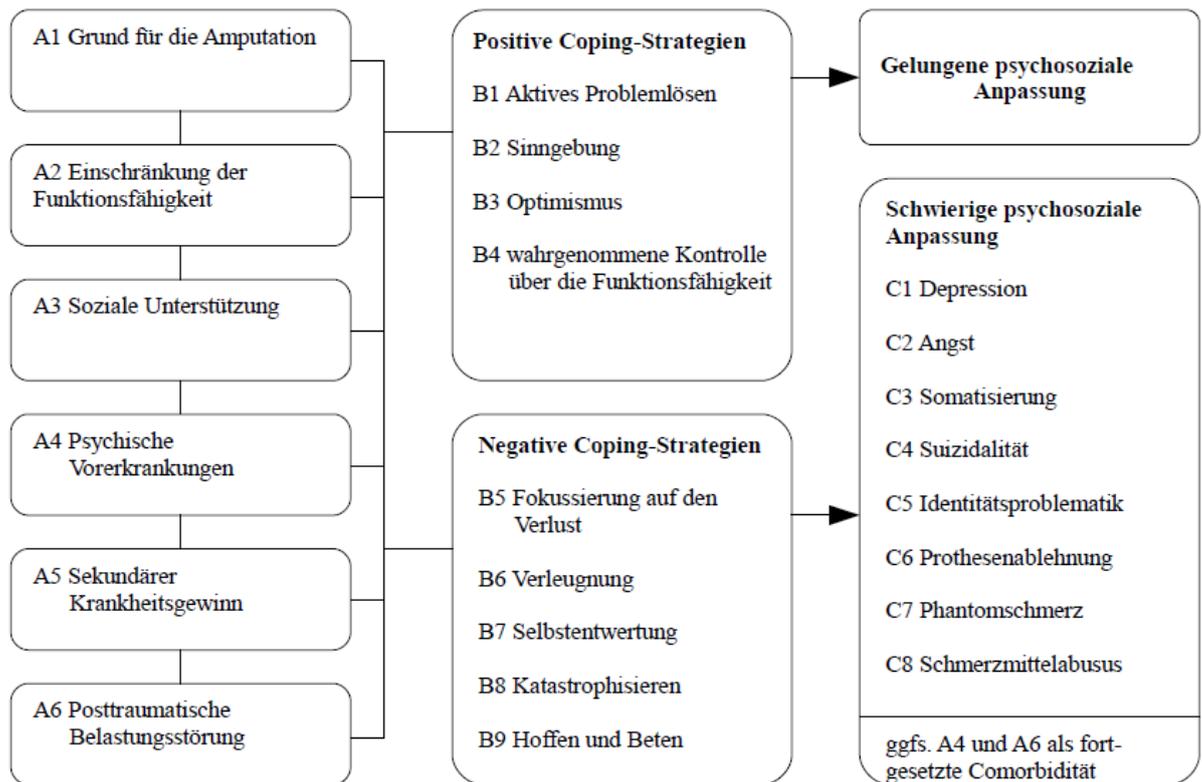


Abbildung 7: Modell der psychosozialen Anpassung nach Amputation nach Lange & Heuft (2001)

Diese sechs Kriterien sind bei jedem Patienten verschieden und daher differenziert voneinander zu betrachten. Dennoch kann es vorkommen, dass sie miteinander in Wechselbeziehung stehen.

(1) Die möglichen Ursachen wurden bereits unter 2.2.2 beschrieben. Patienten mit einer Gefäßerkrankung wissen meist im Voraus über eine anstehende Amputation Bescheid. Daher ist es möglich, dass diese Patienten sich auf die bevorstehende Operation vorbereiten können, sowohl körperlich als auch mental. Patienten, die durch ein Trauma eine Amputation durchleben, können sich kaum bis gar nicht darauf einstellen.

(2) Eine Einschränkung der Funktionsfähigkeit kann bereits mit einer frühzeitigen Mobilisation verhindert oder gemindert werden. Mit einer gesteigerten Funktionsfähigkeit ist der Patient in einer positiveren Verfassung und akzeptiert die Prothese als Ersatz für die verlorene Gliedmaße eher. Dadurch kann das Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein gesteigert werden.

(3) Die soziale Unterstützung ist der wichtigste Einflussfaktor eines Patienten. Es kommt hierbei darauf an, wie und ob die Person von seiner Familie, seinen Freunden

und seinen Kollegen emotional unterstützt wird. Ebenso sind Angehörige notwendig für die spätere Wiedereingewöhnung im Privatleben.

(4) Mögliche Vorerkrankungen beeinflussen den Krankheitsverlauf und die Krankheitsbewältigung. Hat der Patient keine Vorerkrankung, wirkt sich das positiv auf die Rehabilitation und die Wiedereingliederung aus. Vorerkrankungen verlangsamen möglicherweise die Genesung.

(5) Durch die Fokussierung auf die Amputation entstehen neue Muster, um mit dieser umzugehen. Der sekundäre Krankheitsgewinn besteht in den äußeren Vorteilen, die der Patient aus seiner Umwelt aufnimmt, wie zum Beispiel eine verstärkte Aufmerksamkeit und Beachtung. Dadurch vermeidet der betroffene Patient aber ebenfalls die Auseinandersetzung mit seiner Situation.

(6) Eine gesteigerte psychische Sensitivität kann unter Umständen zu einer Reizbarkeit und Schlafstörungen führen. Dies kann durch psychologische Betreuung verhindert werden.

Die bedeutendsten Copingstrategien sind, nach LANGE & HEUFT (2001), aktives Problemlösen, Sinngebung, Optimismus und wahrgenommene Kontrolle über die Funktionsfähigkeit. Mit diesen Strategien sollen die Ressourcen der Patienten aktiviert werden, damit eine psychosoziale Anpassung an die neue Situation gewährleistet werden kann. Letztendlich führt dies auch zur Akzeptanz der Amputation und der Prothese. Die Auseinandersetzung mit diesen Strategien kann als individueller Prozess gesehen werden.

Fokussieren sich Patienten auf die negativen Einflüsse wie Verlust, Verleugnung, Selbstentwertung und Katastrophieren ihre Situation, so erschwert dies die psychosoziale Anpassung. Mögliche Symptome können dafür sein, dass sie an Depressionen und Angst leiden sowie Phantomschmerzen verspüren (siehe C1-C8 aus Abbildung 7). Dieses Modell wurde zur Hilfestellung im Umgang mit dieser Problematik erstellt (Lange & Heuft, 2001).

4.7 Ableitung Forschungsbedarf

Unter 2.1 wurde bereits dargestellt, dass in Deutschland eine relevante Anzahl an Menschen mit Amputationen lebt. Die dargelegte Literatur zeigt, dass der eher technisch betrachtete Ansatz der Rehabilitation zwar die Kompensation durch ein

Hilfsmittel unterstützt, aber gleichzeitig, wie wenig über den individuellen Bedarf einer betroffenen Person bekannt ist. Studien zu Hilfsmitteln (Okita, et al., 2018; Hansson, Hagberg, Cawson, & Brodtkorb, 2018) und die damit einhergehende Verbesserung der Funktionsfähigkeit (Sions, Arch, & Horne, 2018) sind bekannt, ebenso wie zur Bewältigung und Bewertung einer Amputation (Gallagher & MacLachlan, 2001; Lange & Heuft, 2001). Diese Erkenntnisse liefern einen Einblick in den Umgang mit einer Amputation und in die Situation der Betroffenen, jedoch liefern sie keine Einsicht, wie die Betroffenen die Vorgänge erleben und wie sie selbst damit umgehen.

Des Weiteren liefert die Literatur keine Defizite in der Versorgung und in der Betreuung. Eine Optimierung aus der Sicht der Betroffenen kann ausschließlich über die Daten und Informationen über deren Bedürfnisse erbracht werden.

5 Material und Methodik

In folgendem Kapitel wird die Methodik, welche im Rahmen dieser Arbeit zum Tragen gekommen ist, behandelt. Einer Beschreibung der methodischen Anlage folgt die Thematisierung der Auswahl des Interviewmaterials, der Datenanalyse, der Forschungsethik und Gütekriterien qualitativer Forschung.

5.1 Methodische Anlage der Untersuchung

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird eine qualitative Untersuchung gewählt. Dieser Ansatz soll die Beobachtung von Problematiken, die im Amputationsprozess und im Leben danach wahrgenommen werden, ermöglichen. Denn die „[...] Empirische Sozialforschung ist die systematische Erfassung und Deutung sozialer Tatbestände [...]“ (Atteslander, 2010, S. 3) (und sie misst „[...] systematisch erhobene Aspekte gesellschaftlicher Wirklichkeit [...]“ (ebd. S. 14). Demnach sollen die Ansichten und Meinungen der jeweilig Befragten in Vordergrund gestellt werden und nicht durch den Forscher verzerrt werden.

Die Aussagen des Materials sollen soweit zusammengefasst werden, dass ein Überblick über das Erleben der Amputation und das Leben mit dieser dargestellt werden kann. „[...] denn die qualitative Sozialforschung zielt auf verallgemeinerungsfähige Aussagen ab, möchte dabei aber die Originalität der Einzelbeiträge nach Möglichkeit erhalten.“ (Lamnek & Krell, 2016, S. 191). Für die

Auswertung der Daten wird die Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING (2015) gewählt. Unter dieser Methode versteht MAYRING die Analyse von Kommunikation, bei der durch systematisches und regelgeleitetes Vorgehen das Material auf das Wesentliche reduziert werden kann (vgl. ebd.). Die systematische Analyse orientiert sich an zuvor festgelegten Regeln. Die Bildung von Kategorien steht dabei im Zentrum der Analyse. LAMNEK versteht Mayrings Methode der qualitativen Inhaltsanalyse als Vorbereitung auf eine quantitative Analyse, bei der der Einzelfall zu einer Sammlung aus Merkmalsausprägungen zusammengefasst wird (Lamnek & Krell, 2016, S. 475 ff.).

5.2 Materialauswahl

Für die qualitative Untersuchung dieser Arbeit eignen sich Interviews. Diese Methode soll die Sicht seitens der Betroffenen darstellen. Sie bietet die Möglichkeit, Aspekte von Betroffenen zu entdecken, die sie als bedeutsam oder einschränkend wahrnehmen.

Hindernisse für die Datenerhebung entstehen dabei im Zugang zum Personenkreis, der die notwendigen Kriterien erfüllen könnte sowie in der Zustimmung von Institutionen für die Durchführung und Verwendung von Daten. Hierbei entstehen Risiken für die Bearbeitungsdauer der Fragestellung dieser Arbeit. Aus diesem Grund wird versucht, über andere Wege an geeignetes Material für die Untersuchung zu gelangen. Recherchen haben ergeben, dass Internetforen von Stiftungen und Selbsthilfeorganisationen über bereits durchgeführte und veröffentlichte Interviews verfügen⁶.

Bereits erhobene Datenmengen werden als Sekundärdaten bezeichnet. Auf der Basis dieser Daten wird eine Sekundäranalyse durchgeführt. Hierbei ist zu beachten, dass das zu analysierende Material mit der Forschungsfrage kompatibel ist. Hierzu werden die vorhandenen Interviews durchgearbeitet und entsprechend ihrem Inhalt ausgewählt.

⁶ <http://www.leben-mit-beinprothese.de/leben-mit-prothese/>
<https://www.myhandicap.de/gesundheit/koerperliche-behinderung/amputation-prothese/im-alltag-leben/>

5.3 Qualitative Inhaltsanalyse

Die ausgewählten Interviews stehen als Transkripte zur Verfügung. Unter welchen Umständen die Interviews und Transkripte entstanden sind, ist nicht bekannt. Transkripte sind idealerweise vollständige Textverfassungen verbalen Materials. Sie dienen dem Nachvollzug des Interviews und der noch folgenden Interpretation (Lamnek & Krell, 2016, S. 368). Vorkommende Namen und Institutionen werden in dieser Arbeit pseudonymisiert, da diese für die Ergebnisse der Untersuchung keine Relevanz besitzen.

„Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch ein Abbild des Grundmaterials ist.“ (Mayring, 2015, S. 67).

Mit diesem Satz beschreibt Mayring ein System, welches das Material in einzelne Einheiten zerlegt, um dieses nacheinander zu analysieren.

Dieses System von Kategorien wird streng kontrolliert am Material entwickelt. „Das Ergebnis dieser Analyse ist ein Set von Kategorien zu einer bestimmten Thematik, dem spezifische Textstellen zugeordnet sind.“ (Ebd. 2016, S.117)

Die qualitative Inhaltsanalyse nach MAYRING bedient sich einer systematischen Vorgehensweise. Diese wird in sieben Schritten dargestellt.

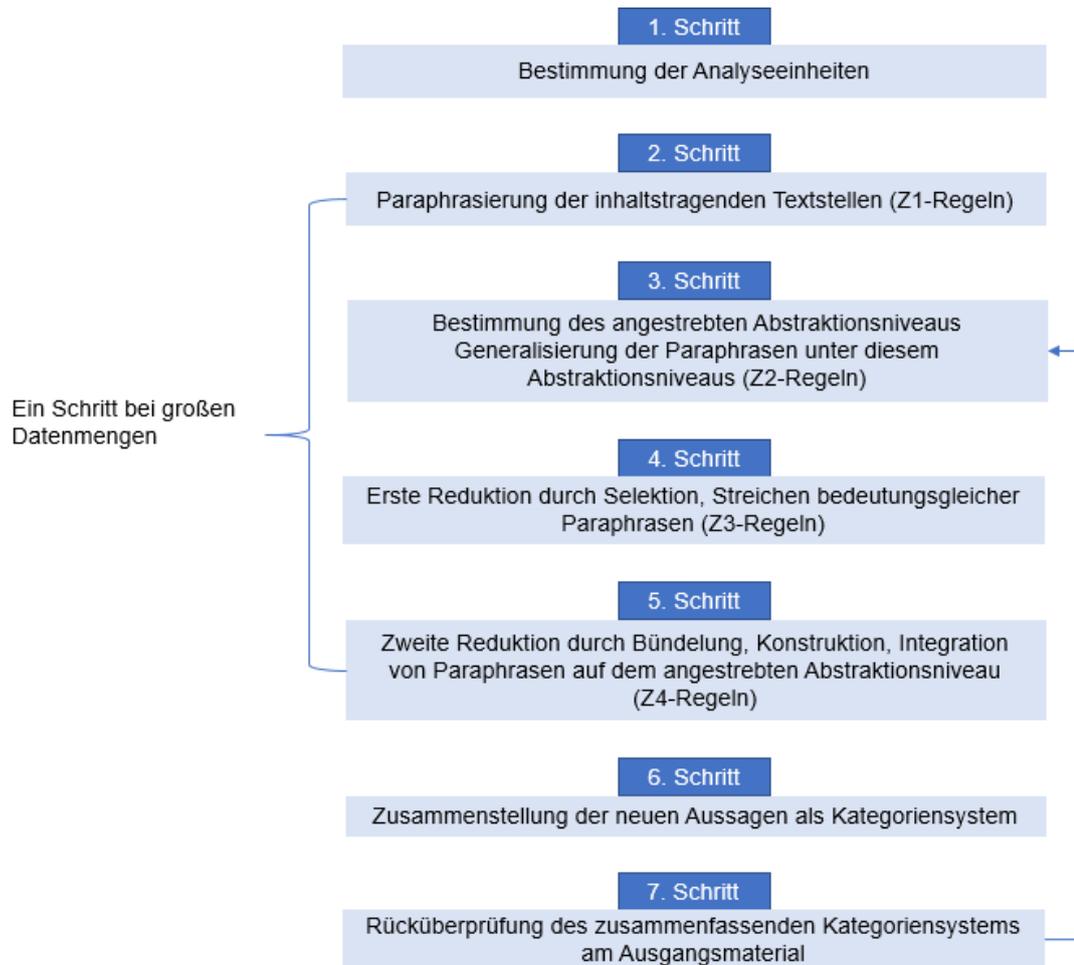


Abbildung 8: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring, Qualitative Inhaltsanalyse, 2015

Zu Beginn werden die Analyseeinheiten bestimmt. Die Kodiereinheit ist dabei der kleinste Textbaustein (z.B. eine sinnhafte Wortgruppe) während die Kontexteinheit mehrere Absätze umfassen kann.

Im nächsten Schritt folgt die Paraphrasierung. Hierbei werden die Kodiereinheiten auf eine einheitliche Sprachebene und auf eine grammatikalische Kurzform umgeschrieben. Textbausteine, die nicht inhaltstragend sind, werden gestrichen. Folglich wird das Abstraktionsniveau der Reduzierung bestimmt. Daraufhin werden die vorliegenden Paraphrasen entsprechend generalisiert (verallgemeinert).

Es folgt eine erste Reduzierung durch das Streichen von irrelevanten und inhaltsgleichen Paraphrasen. Die zweite Reduzierung wird durch Zusammenfassen ähnlicher Paraphrasen erreicht. Auch eine Integration von verschiedenen Aussagen zu einem Gegenstand ist möglich.

Im nächsten Schritt werden die verbleibenden Paraphrasen zu einem Kategoriensystem zusammengeführt. Dabei muss überprüft werden, ob die

Kategorien repräsentativ für die Fragestellung gelten können. Die Kategorien werden dabei am Ausgangsmaterial überprüft.

Falls das gewünschte Abstraktionsniveau nicht erreicht wird, erfolgt ein weiterer Durchgang der Reduzierung ab Schritt 3.

Anwendung an den Interviews:

Anhand des vorliegenden Ablaufschemas (Abbildung 8) nach MAYRING (2015) werden zunächst drei Interviews auf diese Weise kodiert. Die Analyse richtet sich nach den Forschungsfragen. Anschließend werden alle Transkripte anhand der vorliegenden Hauptkategorien und Kategorien der ersten drei Interviews kodiert. Während der deduktiven Anwendung der Kategorien, wurden neu entstandene Kategorien ergänzt. Durch die damit verbundene Rücküberprüfung der Kategorien werden die Erkenntnisse immer wieder auf die Daten überprüft. Neu entstandene Kategorien werden auch in bereits analysierten Interviews gesucht. Durch diese Vorgänge stehen die gebildeten Kategorien repräsentativ für das Ausgangsmaterial. Letztendlich wird eine zusammenfassende Übersicht der Hauptkategorien dargestellt.

5.4 Forschungsethik und Datenschutz

Dieses Projekt unterliegt den allgemeinen ethischen Grundsätzen. Die „Forschungsethik befasst sich mit der Frage, welche ethisch relevanten Einflüsse die Intervention eines Forschers den Menschen zumuten könnte, mit oder an denen der Forscher forscht.“ (Schnell & Heinritz, 2006, S. 17). Für die Forschungsethik gelten die allgemeinen Prinzipien der Menschenwürde und Menschenrechte, die in den Grundrechten des Grundgesetzes verankert sind. Hierzu zählen unter anderem „[...] das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ (GG Art. 2) und das Recht auf freie Meinungsäußerung (GG Art. 5).

Die Grundlage dieser Studie bilden die forschungsethischen Prinzipien nach SCHNELL & HEINRITZ (2006 S.21):

1. Begründung der Notwendigkeit des Forschungsthemas
2. Erklärung des Ziels der Forschung
3. Explizieren des methodischen Vorgehens
4. Einschätzung der möglichen positiven und negativen Folgen für den Teilnehmer
5. Realisierung möglicher auftretender Verletzungen und Schäden
6. Initiierung von Präventionen hinsichtlich Punkt 5

7. Keine Angabe von Falschaussagen hinsichtlich der Forschung
8. Beachtung der Datenschutzbestimmungen

Die Punkte 1 bis 3 werden in den jeweiligen Kapiteln dieser Arbeit erläutert. Punkt 4 und 5 beziehen sich insbesondere auf die Vulnerabilität der Untersuchungsteilnehmer. Dazu zählen Personen, „[...] die aufgrund ihres Alters oder ihrer eingeschränkten geistigen Fähigkeiten keine informierte Zustimmung geben können und/oder die aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation durch die Teilnahme [...] belastet oder gar gefährdet werden könnten.“ S.43 Der Forscher muss entsprechend seiner Teilnehmer die Untersuchung anpassen. Da in dieser Arbeit keine Datenerhebung durchgeführt wird, sondern lediglich die vorhandenen Daten verwendet werden, bleiben diese Punkte unberücksichtigt für den Forscher.

Im Weiteren folgen unter Punkt 8 die Datenschutzbestimmungen. Die Rahmenbedingungen hierfür regelt das Bundesdatenschutzgesetz. Die Datenschutzgesetze dienen dazu, „[...] den Einzelnen davor zu schützen, dass er durch den Umgang mit seinen personenbezogenen Daten in seinem Persönlichkeitsrecht beeinträchtigt wird.“ (§1 Abs. 1 BDSG). Der Forscher ist für die Daten aus seiner Erhebung selbst verantwortlich (§3 Abs. 7 BDSG) und ist verpflichtet, mit diesen sorgsam umzugehen und diese auf ein Minimum zu reduzieren (§3a BDSG). Des Weiteren muss er sicherstellen, dass personenbezogene Daten anonymisiert (Verändern der Daten) oder pseudonymisiert (Ersetzen durch Codes etc.) sind (§3 Abs. 6, 6a; §3a BDSG).

Die Erhebung von Daten in Form von Aufzeichnungen ist durch die Zustimmung der Untersuchungsteilnehmer erforderlich. Nach Abschluss der Untersuchung werden die erhobenen Daten im Regelfall gelöscht. Die Ausnahme hierfür sind Sekundäranalysen. Diese beziehen sich ausschließlich auf bereits vorhandene Datenmengen.

Aus diesen acht Prinzipien entstehen Verpflichtungen für den Forscher, die er beachten und einhalten muss.

5.5 Gütekriterien

Gütekriterien dienen zur Beurteilung der Qualität eines Forschungsprojektes. GREENHALGH & TAYLOR (1997) entwickeln neun Fragen, die in Anhängigkeit von deren Beantwortung die Qualität bestimmen. Die erste Frage bezieht sich auf die Relevanz

des zu untersuchenden Forschungsproblems. Hierzu wird bereits in der Einleitung dieser Arbeit Stellung bezogen und unter Punkt 4 genauer erläutert.

Die folgende Frage dient der Beantwortung, ob ein qualitativer Ansatz für die Untersuchung geeignet ist. Für die primäre Fragestellung dieser Arbeit ist dieser Ansatz notwendig (siehe 5.1).

In den Fragen drei bis sechs wird die Durchführung der Untersuchung geklärt. Die Punkte der Teilnehmerauswahl, Datenerhebung Datenanalyse werden in der Methodik im Kapitel 5 dargestellt.

Anschließend sollen in den Fragen sieben bis neun Aussagen zu den Forschungsergebnissen getätigt werden. Diese beziehen sich wiederum auf die Relevanz der Ergebnisse sowie auf die Begründung der Schlussfolgerung und die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Setting. Diese Punkte werden in den folgenden Kapiteln dargestellt.

Auch MAYRING definiert allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung. So ist die Verfahrensdokumentation und Regelgeleitetheit für ihn von wichtiger Bedeutung für die korrekte Dokumentation und Einhaltung der einzelnen Analyseschritte.

6 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse des Materials dargelegt. Die Ergebnisse der Interviews werden in Kategorien, die eine Zusammenfassung des Materials darstellen, angegeben.

Zu Beginn wird das Material kurz beschrieben. Im Anschluss daran folgt die Darstellung und Beschreibung der einzelnen Kategorien. Abschließend wird auf die Verteilung der Kategorien eingegangen.

6.1 Beschreibung des Materials

Im Rahmen dieser Arbeit wurden 10 im Internet veröffentlichte Interviews analysiert. Die Interviewten waren zum Zeitpunkt des Interviews zwischen 22 und 54 Jahre alt⁷

⁷ 5 der 10 Personen gaben kein Alter an

und zum Zeitpunkt der Amputation zwischen 4 und 39 Jahre alt⁸. Das Durchschnittsalter lag bei 41 und 17,38 Jahren. Eine Person gab kein Alter an lediglich, dass die Amputation bereits 17 Jahre zurück liegt. Generellen lag die Amputation zwischen 3 und 50 Jahren zurück, mit einem Durchschnitt von 22,8 Jahren.

Interviewt wurden neun Männer und eine Frau. Die Amputationsursache war bei sieben Personen ein Trauma und davon hatten 6 Personen einen Verkehrsunfall. Während bei zwei weiteren Personen eine Fehlbildung bzw. Gehbehinderung vorlag, hatte ein anderer eine Amputation auf Grund einer Vorerkrankung.

Bei wenigen Betroffenen war die bevorstehende Amputation schon länger bekannt. Als Auslöser für die Amputation nannten sie Befürchtungen über eine mögliche Zustandsverschlechterung und die Entscheidung gegen die Schmerzen und für mehr Lebensqualität. Bei anderen hingegen wurde der Körperteil direkt beim Unfall abgetrennt, oder er wurde so stark beschädigt, dass die Amputation die Folge war.

Die Amputationshöhe betraf bei vier Interviewten den Unterschenkel, bei zwei weiteren wurde bis zum Knie amputiert. Des Weiteren war bei einer Person der Oberschenkel betroffen, bei einer weiteren das ganze Bein. Eine Interviewter verlor einen Arm.

Zum Zeitpunkt der Amputation waren vier Personen noch nicht im berufsfähigen Alter. Von diesen Personen holte einer sein Abitur nach, während zwei weitere im Anschluss eine Ausbildung begannen. Eine dieser Personen gab an, auf Grund der Amputation eine Ablehnung zur Ausbildung erhalten zu haben. Im Weiteren gaben vier Personen an, einen Beruf bzw. eine Ausbildung auszuüben. Drei Personen haben einige Zeit nach der Amputation ihren Beruf gewechselt. Andere konnten ihn weiter ausüben⁹.

6.2 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

Nachfolgend werden die Kategorien, die aus dem Material gewonnen werden konnten, dargestellt. Sie werden dabei der Häufigkeit nach ausgezählt (siehe 6.3) und aufgereiht. Dies soll die Reihenfolge der Kategorien in dieser Arbeit rechtfertigen.

Zur Beschreibung der Kategorien werden die Zitate (kursive Schrift) aus den Interviews herangezogen, um diese für den Leser verständlicher und nachvollziehbarer zu

⁸ 2 der 10 Personen gaben kein Alter an

⁹ 2 der 10 Interviewten tätigten keine Angaben zum Berufsleben

gestalten. Der nachstehende Buchstabe der Zitate aus den Interviews bezieht sich auf das jeweilige Interviewmaterial der entsprechenden Person.

Es wird darauf geachtet, dass die jeweiligen Zitate aus den unterschiedlichen Interviews stammen, um die subjektiven Perspektiven der einzelnen Interviewten darzustellen.

6.2.1 Alltagsbewältigung

Die Betroffenen erleben zum Teil wesentliche Einschränkungen, die sich auf ihre körperlichen Möglichkeiten beziehen. Dies äußert sich in der Abhängigkeit von anderen, was nicht jedem gefällt und auch schwerfällt. Für manche ist es wichtig, wieder Auto fahren zu können.

„Das ich viele Dinge nicht mehr oder nur eingeschränkt tun kann. [...] Außerdem ist man in gewisser Art und Weise abhängig. Das empfinde ich als das Schwerste, um Hilfe bitten zu können.“ (I Abs. 21)

Doch die Betroffenen lernen immer wieder etwas Neues dazu. Sie finden ihren eigenen Weg, um ihren Alltag zu bewältigen. Allgemein ist es bedeutsam, dass die Betroffenen an ihre Lebensweise vor ihrer Amputation anknüpfen können.

„Für mich war es wichtig, dass ich genau da weitermachen kann, wo ich vorher stand.“ (J Abs. 6)

Die angestrebte Mobilität, die die Betroffenen wieder erreichen wollen, bezieht sich auf die Aktivitäten in ihrer Freizeit. Es kann auch dazu führen, dass auf Grund der Aktivitäten Schmerzen auftreten. Diese werden teilweise mit dem Fortschreiten der Zeit zur Gewohnheit.

„Ich denke, man kann sich im Laufe der Zeit an einen gewissen Schmerz gewöhnen.“ (C Abs. 5)

Regelmäßiges Training der Gliedmaßen sorgt für ein besseres Gleichgewicht und mehr Stabilität im Körper. Ebenso fördert Training die Mobilität, weswegen die Mehrheit der Personen aktiv Sport betreibt. In besonderen Situationen kann extremes Wetter sich negativ auf das Tragen der Prothese auswirken.

„Wenn es zu heiß ist, rutscht sie runter.“ (I Abs. 19)

Durch die Amputation scheint bei manchen der Ehrgeiz geweckt zu sein. Sie genießen ihre Erfolge trotz ihrer Einschränkung oder gerade deswegen.

Am besten kommen die Betroffenen im Alltag zurecht, wenn sie Dinge selbst versuchen. Dadurch entwickeln sie mehr Selbstbewusstsein und kommen schneller voran. Dabei ist es manchmal nötig, über seinen Schatten zu springen.

6.2.2 Generelle Bewältigung

Eine Amputation hat weitreichende Folgen für den Betroffenen. Unmittelbar nach der Amputation entwickeln die Betroffenen auf ihre individuelle Weise eine Herangehensweise, wie sie mit der neuen Situation zurecht kommen werden. Zwei der Betroffenen gehen davon aus, dass die Bewältigung einer Amputation von der Person abhängig ist und von ihrem Alter.

„[...] ich habe früh begriffen, dass eine Behinderung keine schicksalshafte Katastrophe sein muss.“ (B Abs. 4)

Manche Personen wissen bereits im Vorfeld über die anstehende Amputation Bescheid. In einigen Fällen wird die Entscheidung zur Amputation selbst gewählt. In einer anderen Situation erfolgt die Amputation während des Unfalls. Je nachdem, wie viel Zeit zwischen Wissen um die anstehende Amputation und erfolgter Amputation liegt, kann sich der Betroffene darauf vorbereiten.

Einige der Betroffenen verspürten anfänglich Angst. Daran schließt bei vielen eine Phase der Akzeptanz gegenüber der Amputation. Sie versuchen, sich mit den neuen Gegebenheiten zurecht zu finden. Manchen fällt dies leichter als anderen.

„[...] ich war am Ende – seelisch am Boden zerstört.“ (C Abs. 3)

„Dann stellte ich mir die Frage, ob ich so leben wollte oder nicht. Ich habe „ja“ gesagt und so akzeptiert.“ (F Abs. 2)

Die Phase des Akzeptierens verläuft bei den Betroffenen unterschiedlich schnell oder langsam. Häufig geben sie an, die Situation eh nicht mehr ändern zu können und das Beste daraus machen zu wollen und zu müssen.

„Aber für mich war eigentlich schnell klar, dass ich mich dadurch nicht hängen lassen werde.“ (A Abs. 6)

„Das Wort Amputation habe ich ja nie in den Mund genommen, es war einfach nicht vorhanden und von mir verdrängt.“ (C Abs. 9)

Bei dem Verlust eines Körperteils werden sich die Betroffenen einer Veränderung ihres Körpers und damit ihres Aussehens bewusst. Dies beginnt bereits nach der Operation, wenn die Betroffenen erstmals ihre Gliedmaße nicht mehr an ihrem Körper sehen.

„Als ich nach drei Tagen Koma aufgewacht bin, habe ich gesehen, dass der Arm fehlt. Dann wollte ich wieder einschlafen, hab mir eingeredet, das wird schon wieder. Ich träum nur.“ (I Abs. 8)

Alle Betroffenen erhalten eine Prothese. Die meisten freuen sich darauf. Jedoch sind nicht alle mit dieser Prothese zufrieden, da sie sie als steif und umständlich empfinden. Nach einiger Zeit kann aber das Gefühl entstehen, die Prothese sei ein Teil des Körpers. Andersherum kann es vorkommen, dass Betroffene sich nicht trauen, ihre Prothese in der Öffentlichkeit zu tragen.

„Mittlerweile gehe ich so unauffällig, dass es fast niemandem mehr auffällt, dass ich eine Prothese trage. Die Prothese ist ein Teil von mir, [...]“ (E Abs. 11)

Einige berichten auch, dass die Amputation ihr Leben positiv verändert hätte. Sie leben viel bewusster und sind aktiver im sportlichen Bereich integriert, wodurch der Ehrgeiz angespornt wird.

Letztendlich hängt die Bewältigung einer Amputation von der Person selbst ab, je nachdem, wie schnell sie bereit sind, diese zu akzeptieren oder sogar als etwas Besonderes und Einzigartiges anzusehen.

6.2.3 Unterstützung und Verhalten der Familie und des sozialen Umfeldes

Bereits während des Prozesses der Amputation und im Leben danach nehmen die Familienmitglieder und Freunde eine wichtige Rolle ein. Die Betroffenen, die Unterstützung aus ihrem Umfeld erfahren haben, schätzen diesen als wertvoll ein.

„In erster Linie haben mir meine Eltern geholfen [...]“ (B Abs. 3)

Es ist wichtig für die Interviewten, Kontakt zu ihrem sozialen Umfeld zu haben. Es gibt ihnen die nötige Sicherheit, den neuen Umständen gerecht werden.

„In meinen schwierigsten Zeiten durfte ich immer auf gute Freunde zählen. Sie haben mich begleitet, unterstützt [...]“ (H Abs. 9)

Manche Personen machen in dieser Zeit die Erfahrung, dass sich Familienmitglieder und Freunde abwenden und sie sich dadurch allein fühlen. Dennoch finden sie in dieser Zeit auch neue Freunde, die zu ihnen halten.

*„Ja, mein Freundeskreis [...] hat sich damals ziemlich schnell verabschiedet
 „Andersherum sind Menschen vorbei gekommen, mit denen ich nicht gerechnet
 hätte und zu denen auch heute noch ein intensiver Kontakt besteht.“ (F Abs. 5)*

Wichtig ist für die Betroffenen, dass sich ihr Umfeld nicht anders verhält als vorher, ihnen auch kein Mitleid entgegenbringt und sie normal behandelt.

„Dass man Mitleid bekommt, das man gar nicht haben möchte.“ (I Abs. 21)

„[...] dass sie mich nicht anders behandelt haben als etwa meinen Bruder.“ (B Abs. 3)

6.2.4 Erleben der Amputation

Die Betroffenen gehen mit unterschiedlichen Wahrnehmungen und Situationen an die Amputation heran. Die Amputation als solche wird auf verschiedene Weise wahrgenommen. Die Bewältigung dieser gelingt demnach unterschiedlich und individuell abhängig. Sie schwankt zwischen Schock und Chance auf Neuanfang.

„Erst war eine große Leere im Kopf, [...]. Habe dann aber sofort nach vorne geschaut [...].“ (D Abs. 3)

„Miserabel! Es war für mich erst ein unglaublicher Schock und ich war am Ende – seelisch am Boden zerstört.“ (C Abs. 3)

In manchen Fällen erfahren die Betroffenen über die bevorstehende Amputation im Vorfeld, während andere sich selbst dazu entscheiden oder sich nicht entscheiden dürfen. Ein längerer Leidensweg durch eine Vorerkrankung oder Fehlbildung kann durch eine Amputation auch als Erlösung angesehen werden.

„Ich bin glücklich über die Entscheidung. Ich hatte eine Wahl und habe mich gegen die Schmerzen und für mehr Lebensqualität entschieden. Seitdem habe ich nicht mehr zurück geguckt.“ (E Abs. 2)

„[...] mir wurde der Arm bei einem Autounfall als Beifahrerin ganz abgerissen, der Arm lag im Feld und war auch nicht mehr zum Annähen.“ (I Abs. 26)

Generell sind sie froh darüber, dass keinem anderen so etwas zugestoßen ist.

„Außerdem war ich froh, dass dieser Unfall mir passiert ist und nicht jemanden aus meiner Familie oder meinem Freundeskreis.“ (A Abs. 6)

Ebenso scheint eine Vielzahl der Personen Hoffnung zu haben, dass alles wieder gut wird. Um so schlimmer ist es, wenn sie enttäuscht werden.

„Die Hoffnung, dass es wieder zusammenwachsen würde, erfüllte sich jedoch nicht. [...] Als ich erfuhr, dass ich mein Bein verlieren würde war das für mich ein riesiger Schock.“ (C Abs. 2)

Zusammenfassend ist das Erleben einer Amputation etwas Besonderes, was man keinem anderen wünscht. Das Erleben der Amputation ist subjektiv. Jeder erlebt es auf seine Weise und lernt damit zurechtzukommen.

6.2.5 Prothetische Versorgung

In dieser Kategorie befinden sich alle Aussagen, die sich auf die Versorgung der Prothese und die Erfahrung mit dieser beziehen.

Für die Betroffenen ist die Erstversorgung mit einer Prothese ein wichtiger Schritt in der Versorgung. Die Prothese stellt für viele die Wiedererlangung der Mobilität dar, auch wenn sie die Erwartungen der Patienten nicht erfüllt.

„Als ich dann die ersten Schritte gegangen bin, war das ein ganz besonderer Moment.“ (A Abs. 5)

„Schrecklich! Die erste Prothese war eine steife, stählerne Stelzfuß-Konstruktion, mit der ich mehrmals in Gully-Löchern „abgetaucht“ bin.“ (B Abs. 5)

Alle Interviewten erhalten eine Prothese. Die Dauer bis zum Erhalt dieser variierte.

„Dadurch, dass es rund drei Monate gedauert hat, bis ich das erste Mal mit Prothese gehen konnte, [...]“ (A Abs. 5)

Eine Erstprothese dient zur frühzeitigen Mobilisation des Patienten und zur Formung des Stumpfes. Einige behielten ihre Erstprothese über viele Jahre hinweg. Zum einen, weil die notwendigen Informationen über andere Möglichkeiten fehlten und zum anderen, weil sie sich an die Prothese gewöhnt hatten.

„Auch später bin ich dann noch fast 15 Jahre mit dem Holzbein herumgelaufen, [...]“ (B Abs. 5)

„[...]“, weil ich nicht wusste, dass es eine Art Service zur Prüfung der Funktionen überhaupt gibt.“ (C Abs. 5)

Bei Veränderungen der Stumpfform und bei Problemen mit der Prothese wird dies vom Prothesentechniker angepasst. Nicht jeder nahm dies in Anspruch.

„Ich habe auch viel an der Prothese selbst gebastelt und geschraubt, sozusagen eigene Wartung betrieben, [...]. Meinen Weg zum Orthopädietechniker schlug ich nur ein, wenn gar nichts mehr ging.“ (C Abs. 5)

Heutzutage ist die Prothesenversorgung optimaler und die Prothesen fühlen sich besser an. Das erleichtert zudem den Alltag. Trotzdem sind die Interviewten offen für neue Technologien.

„Mit der heutigen Entwicklung im Prothesenbereich kann man als Unterschenkelamputierter eigentlich alles machen, was man will.“ (A Abs.38)

„[...] ist das Leben für Beinamputierte bequemer und das Gehen leichter geworden.“ (B Abs.10)

„Trotz meiner optimalen Versorgung, bin ich immer für technische Neuerungen offen und möchte alles kennenlernen.“ (C Abs. 10)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine prothetische Versorgung für die Betroffenen einen hohen Stellenwert hat. Trotz fehlender Informationen versuchen sie, das Beste aus dieser Situation herauszuholen.

6.2.6 Schmerzen und Begleiterscheinungen

Ein besonderes Thema sind Schmerzen und Phantomschmerzen. Diese werden von den Betroffenen auf unterschiedliche Weise wahrgenommen und beurteilt. Einige haben Schwierigkeiten im Umgang mit den Schmerzen, andere können damit leben.

„Häufig habe ich Schmerz(en) auch bewusst zugelassen und mich abgelenkt.“ (E Abs.8)

Schmerzen erfährt fast jeder der Befragten. Einige berichten von ihren Schmerzen vor der Amputation, welche auch dann zu dieser geführt haben. Manche sehen aus diesem Grund die Amputation als Erlösung. Auch eine Behinderung stellt eine Einschränkung dar.

„[...] habe mich gegen die Schmerzen und für mehr Lebensqualität entschieden.“ (E Abs. 2)

Nach der Amputation steht die Schmerzfreiheit für viele an erster Stelle. Manche der Befragten gaben an, an Phantomschmerzen gelitten zu haben. Der Zeitpunkt des Auftretens kann dabei variieren. Sie können durchgängig, sporadisch oder wetterabhängig auftreten. Einige gaben an, keine Phantomschmerzen gespürt zu haben.

„Phantomschmerzen ja und auch immer noch. Ich merke die Phantomschmerzen stark, bei Wetterumschwüngen oder Stress.“ (I Abs. 38)

Nicht immer sind es Phantomschmerzen, die die Betroffenen verspüren. Oftmals treten Schmerzen in der amputierten Gliedmaße auch nach Jahren noch auf. Andere berichten von Schmerzen in der gesunden Gliedmaße. Durch die vermehrte Belastung der gesunden Gliedmaße wird diese oftmals in Mitleidenschaft gezogen. Dadurch kann es zu Schmerzen und Problemen kommen.

„Darüber hinaus ächzt mein „gesundes“ Bein jetzt auch stärker – bedingt durch die langjährige Überlastung.“ (G Abs. 20)

Manche der Betroffenen können den Schmerz aushalten oder sich daran gewöhnen. Andere entwickeln eigene Methoden, um mit dieser Situation zurechtzukommen.

„Mir persönlich hat es geholfen, durch Meditation ein viel bewussteres Körpergefühl zu entwickeln [...].“ (E Abs. 8)

6.2.7 Wünsche und Erwartungen

Die „Wünsche und Erwartungen“ stehen in engem Zusammenhang mit „fehlender Unterstützung“. Aus diesen angegebenen fehlenden Unterstützungen und schlechten Erfahrungen ergeben sich die Wünsche und Erwartungen an die Akteure im Gesundheitswesen. Es sind Handlungen, welche für die Interviewten hilfreich gewesen wären oder sein könnten.

Generell sprechen die Interviewten davon, mehr Informationen bekommen zu wollen. Sei es über die rehabilitativen Maßnahmen oder die Prothesenversorgung. Des Weiteren wünschen sich zwei der Befragten eine Gehschule.

Die Bedeutsamkeit von Gesprächen im Allgemeinen wird deutlich. Es wird mehrfach der Wunsch geäußert, einen Ansprechpartner zu erhalten. Nicht nur während des Krankenhausaufenthaltes finden sie eine psychologische Betreuung sinnvoll, sondern

auch darüber hinaus ist es wichtig, Gesprächspartner zu haben, mit denen sich ausgetauscht werden kann.

„Ja, Austausch empfinde ich als Bereicherung und sehr wichtig.“ (I Abs. 16)

Direkt nach der Amputation sind den Betroffenen Aspekte ihrer eigenen Zukunft wichtig. Darunter auch das Ziel, wieder mobil zu werden. Andere persönliche Ziele betreffen die Tätigkeiten und Hobbys, die sie vor ihrer Amputation ausübten, wieder aufzunehmen. Dazu erwähnten sie u.a. Gitarre spielen, Fußball spielen und generell sich sportlich betätigen zu wollen. Auch machen sich einige Gedanken wegen einem Partner und wie dieser auf die Amputation reagiert.

„Es war in den ersten Monaten nicht einfach, da ich doch erstmal recht unsicher war. Danach entwickelten sich die Beziehungen normal.“ (G Abs. 12)

„Irgendwie war für mich klar, dass ich wieder sehr aktiv sein werde.“ (A Abs. 8)

Prinzipiell haben die Betroffenen den Willen, wieder gesund zu werden. Eine optimistische Einstellung gegenüber der Amputation hilft den meisten diese zu akzeptieren. Die Wünsche und Erwartungen der Betroffenen an die Akteure liegen hauptsächlich im Bereich der Informationsweitergabe und in Gesprächen im Allgemeinen.

6.2.8 Kommunikation mit anderen

Für manche Interviewten ist der Kontakt zu anderen Mitpatienten und Gleichgesinnten eine große Hilfe. Es reicht teilweise schon aus, andere Amputierte zu sehen, um zu wissen, dass man nicht allein ist in dieser Situation. Die eigene Situation wird dadurch aber auch relativiert, wenn sie sehen, dass es andere schlimmer getroffen hat und sich selbst als das „geringste Übel“ (A Abs. 24) bezeichnen.

Es wird als positiv betrachtet, wenn die Betroffenen Kontakt zu anderen während ihres Klinikaufenthaltes erhalten.

„Auf meinem Zimmer im Krankenhaus lag noch ein 22-jähriger, der auch gerade erst amputiert worden war und durch ihn und seine Freunde hatte ich im Krankenhaus eigentlich trotz der Amputation und der Operation ein(e) gute Zeit mit guten Gesprächen.“ (G Abs. 5)

Als zusätzliche Unterstützung werden Selbsthilfegruppen wahrgenommen. Durch den Austausch mit anderen, die Begegnungen können zufällig erfolgen, erfahren sie

relevante Dinge wie politische Neuerungen und aktuelle Probleme. Nicht jeder kann oder möchte sich in einer Selbsthilfegruppe beteiligen. Zum einen wird es nicht als notwendig betrachtet, und zum anderen existiert keine Selbsthilfegruppe in der Umgebung.

„Ich suche nicht bewusst den Kontakt zu Menschen mit Amputationen.“ (H Abs. 13)

Eine Person gibt an, dass sie automatisch psychologisch betreut wurde. Nicht alle nahmen dieses Angebot in Anspruch. Die betreute Person sagte aus, dass sie sich wohler fühlt, wenn sie ihre Situation mit einer ihr bekannten Person bespricht.

6.2.9 Erhaltene und erlebte Unterstützung in der Betreuung

Die Betroffenen müssen zum Zeitpunkt der Amputation einige Zeit im Krankenhaus verbringen. Während dieser Zeit spielt die Betreuung eine wichtige Rolle. Der Grund, der zur Amputation führt, wird dem Patienten von den Ärzten mitgeteilt oder sie werden in den Entscheidungsprozess mit eingebunden.

„Ich bin glücklich über die Entscheidung. Ich hatte eine Wahl [...].“ (E Abs. 2)

Als positiv wird erachtet, wenn einem der betreuende Arzt bekannt ist und die Ärzte versuchen, die Gliedmaße zu retten.

„Was mir in der Zeit sehr geholfen hat, war, dass der verantwortliche Arzt mein damaliger Nachbar gewesen ist. Er hat mich super betreut [...].“ (A Abs. 9)

„Die ganze Zeit setzten die Ärzte alles daran, mein Bein zu retten [...].“

Sobald die Wunde verheilt ist, wird mit der Physiotherapie begonnen. Wenige erhielten rehabilitative Maßnahmen. Manche lehnten eine Hilfestellung komplett ab.

„[...] durch Ergotherapie und Krankengymnastik bekam ich ein besseres Gleichgewicht und meine linke Hand wurde trainiert.“ (I Abs. 5)

„Rückblickend war es gravierender Fehler, [...] keine Hilfe anzunehmen.“ (F Abs. 3)

Neben einem guten Betreuungsteam benötigen Betroffene einen Ansprechpartner. In besonderen Fällen befinden sich Gleichgesinnte im selben Zimmer im Krankenhaus, mit denen sich ausgetauscht werden kann. Anderen fehlte es an psychologischer Betreuung.

„Auf meinem Zimmer im Krankenhaus lag noch ein 22-Jähriger, der auch gerade erst amputiert worden war und durch ihn und seine Freunde hatte ich im Krankenhaus eigentlich trotz der Amputation und der Operationen ein(e) gute Zeit mit guten Gesprächen.“ (G Abs. 5)

„Mir fehlte damals die wichtige psychologische Betreuung, [...]“ (C Abs. 9)

Ein Betroffener macht die Erfahrung, dass es in der Behandlung nicht sofort zur Amputation kommt. Die Zeit bis dahin ist geprägt von vielen Untersuchungen und dem Ziel der behandelnden Ärzte, die Gliedmaße retten zu wollen. Dadurch wird die Amputation hinausgezögert. Das kann mitunter soweit gehen, dass bis zum Tag vor der geplanten Operation dem Patienten noch Hoffnung gemacht wird. Entsprechend groß ist der Schock, wenn dem Patient die endgültige Entscheidung mitgeteilt wird.

„Ich war also sechs Monate in der Annahme gewesen, alles wird wieder gut. Als ich erfuhr, dass ich mein Bein wirklich verlieren werde, war das für mich ein riesiger Schock.“ (C Abs. 2)

Abschließend lässt sich anmerken, dass die Mehrzahl der Betroffenen keine Rehabilitation erhielt, obwohl dies sich einige wünschten, auf Grund von Verschlechterungen oder Mobilitätssteigerungen. Viele hätten eine psychologische Betreuung befürwortet, um mit der Situation zurecht zu kommen.

6.2.10 Fehlende Unterstützung

In der Zeit des Versorgungsprozesses und danach kann es dazu kommen, dass die Betroffenen sich nicht ausreichend unterstützt fühlen oder die Unterstützung gänzlich fehlt. Vor allen Dingen bezieht sich die fehlende Unterstützung hierbei auf die nicht erhaltenen Informationen und die nicht erfolgten Gespräche.

Nach der Amputation erhielten viele keine psychologische Betreuung. Viele der Interviewten hätten gern einen Gesprächspartner gehabt. Zudem auch jemanden, dem die Situation nicht fremd wäre. Dieses Gefühl scheint unabhängig davon zu sein, ob der Betroffene Unterstützung durch sein soziales Umfeld erlebt. Manche fühlen sich dadurch allein gelassen. Einerseits meint dies die nicht erhaltene psychologische Betreuung, andererseits aber auch nicht zu wissen, woher die Informationen eingeholt werden können.

„Aber ich hatte niemanden, der mein Problem richtig verstand und mich richtig aufbauen konnte.“ (C Abs. 4)

Die Folgen des Alleinseins äußern sich verschiedenermaßen. In Abhängigkeit von den Möglichkeiten der Person kann die Reintegration gelingen oder zur Isolation führen. Die Unterstützung des sozialen Umfeldes spielt dabei eine ebenso große Rolle.

„Rückblickend war es ein gravierender Fehler, sich in der direkten Phase nach der Amputation nicht psychologisch betreuen zu lassen und auch sonst keine Hilfe anzunehmen.“ (D Abs. 3)

Gelichermaßen verhält es sich zu Informationen über prothetische Versorgung. Einige der Betroffenen wussten nicht, dass Prothesen angepasst werden können und verwenden seit jeher ihre Erstprothese, mit der sie Probleme haben.

Einige der Betroffenen geben zusätzlich an, keine rehabilitativen Maßnahmen erhalten zu haben. Selbst bei Erhalt der Rehabilitation hätten sich zwei der Betroffenen mehr Gehschule gewünscht.

6.3 Verteilung der Kategorien

In der folgenden Tabelle werden die Kategorien des aus den Interviews gewonnenen Materials dargestellt. Die Reihenfolge der in der Tabelle stehenden Kategorien und gleichfalls die Reihenfolge, die in dieser Arbeit verwendet wurde, ergibt sich aus einer Häufigkeitszählung der einzelnen Aussagen. Diese wurden den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Alle Aussagen der einzelnen Interviewten wurden gezählt.

Auffallend ist, dass die Kategorie „Alltagsbewältigung“ am häufigsten gezählt wurde und ebenso bei allen Befragten, bis auf eine Person, relativ ausgewogen ist. Ein Grund dafür, dass es unter den einzelnen Interviewten zu einer Abweichung der Summe an Aussagen kommt, rührt daher, dass die subjektiven Wahrnehmungen verschieden sind. Für manche haben gewisse Gesichtspunkte mehr Bedeutung als andere. Eine starke Abweichung zeigt sich auch in der Kategorie „Kommunikation mit anderen“. Ein Grund dafür ist, dass nicht jeder Interviewte die Notwendigkeit sieht, sich mit anderen auszutauschen. Die Kategorie der „fehlenden Unterstützung“ erhielt im Vergleich wenig Aussagen, wenngleich sich hier durchweg ähnliche und wesentliche Aspekte zeigen.

Tabelle 2: Verteilung der Kategorien

Kategorie	Bezeichnung	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Gesamt
1	Alltagsbewältigung	5	1	6	6	7	10	8	8	12	8	71
2	generelle Bewältigung	7	8	11	1	3	5	5	7	10	6	63
3	Unterstützung und Verhalten der Familie und des sozialen Umfeldes	3	3	4	4	1	6	7	4	11	7	50
4	Erleben der Amputation	5	0	10	2	9	3	2	0	14	4	49
5	prothetische Versorgung	4	8	8	3	8	1	5	0	4	0	41
6	Schmerzen und Begleiterscheinungen	0	0	5	0	4	4	10	3	8	4	38
7	Wünsche und Erwartungen	2	1	3	4	0	3	2	1	9	0	25
8	Kommunikation mit anderen	1	0	5	0	0	0	6	6	3	0	21
9	Erhaltene und erlebte Unterstützung in der Betreuung	2	0	5	0	0	0	1	3	8	2	21
10	fehlende Unterstützung	0	0	5	0	0	0	3	1	1	1	11
	Gesamt	29	21	62	20	32	32	49	33	80	32	390

Schließlich kann festgehalten werden, dass die Kategorien direkt aus dem Interviewmaterial gewonnen wurden. Nach der Analyse des dritten Interviews wurden die Kategorien kaum mehr verändert. Es wurden lediglich die Subkategorien fallengelassen und die erwähnten Kategorien ergänzt.

7 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst. Hinzu kommt die Beantwortung der Forschungsfrage. Anschließend folgt eine Diskussion anhand der gegebenen Literatur. Zum Schluss wird eine Reflexion der Untersuchung sowie eine Erläuterung der Bedeutung der Ergebnisse angegeben.

7.1 Interpretation der Ergebnisse

Ziel dieser Arbeit ist das Verstehen des Erlebens von Menschen mit einer Amputation. Es konnten zu allen Forschungsfragen Antworten erstellt werden, welche die Erfahrung im Allgemeinen, in der Betreuung und im sozialen Umfeld zeigen. Ebenso werden Aussagen zur Bewältigung der Amputation und mögliche Defizite aufgezeigt. Unter 6.2 wurden die Erfahrungen bereits in Kategorien dargestellt. Diese Erfahrungen sind subjektiver Natur und damit abhängig vom Betrachter selbst. Mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING (2015) konnten die Erfahrungen der Betroffenen in zehn Kategorien identifiziert und beschrieben werden.

Die subjektiven Sichtweisen und Erfahrungen der Betroffenen stehen hierbei im Vordergrund. Dadurch können sich in den Kategorien unterschiedliche Aspekte zur Bewältigung einer Amputation befinden. Während der Zeit im Krankenhaus und auch im Anschluss entwickeln die Betroffenen verschiedene Strategien, um mit ihrer Situation besser zurechtzukommen. Sei es aus eigenem Antrieb wieder das Gehen zu erlernen oder durch Meditation ein bewussteres Körpergefühl zu entwickeln, um Schmerzen aushalten zu können. Ebenso können gefühlsmäßige Handlungen, wie Hilfe abzulehnen oder allein sein zu wollen, als Strategie betrachtet werden. Eine andere kann sein, keine Veränderungen zuzulassen, um in das alte Leben zurückzufinden. Diese Strategien finden sich vorwiegend in den Kategorien „*Schmerzen und Begleiterscheinungen*“ und „*Generelle Bewältigung*“. In Letzterer finden sich zu dem noch Aussagen zur Akzeptanz und zu Perspektiven.

Die meisten Aussagen konnten der Kategorie „*Alltagsbewältigung*“ zugeordnet werden. Wichtig für die Betroffenen hierbei war das zurückfinden in die Normalität und das generelle Zurechtkommen.

Neben selbst entwickelten Strategien der Bewältigung nennen die Interviewten die Familie und ihr soziales Umfeld als wesentliche Unterstützung in ihrer schweren Zeit. Die Reaktionen des Umfeldes beeinflussen die Genesung und die Akzeptanz der Amputation maßgeblich.

Ebenso erhalten die Betroffenen Unterstützung im Klinikbereich und durch rehabilitative Maßnahmen. Neben Mobilisation spielt die psychologische Betreuung und der Austausch mit anderen Betroffenen eine große Rolle. Es wird festgehalten, dass die Unterstützungsangebote nicht von allen angenommen oder als positiv betrachtet werden, da nicht jede Person den Angeboten die gleiche Beachtung schenkt. Auch zeigt sich, dass nicht alle Betroffene die gleichen Angebote erhielten. Vor allem wurden nur wenigen rehabilitative Maßnahmen angeboten.

Von besonderer Bedeutung scheint auch die prothetische Versorgung zu sein. Anhand der Aussagen der Interviewten lässt sich schließen, dass die prothetische Versorgung zum Großteil gut funktioniert. Als positive Erfahrung wird dabei der Erhalt der Erstprothese beschrieben.

Zusammenfassend kann demnach gesagt werden, dass es für die Betroffenen unterschiedliche Formen der Unterstützung gibt. Jedoch können Versorgungslücken

zur Unzufriedenheit führen. Fehlende Unterstützung kann auch von Seiten des sozialen Umfeldes erfolgen.

Diese Kategorie der „*fehlenden Unterstützung*“ steht im engen Zusammenhang mit „*Wünschen und Erwartungen*“. Wünsche und Erwartungen an die Akteure im Gesundheitswesen hatten die wenigsten Betroffenen. Diese beinhalten im Wesentlichen den Wunsch nach Information zu verschiedenen Aspekten, was die Notwendigkeit einer Patientenedukation zur Folge hat. Im Weiteren werden generell mehr Gespräche, besonders psychologische Betreuung, gewünscht. Dennoch haben viele der Interviewten eigene, persönliche Ziele und Erwartungen an sich selbst. Diese scheinen bedeutender zu sein, als die Erwartungen an die Umwelt. An erster Stelle steht die Wiedererlangung der Mobilität sowie ihre Lebensfreude zu erhalten.

7.2 Vergleich zu vorhandener Literatur

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung in Verbindung zur Literatur gebracht. Zur Verständlichkeit wird dabei immer wieder auf die aus den Interviews identifizierten Kategorien hingewiesen. Abschließend wird Bezug zum Modell der psychosozialen Anpassung genommen.

Eine Amputation kann dazu führen, dass die präoperativen Schmerzen beseitigt werden (Bosmans, et al., 2007). Manche Betroffene empfinden ihn so stark, dass sie die Amputation als Erlösung ansehen. Die Schmerzen können anschließend an die Operation nicht mehr vorhanden sein, aber auch in anderer Form, z.B. als Phantomschmerz, wieder auftreten (Kategorie: „*Erleben der Amputation*“, „*Schmerzen und Begleiterscheinungen*“).

Auf Grund verschiedener Ursachen, die zur einer Amputation führen können, sind nach LANGE & HEUFT (2001) die meisten Patienten über die Amputation als Folge ihrer Erkrankung informiert und können sich entsprechend vorbereiten. Dies lässt sich in dieser Untersuchung nur teilweise bestätigen, da viele Interviewte ihre Gliedmaße durch einen Unfall verloren.

Eine psychologische Betreuung bei Patienten mit einer Amputation ist in der klinischen Behandlung notwendig. Dies wird auch in mehreren Publikationen festgehalten. Mit einer psychologischen Betreuung können Gefühle wie Angst, Scham, Wut und Selbstwert begegnet werden (Seidel, et al, 2006; Lange & Heuft; 2001 Rybarczyk, et al, 2004). Den Interviewten dieser Untersuchung wurde nur teilweise eine Betreuung

angeboten. Es konnte dennoch festgestellt werden, dass ein Angebot auch abgelehnt wurde. Dabei sind sie der Meinung, dass es ihnen nicht helfen wird. Den überwiegenden Teil der Interviewten stand keine psychologische Betreuung zur Seite. Sie gaben aber an, gerne eine in Anspruch genommen zu hätten, um ihre Situation besser bewältigen zu können. Eine Person wollte eher mit ihren Angehörigen sprechen, als mit fremden Personen.

Weiter konnte festgestellt werden, dass die Betroffenen im Generellen mehr Gespräche mit Gleichgesinnten gut geheißen hätten, um sich austauschen zu können. Demnach wäre es für manche sinnvoll, Selbsthilfegruppen zu besuchen. Deswegen ist es wichtig für sie, dass sie über solche Angebote Informationen bekommen. Selbsthilfegruppen werden unter anderem als hilfreiche Unterstützung angesehen (Mortimer, et al., 2004, Seidel, et al., 2006).

Es wird hierbei angemerkt, dass es von der Person selbst abhängig ist, ob diese eine Selbsthilfegruppe für sich als sinnvoll erachtet. Ebenso kann eine räumliche Entfernung bestehen, die dem Austausch mit anderen Betroffenen im Weg steht (Kategorie: *„Kommunikation mit anderen“*).

Als die bedeutendste Unterstützung wird die Familie und das soziale Umfeld erlebt (Kategorie: *„Unterstützung und Verhalten der Familie und des sozialen Umfeldes“*). Diese geben den Betroffenen die nötige Sicherheit mit ihrer veränderten Situation zurecht zu kommen. Die Unterstützung aus dem sozialen Umfeld ist für alle Beteiligten wichtiger als die Unterstützung, die ihnen während dem Krankenhausaufenthalt zukommt. Nach BOSMANS ET AL. (2007) erhalten die Betroffenen häufig Besuch von ihren Angehörigen und Freunden. Ähnliches konnte in dieser Untersuchung festgestellt werden. Durch regelmäßige Besuche in schwierigen Zeiten kann die Beziehungen zwischen den Personen enger werden. Allerdings kann es auch zur Verschlechterung der Beziehung kommen (Bosmans, et al., 2007). Angehörige und Freunde wenden sich dadurch ab. Dies kann hier ebenfalls beobachtet werden. Einige berichten, dass die Verbindung zu Freunden abbricht und sich Verwandte abwenden. Es kann vermutet werden, dass Angehörige und Freunde mehr Schwierigkeiten damit haben, die Veränderung zu akzeptieren (vgl. Murray, 2005). Eine negative Folge kann dadurch soziale Isolation sein (Murray, 2005; Horgan & MacLachlan, 2004).

Neben den Möglichkeiten der sozialen Unterstützung, erleben Menschen mit Amputationen die Unterstützung seitens der klinischen und rehabilitativen Betreuung

(„Erhaltene und erlebte Unterstützung in der Betreuung“). Diese werden annähernd gleich beschrieben. Allerdings wurden nicht allen Interviewten Unterstützungen angeboten. Die erhaltenen Unterstützungsmaßnahmen waren vor allem Mobilisation und Physiotherapie. Bereits kurz im Anschluss an die Operation wird mit der Mobilisation begonnen (vgl. Baumgartner & Botta, 2008). Auch nach dem Klinikaufenthalt führt die Mehrheit der Betroffenen selbstständig Sport aus, um Muskeln und Gelenke zu stärken.

Die rehabilitative Versorgung hat das Ziel die Betroffenen auf ihr Leben zu Hause vorzubereiten. Dazu gehört unter anderem die Gehschule mit der Prothese (Baumgartner & Botta, 2008). Diese Erfahrung konnten nur wenige Personen machen und selbst diese sind davon überzeugt noch weitere zu benötigen. Andere gaben an, sich selbst darum kümmern zu müssen.

Die Prothese hat bei allen Befragten einen hohen Stellenwert. Es ist wichtig, diese so früh wie möglich nach der Operation zu erhalten, damit mit der Mobilisation schnell begonnen werden kann (Baumgartner & Botta, 2008). Alle Betroffenen erhalten ihre Prothese frühzeitig, soweit es ihre Wundheilung zuließ. Auffallend ist, dass manche Befragten ihre Erstprothese über Jahre hinweg weitertragen. Andere wiederum lassen ihre Prothese immer auf den neuesten technischen Stand anpassen. Gründe dafür sind fehlende Informationen. Nach KLUTE ET AL. (2009) wollen Prothesenanwender wissen, wer ihnen helfen kann und was für prothetische Möglichkeiten existieren. Bezogen auf die Befragten kann dies auch angenommen werden (Kategorie: „*prothetische Versorgung*“).

Das Wiedererlernen des Gehens mit einer Prothese ist für viele eine Umstellung. Oftmals empfinden sie ihre Prothese als umständlich, wobei sie auch unverzichtbar für die Wiedererlangung der Mobilität und damit der Selbstständigkeit ist. Bei mehrjähriger Anwendung und Akzeptanz der Prothese kann es dazu kommen, so auch bei den hier Befragten, dass die Prothese zur Entwicklung eines neuen Körperbildes beiträgt. Die Prothese wird bei manchen als Teil des Körpers angesehen (Horgan & MacLachlan, 2004).

Mit dieser Veränderung des Körperbildes müssen sich die Personen auseinandersetzen. Die Körperbildveränderung äußerte sich bei den Befragten anfänglich als Schock über den Verlust des Körperteils. HORGAN & MACLACHLAN (2004) beschreiben, dass das Andersaussehen dazu führt, die Öffentlichkeit zu meiden, um den Blicken

Anderer nicht ausgesetzt sein zu müssen. Des Weiteren kommt es bei einem Interviewten zum bewussten verstecken und leugnen der Amputation (Kategorien: „*Generelle Bewältigung*“, „*Erleben der Amputation*“).

Die Kategorie „*generelle Bewältigung*“ wird zudem noch durch die Begriffe Akzeptanz und Perspektiven ergänzt. Eine Akzeptanz gegenüber einer Amputation zu entwickeln, scheint für manche ein langer Prozess zu sein. MÖHLER & SCHNEPP (2010) definieren ebenfalls das „sich-damit-abfinden“ als Prozess, da verlorene Körperteile nicht wiederkehren (vgl. ebd.). Der Prozess der Auseinandersetzung mit der Amputation kann von Schock, Angst, Depression bis hin zur Akzeptanz führen (Lange & Heuft, 2001). Einige sehen in der Amputation auch eine Chance, ein besseres Leben führen zu können.

Wichtige Perspektiven der Betroffenen reichen vom Erhalt der übrigen Extremitäten bis hin zur Wiederaufnahme früherer Aktivitäten wie Berufstätigkeit, Hobbys und Sport. Das Wichtigste für die Betroffenen bleibt jedoch die Mobilität, um im Alltag besser zurecht zu kommen (vgl. Möhler & Schnepp, 2010).

Die eben aufgezeigten Strategien zur Bewältigung können dem *Modell der psychosozialen Anpassung* (Lange & Heuft, 2001) zugeordnet werden. Hierbei können sowohl diagnostische Kriterien als auch Copingstrategien entdeckt werden. Wie oben erwähnt, kann das Zurechtkommen und die Auseinandersetzung mit der Amputation als Prozess betrachtet werden.

Auf Grund von Vorerkrankungen, die unweigerlich zur Amputation führen, können sich Betroffene auf die Situation vorbereiten. Nur zum Teil kann dies bei den Befragten festgestellt werden, da die Information entweder kurz zuvor mitgeteilt wurde oder die Amputation durch einen Unfall herbeigefügt wurde. Das Krankheitserlebnis ist also von eher kurzer Dauer.

Ein weiteres Kriterium bezieht sich auf die Funktionsfähigkeit der Betroffenen. Diese ist zum Zeitpunkt der Amputation bei allen gegeben. Die Versorgung mit einer Prothese stellt bei den meisten die Mobilität zu einem gewissen Anteil wieder her, wodurch die Selbstständigkeit der Betroffenen gefördert wird. Die wichtigste Unterstützung dabei ist die der Familie und Freunde. Des Weiteren sind aus den

gegebenen Informationen weder psychische Vorerkrankungen ersichtlich noch kann ein sekundärer Krankheitsgewinn und Symptome einer PTBS¹⁰ erkannt werden.

Positive Copingstrategien der Betroffenen beziehen sich auf das selbstständige Training, eigene Strategien zur Bewältigung, etc. Die positive Einstellung mancher zeigt sich in den Aussagen, dass sie jetzt ein besseres Leben führen. Nach dem Modell ist dies eine gelungene psychosoziale Anpassung.

Währenddessen die Fokussierung auf den Verlust der Gliedmaße und das Vorhandensein von Phantomschmerzen gegen eine gelungene psychosoziale Anpassung wirken.

7.3 Reflexion der Untersuchung

Die Wahl der Methodik hängt von der Forschungsfrage ab (Polit, Beck, & Hungler, 2004). Die Forschungsfrage dieser Arbeit zielt auf eine qualitative Beschreibung über das Erleben der Betroffenen. Qualitative Methoden besitzen jedoch eine potentielle Einschränkung. Die fehlende Erfahrung der Forschenden kann zu Oberflächlichkeiten führen sowie die subjektive Natur der Untersuchung bei zwei verschiedenen Forschern auch zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangen kann. Die qualitative Methodik eignet sich zum Verstehen eines Phänomens, über welches noch nicht viel bekannt ist (Mayring, 2015). Das Erleben einer Amputation kann als Solches betrachtet werden.

Die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING (2015) ist dazu geeignet, Inhalte umfangreicher Texte durch eine systematische Reduktion herauszuarbeiten. Die Analyse der Daten fand überwiegend induktiv statt, d.h. die Kategorien wurden auf Basis dieser Daten entwickelt. Es standen zu Beginn dieser Arbeit keine Hypothesen fest, weshalb ein deduktives Vorgehen zur Überprüfung der bestehenden Kategorien in anderen Interviews durchgeführt wurde.

Das größte Problem dieser Arbeit stellt die nicht vorhandene Datenerhebung dar. Der Zugang zu einem geeigneten Personenkreis, der die Kriterien erfüllt (hier das Vorliegen einer Amputation), war zum Zeitpunkt der Anfertigung nicht möglich. Aus diesem Grund wurden bereits angefertigte Interviews, die während einer Recherche im Internet entdeckt wurden, verwendet. In welchem Zusammenhang oder in welcher

¹⁰ Posttraumatische Belastungsstörung

Situation die Interviews durchgeführt wurden ist nicht bekannt, daher können sie nicht objektiv sein (Lamnek & Krell, 2016). Diese niedergeschriebenen Interviews sind keineswegs qualitativ hochwertig, da sie keine Regeln der Transkription befolgen. Dadurch ist die Interpretation der Daten auch kritisch zu betrachten. Die Auswahl erfolgte entsprechend ihrem Gehalt an Informationen. Die Datenanalyse erfolgte auf der Basis einer Sekundäranalyse. Eine Sekundäranalyse bezieht sich auf bereits vorhandene Daten, die zumeist auch für eine weitere Analyse vorgesehen sind.

Durch die Verwendung von bereits vorhandenen Interviews konnte keine Rücksicht auf die Heterogenität der Betroffenen genommen werden. In dieser Arbeit wurden die Interviews von neun Männern und einer Frau verwendet. Darunter erhielten acht von zehn Trauma bedingt eine Amputation, während zwei weitere an einer Fehlbildung und Gehbehinderung litten. Diese genannten Ursachen einer Amputation betreffen die Minderheit aller Amputierten in Deutschland, weshalb hier die Repräsentativität nicht gegeben ist.

Hinzu kommt die fehlende Verallgemeinerbarkeit auf Grund der kleinen Anzahl der Interviews. Nicht zu jeder Kategorie konnten Aussagen von allen Interviewten zugeordnet werden.

Zur Sicherung hierfür wurden Gütekriterien definiert und beschrieben. Zudem wurde der Prozess von der Datenauswahl bis zur Analyse umfassend beschrieben und dargestellt. Zusätzlich wurden die Kategorien durch wörtliche Zitate der Befragten ergänzt und in der Diskussion mit der Literatur in Beziehung gebracht.

8 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Untersuchung liefert eine Beschreibung des Erlebens einer Amputation und das Leben mit dieser. Von zentraler Bedeutung ist die Bewältigung der Amputation und das damit verbundene Zurechtkommen im Alltag. Dies schließt auch die erlebten Defizite, wie fehlende Informationen und fehlende Gesprächs- und Ansprechpartner, mit ein. Des Weiteren werden die Unterstützungsleistungen nicht allen Betroffenen gleichermaßen angeboten. Dies weist auf eine mögliche Verbesserung der Versorgung hin.

Generell zeigt sich, dass alle Betroffenen versuchen, sich mit ihrer Situation abzufinden, ihre Mobilität wiederzugewinnen und die für sich wichtigen Tätigkeiten

wiederaufnehmen zu wollen. Dabei konnte nicht festgestellt werden, wie Menschen ihre Amputation bewältigen, die nicht wieder in ihren Alltag zurückfinden.

Es empfiehlt sich weitere Untersuchungen bzgl. der Sichtweise der Professionen durchzuführen. Dadurch können geleistete Maßnahmen im Vergleich zu den erlebten Maßnahmen der Patienten gesetzt werden. Zudem wäre es sinnvoll die Betrachtungsweisen von Amputierten mit anderen als den hier aufgeführten Ursachen zu untersuchen. Gleichermaßen verhält es sich mit anders erworbenen Behinderungen oder chronischen Erkrankungen.

Für die Explikationen einzelner Bedürfnisse sowie die Differenzierung der Aussagen nach bestimmten Kriterien, wie Geschlecht, Alter, usw., bedarf es zusätzlicher Untersuchungen.

9 Zusammenfassung

Hintergrund

Diese Untersuchung beschäftigt sich mit dem Erleben und Leben einer Amputation. Eine Amputation stellt für viele ein wichtiges und einschneidendes Erlebnis dar. In Deutschland werden jährlich ca. 55000 Amputationen durchgeführt. Es zeigte sich, dass die gefundene Literatur die Amputation und die Behandlung danach eher aus der Sicht der Professionen betrachtet. Aus diesem Grund soll die Sichtweise der Betroffenen dargestellt werden.

Ziel

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, eine Wissensbasis über Menschen mit Amputationen und ihr Leben mit dieser zu beschreiben. Dafür werden neben einer Literaturrecherche die Sichtweisen und Erlebnisse von Betroffenen betrachtet und analysiert. Auf dieser Basis wird eine theoretische Beschreibung des Erlebens und Lebens mit einer Amputation entwickelt.

Methode

Es wurden zehn vorhandene Interviews von neun Männern und einer Frau analysiert. Ein Kriterium dabei war dabei das Vorhandensein einer Amputation. Die Auswertung der Daten erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING (2015).

Ergebnisse

Insgesamt konnten zehn Kategorien aus den gegebenen Interviews gewonnen werden. Im Vordergrund stand dabei die individuelle Bewältigung der Betroffenen und ihr Zurechtkommen im Alltag. Außerdem konnten erhaltene Unterstützungen seitens der klinischen Betreuung und des sozialen Umfeldes identifiziert werden sowie auch Defizite in diesen Bereichen.

Fazit

Es konnte festgestellt werden, dass die Betroffenen verschiedene Unterstützungsmaßnahmen erhielten, wobei diese jedoch nicht allen gleichermaßen angeboten wurde. Außerdem zeigt sich, dass alle versuchen, sich mit ihrer neuen Situation abzufinden und ihre Mobilität wieder zu erlangen.

10 Literaturverzeichnis

- (26. Juli 2017). Von medizin kompakt: <http://www.medizin-kompakt.de/periphere-arterielle-verschlusskrankheit> abgerufen
- Andreae, S., Avelini, P., Berg, M., Blank, I., & Burk, A. (2008). *Lexikon der Krankheiten und Untersuchungen* (Bd. 2). Thieme Verlag KG.
- Aschoff, H. H., & Juhnke, D. L. (2012). 10 Jahre Endo-Exo-Femurprothetik zur Rehabilitation nach Oberschenkelamputation - Daten, Fakten und Ergebnisse. *Z Orthop Unfall*, S. 1 - 9. doi:10.1055/s-0032-1327932
- Atteslander, P. (2010). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (Bd. 13). Erich Schmidt Verlag.
- Baumgartner, R., & Botta. (2008). *Amputation und Prothesenversorgung*. Thieme Verlag KG. doi:10.1055/b-0034-50248
- Bosmans, J., Suurmeijer, T., Hulsink, M., van der Schans, C., Geertzen, J., & Dijkstra, P. (März 2007). Amputation, phantom pain and subjective well-being: a qualitative study. *International Journal of Rehabilitation Research*, 30(1), S. 1-8. doi:10.1097/MRR.0b013e328012c953
- Claessen, H., & Narres, M. (20. April 2018). Lower-extremity amputations in people with and without diabetes in Germany, 2008–2012 – an analysis of more than 30 million inhabitants. *Clinical Epidemiology*, 10, S. 475-488. doi:10.2147/CLEP.S146484
- Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt. (26. Juli 2017). *Diabetesinformationsdienst München*. Von <https://www.diabetesinformationsdienst-muenchen.de/erkrankungsformen/folgeerkrankungen/diabetes-syndrom/index.html> abgerufen
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2005). *Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*.
- Dillon, M. P., Kohler, F., & Peeva, V. (2014). Incidence of lower limb amputation in Australian hospitals from 2000 to 2010. *Prosthetics and Orthotics International*, 38(2), S. 122-132.

- Fortington, L., Dijkstra, P., Bosmans, J., Post, W., & Geertzen, J. (2013). Change in health-related quality of life in the first 18 months after lower limb amputation: a prospective, longitudinal study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45, S. 587-94.
- Gallagher, P., & MacLachlan, M. (1. Januar 2001). Adjustment to an Artificial Limb: A Qualitative Perspective. *Journal of Health Psychology*, 6(1), S. 85-100.
- Greenhalgh, T., & Taylor, R. (1997). How to read a paper. *Education and debate*(315), S. 740-3.
- Gumpert, D. (26. Juli 2017). Von Dr-Gumpert.de: https://www.dr-gumpert.de/html/amputation_ursachen.html abgerufen
- Hansson, E., Hagberg, K., Cawson, M., & Brodtkorb, T. (9. April 2018). Patients with unilateral transfemoral amputation treated with a percutaneous osseointegrated prosthesis. *The Bone and Joint Journal*, 4, S. 527-35. Von <https://doi.org/10.1302/0301-620X.100B4.BJJ-2017-0968.R1> abgerufen
- Hershkovitz, A., Dudkiewicz, I., & Brill, S. (11. Juni 2012). Rehabilitation outcome of post-acute lower limb geriatric amputees. *Disability and Rehabilitation*, 35(2013 - 3), S. 221-227. Von <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2012.690818> abgerufen
- Horgan, O., & MacLachlan, M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disability and Rehabilitation*, 26(14-15), S. 837-850.
- Icks, a., Haastert, B., Trautner, C., Giani, G., Glaeske, G., & Hoffmann, F. (2009). Incidence of lower-limb amputations in the diabetic compared to the non-diabetic population. findings from nationwide insurance data, Germany, 2005-2007. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, 117(9), S. 500-504. doi:10.1055/s-0029-1225333
- Imam, B., Miller, W., Finlayson, H., Eng, J., & Jarus, T. (9. November 2017). Incidence of Lower limb amputation in Canada. *108(4)*, S. 374-380. doi:10.17269/cjph.108.6093
- Kellnhauser, E., Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., Geißner, U., Gümmer, M., & Ullrich, L. (Hrsg.). (2000). *Pflege; entdecken- erleben- verstehen- professionell handeln* (Bd. 9). Thieme Verlag KG.

- Klute, G., Kantor, C., Darrouzet, C., Wild, H., Wilkinson, S., Iveljic, S., & Creasey, G. (2009). Lower-limb amputee needs assessment using multistakeholder focus-group approach. *Journal of Rehabilitation and Research Development*, 46(3), S. 293-304.
- Kröger, K., Berg, C., Santosa, F., Malyar, N., & Reinecke, H. (2017). Lower limb amputation in Germany—an analysis of data from the German Federal Statistical Office between 2005 and 2014. *Dtsch Arztebl Int*, 114(8), S. 130 - 136. doi:10.3238/arztebl.2017.0130
- Lamnek, & Krell. (2016). *Qualitative Sozialforschung* (Bd. 6). Beltz.
- Lange, C., & Heuft, G. (2001). Krankheitsbewältigung und Psychotherapie bei Patienten nach Amputation. *Technische Orthopädie*, 30, S. 155–160.
- Matsen, S., Malchow, F., & Matsen, F. (2000). Correlations with Patients' Perspectives of the Result of Lower-Extremity Amputation. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 82(8), S. 1089.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse* (Bd. 12). Beltz.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (Bd. 6). Beltz.
- Möhler, R., & Schnepf, W. (2010). Wie Menschen mit einer Amputation der unteren Extremitäten ihren Alltag erleben und bewältigen. *Pflege*, 23(2), S. 99-107. doi:10.1024/1012-5302/a000022
- Mortimer, C., MacDonald, R., Martin, D., Ravey, J., & Steedman, W. (August 2004). A focus group study of health professionals' views on phantom sensation, phantom pain and the need for patient information. *Patient education and counseling*, 54(2), S. 221-6.
- Murray, C. (Mai 2005). The social meanings of prosthesis use. *Journal of Health Psychology*, 10(3), S. 425-41. doi:10.1177/1359105305051431
- Nuhr, M. (2017). *Kompendium Physikalische Medizin und Rehabilitation*. (R. Crevenna, Hrsg.) Berlin Heidelberg: Springer. doi:DOI 10.1007/978-3-662-49035-8
- Nunes, M., de Barros, N., Miranda, F., & Baptista-Silva, J. (2012). Common mental disorders in patients undergoing lower limb amputations: a population-based

- sample. *World Journal Surgery*, 36(5), S. 1011-5. doi:10.1007/s00268-012-1493-4
- Okita, Y., Yamasaki, N., Nakamura, T., Kubo, T., Mitsumoto, A., & Akune, T. (26. April 2018). Kinetic differences between level walking and ramp descent in individuals with unilateral transfemoral amputation using a prosthetic knee without a stance control mechanism. *Gait & Posture*, 63, S. 80-85. doi:10.1016/j.gaitpost.2018.04.043
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Verlag Hans Huber.
- Pschyrembel. (2014). *Klinisches Wörterbuch* (Bd. 265). DE GRUYTER.
- Rybarczyk, B., Edwards, R., & Behel, J. (2004). Diversity in adjustment to a leg amputation: case illustrations of common themes. *Disability and Rehabilitation*, 26(14-15), S. 944-53.
- Schnell, M. W., & Heinritz, C. (2006). *Forschungsethik* (Bd. 1). Bern: Verlag Hans Huber.
- Schnell, R., Hill, P., & Esser, E. (2011). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (Bd. 9). München: Oldenbourg .
- Seidel, E., Lange, C., Wetz, H., & Heuft, G. (2006). Angst und Depressionen nach einer Amputation der unteren Extremität. *Orthopädie*, 35, S. 1152-58. doi:DOI 10.1007/s00132-006-1017-8
- Sinh, R., van den Heuvel, W., Arokiasamy, P., & van Dijk, J. (2014). Influence of adjustments to amputation and artificial limb on quality of life in patients following lower limb amputation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 37(1), S. 74-9. doi:10.1097/MRR.0000000000000038
- Sions, J., Arch, E., & Horne, J. (1. Juni 2018). Self-Reported Functional Mobility, Balance Confidence, and Prosthetic Use Are Associated With Daily Step Counts Among Individuals With a Unilateral Transtibial Amputation. *Journal of physical activity and health*, 15(6), S. 423-429. doi:10.1123/jpah.2017-0196
- WHO. (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. (DIMDI, Hrsg.)

Zeit Online GmbH. (14. Mai 2013). Angelina Jolie ließ sich Brüste abnehmen. *Zeit Online*. Abgerufen am August 2017 von <http://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2013-05/angelina-jolie-brueste-amputation-brustkrebs>

Zidarov, D., Swaine, B., & Gauthier-Gagnon, C. (April 2009). Quality of Life of Persons With Lower-Limb Amputation During Rehabilitation and at 3-Month Follow-Up. *Arch Phys Med Rehabil*, 90.

Anhang

Anhang A

Interview A

Die Paralympics im Kopf

Die Orte Schwarzach im Pongau, Bad Hofgastein und Pyeongchang bringen wahrscheinlich die wenigsten Menschen miteinander in Verbindung. Für den Österreicher Andreas Kurz, der seit seinem 16. Lebensjahr unterschenkelamputiert ist, bedeuten sie Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.

Geboren am 31. Januar 1986 in Schwarzach im Pongau, lebt er heute im rund 25 Kilometer entfernten Bad Hofgastein. Sein großes Ziel liegt rund 8.600 Kilometer Luftlinie von seinem Wohnort entfernt. Es ist das südkoreanische Pyeongchang, Austragungsort der Paralympischen Winterspiele 2018. Andreas Kurz will sich für die „stehenden“ Disziplinen Super G und Riesenslalom qualifizieren. Ein weiter Weg, der zahlreiche Herausforderungen bereithält.

Damit unsere Leser Sie näher kennenlernen, würden wir gerne 13 Jahre in Ihrem Leben, bis zur Amputation, zurückgehen. Was war dafür die Ursache?

Die Ursache war ein Autounfall im Januar 2002. Wir waren zu dritt auf dem Weg zur Berufsschule. Ein entgegenkommender Lastwagen fuhr zu sehr auf unsere Seite, so dass der Fahrer ausweichen musste und wir ins Schleudern kamen. Ein Pfahl von den Leitplanken hat mir beim Aufprall den Unterschenkel abgetrennt. Meine beiden Freunde wurden glücklicherweise nur leicht verletzt.

Können Sie sich noch an die Zeit im Krankenhaus erinnern?

So etwas vergisst man natürlich nicht. Insgesamt wurde ich in vier Wochen fünfmal operiert und war zwei Monate im Krankenhaus. Was mir in der Zeit sehr geholfen hat, war, dass der verantwortliche Arzt mein damaliger Nachbar gewesen ist. Er hat mich super betreut und immer über die einzelnen Behandlungen informiert. Mir war aber schnell klar, dass mein Unterschenkel nicht zu retten sein wird.

Wie haben Sie die ersten Schritte mit Prothese empfunden?

Dadurch, dass es rund drei Monate gedauert hat, bis ich das erste Mal mit Prothese gehen konnte, war die Vorfreude riesig. Als ich dann die ersten Schritte gegangen bin, war das ein ganz besonderer Moment.

Wie lange haben Sie gebraucht, um die Prothese zu akzeptieren?

Nach den ersten Schritten habe ich gefühlt, dass trotz der Prothese wieder einiges möglich sein wird. Natürlich ist eine Amputation nichts Schönes. Aber für mich war eigentlich schnell klar, dass ich mich dadurch nicht hängen lassen werde. Außerdem war ich froh, dass dieser Unfall mir passiert ist und nicht jemandem aus meiner Familie oder meinem Freundeskreis. Es hört sich vielleicht komisch an, aber ich habe mir gedacht, wenn einer diese Situation meistert, dann bin ich das. Es wäre für mich viel schlimmer gewesen, wenn einem meiner beiden Brüder oder meiner Schwester der Unfall passiert wäre.

Was waren und sind für Sie die größten Herausforderungen im Alltag mit der Prothese?

Im Prinzip war es nur die anfängliche Gewöhnungsphase an die Prothese. Heute, 13 Jahre danach, ist es höchstens eine Herausforderung, wenn ich eine Entzündung im Stumpf habe. Ansonsten stehe ich im Alltag mit meiner Unterschenkelprothese vor keiner großen Herausforderung.

Sie haben vor dem Unfall viel Sport betrieben. Hatten Sie jemals Zweifel, wieder so aktiv sein zu können?

Nein. Irgendwie war für mich klar, dass ich wieder sehr aktiv sein werde. Allerdings war mir in den ersten Jahren nach der Amputation der Abschluss meiner Lehre als Installateur wichtiger als der Sport. Ich hatte damals ja noch vier Jahre Ausbildung vor mir.

Als Installateur mit Unterschenkelprothese zu arbeiten klingt schwierig bis unmöglich. Unmöglich ist es nicht. Ich habe fünf Jahre lang gerne in dem Beruf gearbeitet.

Warum haben Sie sich 2006 für einen anderen Beruf entschieden?

Die Umschulung zum Bürokaufmann habe ich vor allem aus zwei Gründen gemacht. Einerseits wäre es sicherlich schwierig geworden, bis zur Pension mit Prothese als Installateur zu arbeiten. Zum Zweiten wollte ich mehr Sport machen. Als Installateur war meine Freizeitgestaltung sehr eingeschränkt. Um mit meinem Stumpf am Montag für die Arbeit wieder fit zu sein, habe ich beispielsweise am Wochenende auf das Ski-fahren verzichtet. Das wollte ich auf Dauer nicht.

Stichwort „Skifahren“. Wann sind Sie nach Ihrer Amputation wieder Ski gefahren?

2007 stand ich erstmals wieder auf Skiern.

Gab es dafür einen bestimmten Auslöser?

Da mein Unfall von der Versicherung als Arbeitsunfall gewertet wurde, hat mich der Vertreter darauf aufmerksam gemacht, dass es einen Verein für Behinderte gibt. Er hat den Kontakt zum Landesreferenten vom Behindertensport in Salzburg hergestellt. Im Winter 2007 habe ich dann einen Skikurs für Amputierte beim Skiclub für Behinderte in Salzburg gemacht.

Und seit wann nehmen Sie an Skirennen teil?

Das erste Rennen bin ich 2008 bei den Landesmeisterschaften gefahren. Seitdem versuche ich mich technisch und konditionell stetig zu verbessern.

Was treibt Sie an, Rennen zu fahren?

Es ist die Lust am Wettkampf. Sich mit anderen messen und Rennen zu gewinnen macht mir einfach großen Spaß. Früher bin ich keine Rennen gefahren, aber durch die Amputation hat sich da wirklich eine neue Türe aufgetan.

Was waren bisher Ihre größten Erfolge?

In der Saison 2014 / 15 habe ich in der Europacup-Gesamtwertung im Riesenslalom den 9. Platz erreicht. In der Saison zuvor war es der 3. Platz bei den Österreichischen Meisterschaften im Super G im Lachtal (Steiermark). Das war auch der Moment, in dem ich mir das Ziel Paralympics 2018 gesetzt habe.

Ein großes Ziel!

Sicher, aber deshalb richte ich ja auch mein privates und berufliches Leben für dieses Ziel neu aus.

Wodurch unterscheidet sich Ihre Ski-Ausrüstung von der eines gesunden Skiläufers?

Eigentlich gar nicht. Ich fahre mit Unterschenkelprothese mit zwei ganz normalen Skiern.

Sie haben vom Ziel „Paralympics 2018“ gesprochen. Wie wichtig sind Ihnen Ziele im Leben?

Ich bin der Meinung, dass jeder Mensch Ziele in seinem Leben braucht. Man sollte diese auch ehrgeizig verfolgen, ohne sich darin zu verbeißen. Mir sind die Paralympischen Winterspiele 2018 sehr wichtig und ich werde dieses Ziel ehrgeizig verfolgen. Aber ich will auch noch Spaß und Freude am Leben haben.

An welchen Wettkämpfen nehmen Sie zur Vorbereitung auf die Paralympics teil?

Ich plane neben allen nationalen auch an möglichst vielen internationalen Rennen teilzunehmen. Je mehr Rennerfahrung ich sammeln kann, umso besser ist es für meine Weiterentwicklung und umso größer werden die Chancen bei den Paralympics teilnehmen zu können.

Wie viele Rennen werden das ungefähr sein?

Zählt man die nationalen Wettkämpfe zusammen, gibt es rund zwölf Rennen in Österreich. Dazu kommen die internationalen Rennen, die IPC Rennen (Rennen des International Paralympic Committee, Anm. d. Red.) bei denen man Punkte sammeln kann. Schließlich gibt es ganz klassisch den Europa-Cup und den World-Cup. Auf internationaler Ebene kommen somit noch einmal rund zwanzig Rennen dazu.

Welche Leistung muss man bringen, um sich für die Paralympics zu qualifizieren?

Die genauen Kriterien für 2018 kenne ich noch gar nicht. Man muss aber eine bestimmte IPC Punktzahl erreichen, um überhaupt starten zu dürfen. Auch national gibt es sehr strenge und sehr hohe Qualifikationskriterien. Es ist also schon eine starke Leistung, wenn man sich qualifiziert und für Österreich bei den Paralympics startet.

Wann geht die Vorbereitung auf die kommende Saison los?

Ab Anfang Juni geht das Training los. Da stehen vor allem Koordination, Ausdauer und Krafttraining im Fokus. Auf die Piste geht es dann im Oktober.

In welchem Skigebiet trainieren Sie normalerweise?

Mit der Mannschaft sind wir oft am Stubaier Gletscher. Ansonsten trainiere ich viel bei mir daheim in Bad Hofgastein. Da habe ich die Piste quasi direkt vor der Haustüre.

Inwieweit möchten Sie mit dem Ziel Paralympics 2018 auch ein Zeichen setzen, dass Menschen mit Behinderung tolle Leistungen schaffen können?

Klar ist es eine Motivation anderen behinderten Menschen zu zeigen, was alles möglich ist. Resignieren ist trotz Amputation keine Option. Es geht immer weiter. Ich muss natürlich sagen, dass ich in der glücklichen Lage bin, „nur“ unterschenkelamputiert zu sein. Von meinen Kollegen, mit denen ich unterwegs bin, habe ich das geringste Übel. Mit der heutigen Entwicklung im Prothesenbereich kann man als Unterschenkelamputierter eigentlich alles machen, was man will. Einschränken kann man sich da nur vom Kopf her.

Ich kann natürlich nur für mich sprechen, aber was ich will, kann ich auch machen.

Vielen Dank für das Gespräch!

90 Kilometer SOCIALMAN

Die nächste Etappe auf dem Weg zu den Paralympics: Andreas Kurz absolviert Triathlon mit insgesamt 5.000 Höhenmetern.

Andreas Kurz lebt in Bad Hofgastein, fährt leidenschaftlich gerne Ski und ist seit seinem 16. Lebensjahr unterschenkelamputiert. Der 30-jährige Landesbedienstete hat einen großen Traum: Er möchte 2018 bei den Paralympics in den „stehenden“ Disziplinen Super G und Riesenslalom auf Medaillenjagd gehen. Wir begleiten ihn auf diesem Weg. Im Interview blickt der Athlet auf sein zweites intensives Vorbereitungsjahr zurück und berichtet von den nächsten Etappen, die es zu bewältigen gilt.

Herr Kurz, wie ist Ihr Fazit für die Ski-Saison 2015 / 2016?

„In der vergangenen Saison hatte ich eigentlich eine schnellere Leistungsentwicklung von mir erwartet, hier gibt es noch Potenzial. Glücklicherweise war ich die gesamte Saison über gesund und fit und konnte dementsprechend gut trainieren, ganz ohne verletzungsbedingte Zwangspause. Deswegen habe ich vielleicht auch eine größere Leistungssteigerung erwartet. Alles in allem bin ich aber zufrieden mit der Saison, in der ich viele schöne Momente erlebte.“

Wie werden Sie von Ihrer Familie und Ihren Freunden bei den Vorbereitungen auf die Paralympics unterstützt?

„Meine Freunde und die Familie stehen komplett hinter meinem Vorhaben. Für mich ist es super, wenn die Familie einfach da ist und die Freunde gut finden, was ich mache. Das gibt mir die nötige Sicherheit, wenn ich einmal daran zweifle, ob ich das Richtige tue. Sie unterstützen und motivieren mich. Der Rest liegt dann bei mir.“

Im Juli haben Sie am SOCIALMAN teilgenommen. Was zeichnet diesen Wettkampf aus und warum haben Sie sich gerade für dieses Event entschieden?

„Der SOCIALMAN ist ein Langdistanz-Triathlon in Österreich mit knapp 5.000 Höhenmetern. Dieser Wettbewerb wurde vor drei Jahren ins Leben gerufen. Die Teilnehmer absolvieren fünf Kilometer schwimmend, 185 Kilometer auf dem Rad sowie einen Lauf über 25 Kilometer. Der SOCIALMAN ist offen für Athleten mit und ohne Handicap. Die Sportler können sich der kompletten Distanz stellen oder als Staffel antreten. Ich habe in diesem Sommer knapp die Hälfte der Radstrecke, also 90 Kilometer, als Teil eines Staffel-Teams absolviert. Ich wollte schon immer mal an einem Radrennen teilnehmen. Den SOCIALMAN habe ich gewählt, weil die Einnahmen an Projekte gehen, die junge behinderte Sportler unterstützen: Zum Beispiel wird gemeinsam mit einer Schwimmschule in Wien ein Kurs für Jugendliche ab zehn Jahren angeboten, die sonst niemals Schwimmen lernen würden.“

Wie fällt Ihr Fazit aus? Würden Sie noch einmal teilnehmen?

„Auf jeden Fall werde ich 2017 wieder beim SOCIALMAN an den Start gehen. Es ist eine super Veranstaltung, die sich konsequent der sozialen Idee verschrieben hat – und sie findet zudem in einer einzigartigen Landschaft statt. Ich empfehle diesen Wettkampf auch anderen Beinamputierten, weil das Miteinander der Athleten anspricht, über sich hinauszuwachsen. Wer möchte, kann als Teil einer Staffel starten und im Team erfolgreich sein.“

Wann begann für Sie die neue Saison und wie sehen Ihre Trainingspläne aus?

„Für mich begann die neue Skisaison Mitte August mit speziellem Kraft- und Koordinationstraining. Im Herbst werde ich dann die ersten Trainingseinheiten auf dem Gletscher absolvieren.“

Wie schätzen Sie die aktuellen Chancen ein, bei den Paralympics starten zu können?

„Bis dahin ist es noch ein weiter Weg. Natürlich hoffe ich sehr, eine Chance zu bekommen, doch das ist von vielen Faktoren abhängig. Ich muss vor allem verletzungsfrei bleiben und konsequent an meiner Leistung arbeiten.“

Welchen Anteil hat dabei die Prothese? Was muss sie für einen Sportler leisten?

„Meine Alltagsprothese ist richtig gut und hält vielen Belastungen stand. Besonders wichtig ist allerdings das Zusammenspiel aller Kräfte bei der Skiprothese. Sie muss ganz genau auf meine Anforderungen abgestimmt sein, um den Druck direkt auf den Ski zu bringen. Dann fahre ich auch wirklich effizient.“

Was machen Sie, um sich nach einem harten Training zu entspannen und mental zu erholen?

„Nach einem harten Training mache ich auch einmal einen ganzen Tag lang gar nichts Sportliches. Für mich ist es sehr erholsam, meinen Eltern in der Landwirtschaft zu helfen. Mental bin ich ausgeglichen: Denn das, was ich mache, mache ich sehr gerne.“

Herr Kurz, vielen Dank für das Gespräch

Anhang B

Interview B

Interview mit dem Chefredakteur des Magazins HANDICAP

Gunther Belitz ist nicht nur Chefredakteur des Magazins HANDICAP, sondern auch Weltmeister und Paralympics-Sieger im Hoch- und Weitsprung. Er ist sich sicher: "Auf einem Bein kann man nicht stehen".

Wie kam es zu Ihrer Amputation?

Mich hat es im Alter von acht Jahren beim Baden in Australien „erwischt“. Im wahrsten Sinne des Wortes, denn es handelte sich um einen der seltenen Fälle einer unangenehmen Bekanntschaft zwischen Fisch und Mensch. Nach mehreren Operationen war dann die Oberschenkelamputation perfekt.

Glauben Sie, dass es für amputierte Kinder einfacher als für Erwachsene ist, eine Amputation psychisch zu verarbeiten und sich physisch damit zurecht zu finden?

Ich meine, das hängt sehr von den Charakteren und weniger vom Amputationsalter ab. Ich kenne jedenfalls viele Menschen, die erst als Erwachsene beinamputiert wurden und mit ihrem Handicap sehr gut zurecht kommen.

Wer stand Ihnen zur Seite? Was haben diese Menschen getan, um zu helfen und Sie zu motivieren?

In erster Linie haben mir meine Eltern geholfen und zwar vor allem dadurch, dass sie mich nicht anders behandelt haben als etwa meinen Bruder. Das Handicap spielte in der Familie eigentlich keine Rolle. Erst später habe ich erfahren, dass sich meine Eltern gegen Nachbarn zur Wehr setzen mussten, die sie wegen Verletzung der Aufsichtspflicht verklagen wollten, weil ich als Kind so gerne auf Bäumen herumgeklettert bin.

Wie haben Sie sich selbst motiviert?

Ich glaube, ich habe früh begriffen, dass eine Behinderung keine schicksalhafte Katastrophe sein muss. Ich habe mein Handicap von vornherein als etwas Besonderes, ja manchmal sogar als spezielle Fähigkeit und interessantes „Extra“ empfunden.

Wie war Ihre erste Prothesenversorgung?

Schrecklich! Die erste Prothese war eine steife, stählerne Stelzfuß-Konstruktion, mit der ich mehrmals in Gully-Löchern „abgetaucht“ bin. Der Stumpfstrumpf wurde mittels einer Handkurbel auf Spießern aufgerollt, um den Stumpf im Schaft zu fixieren. Im kriegslazarettartigen Sanitätshaus mit den schmutzigen Vorhängen fühlte ich mich als Kind völlig verloren. Auch später bin ich dann noch fast 15 Jahre mit einem Holzbein herumgelaufen, das man genau so hätte 1945 bauen können. Ein Trauerspiel!

Dennoch haben Sie schon als Kind intensiv Sport getrieben.

Klar, beim Fußballspielen war mein Holzbein als „Blutgrätsche“ gefürchtet. Im Ernst: Ich habe im Verein Fußball und Tischtennis gespielt und bin geschwommen. An Behindertensport habe ich dabei nie gedacht. Und ehrlich gesagt, habe ich mich bei meiner ersten Teilnahme an einem Behindertensportfest 1981 auch zum ersten Mal richtig behindert gefühlt.

Wie haben Sie es zu einem erfolgreichen amputierten Sportler gebracht?

Seit Anfang der 80er Jahre wehte ein frischer Wind im Behindertensport. Es gab immer mehr junge Leute, die wie ich ernsthaft Leistungssport betreiben und professionell trainieren wollten. Als Hochspringer hatten wir die Chance, uns bei den großen Meetings der Nichtbehinderten unter Beweis zu stellen, und die Paralympics 1988 in Seoul waren ein erster internationaler Höhepunkt im Behindertensport. Als Leistungssportler mit einem Bein war es für mich gerade in diesen Pioniertagen wichtig, in der Öffentlichkeit und in den Medien deutlich zu machen, dass ein Handicap keine große Hürde bedeuten muss. Beim Hochsprung jedenfalls ist jemand, der 20 Kilogramm Übergewicht hat, sicher stärker behindert als ich.

Was waren Ihre größten sportlichen Erfolge?

Neben zwei Weltmeistertiteln im Hochsprung war sicher die Goldmedaille im Weitsprung bei den phantastischen Paralympics 1992 in Barcelona ein absolutes Highlight für mich. Aber auch über meine Bronzemedaille im Hochsprung bei den Paralympics 2000 in Sydney habe ich mich sehr gefreut.

Als Journalist beschäftigen Sie sich auch beruflich mit Themen wie Behindertensport und Beinprothetik...

Ja, ich habe schon während meines Studiums für Radio und Fernsehen gearbeitet und nebenbei eine Zeitschrift für Beinamputierte herausgegeben. Seit einigen Jahren bin ich Chefredakteur des Magazins HANDICAP, das ich mit meinem Partner Volker Neumann zusammen in einer eigenen Verlagsgesellschaft übernommen habe. Wir werden HANDICAP als führendes Informations- und Lifestylemagazin für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen in Deutschland weiter ausbauen und verbessern.

Welche inhaltlichen Ziele verfolgen Sie mit HANDICAP?

Behindert ist man nicht, behindert wird man! In unserer Gesellschaft gibt es nach wie vor viele Barrieren, für deren Überwindung es sich lohnt, zu kämpfen. Mit HANDICAP versuchen wir dazu beizutragen, Menschen mit Einschränkungen Lebensfreude und Lebensqualität zu vermitteln und zu zeigen, dass behinderte Menschen interessant, leistungsfähig und aktiv sind. Es versteht sich von selbst, dass wir die Belange von beinamputierten Menschen redaktionell besonders stark berücksichtigen. In allgemein verständlicher und unterhaltsamer Weise stellen wir neue Produkte vor, porträtieren prominente Persönlichkeiten und „Stars des Alltags“, informieren über die wichtigsten Trends in der Orthopädie-Technik und scheuen uns auch nicht, knifflige Themen wie „Probleme mit der Kostenübernahme“ oder „Amelotatismus“ aufzugreifen.

Sind Sie mit Ihrer heutigen Prothesenversorgung zufrieden?

Es hat sich viel getan in den letzten Jahren. Für mich ist zum Beispiel die Liner-Technologie ein entscheidender Schritt gewesen. Mit Linern habe ich auch als Oberschenkelamputierter mehr Komfort im Schaft und vor allem die Sicherheit, dass ich nicht mehr aus der Prothese rutsche. Das macht sich vor allem beim [Fahrrad fahren](#), eine meiner liebsten Freizeitbeschäftigungen, positiv bemerkbar. Auch durch Stoßdämpfer, energiespeichernde Füße und andere elastische Passteile ist das Leben für Beinamputierte bequemer und das Gehen leichter geworden. Gespannt bin ich auf die weitere Entwicklung mikrochipgesteuerter Prothesensysteme. Einen großen Nachholbedarf sehe ich beim ästhetisch ansprechenden und zugleich haltbaren Design von Prothesen.

Welche Erfahrungen oder Ratschläge würden Sie anderen Beinamputierten mit auf den Weg geben?

Man sollte sein Handicap nicht verstecken und stattdessen zeigen – so hat es Aimee Mullins* einmal ausgedrückt –, dass man nicht trotz, sondern wegen seiner Behinderung schön, erotisch und stark sein kann. Grundsätzlich halte ich es für wichtig, mit dem Thema „Behinderung“ unverkrampfter und selbstironischer umzugehen. Ich kann das „politisch korrekte“ Gerede über die Integration von Behinderten in die Gesellschaft kaum mehr hören. Menschen mit Handicaps sollten frecher und subversiver sein und ihre (Außenseiter-) Chancen besser nutzen lernen.

* Anm. der Red.: Aimee Mullins aus New York, beidseitig unterschenkelamputiert, ist erfolgreiches Model sowie Paralympics-Sportlerin. Das Magazin „People“ wählte sie 1999 zu einem der 50 schönsten Menschen der Welt.

Ihr Lebensmotto?

Auf einem Bein kann man nicht stehen!

Anhang C

Interview C

“Mit meiner neuen Prothesenversorgung geht es mir immer besser”

“Wohl in seiner Prothese” fühlt sich Georg Speckner, seit er viele andere Beinamputierte kennen gelernt hat – vorher ist er lange Jahre mit “Steinzeit”-Prothese, aber eisernem Willen durchs Leben gegangen.

Wo und wann wurden Sie amputiert?

Am rechten Unterschenkel im Jahr 1978, damals war ich erst 18 Jahre alt.

Warum wurden Sie amputiert?

Durch einen tragischen Motorradunfall. Mir kam in einer abknickenden Vorfahrtsstraße ein Auto entgegen, das die Kurve geschnitten hatte. Dieses Auto fuhr mir frontal in die rechte Seite, erfaßte mein Bein und durchtrennte es. Zudem erlitt ich schwere innere Verletzungen sowie Kopfverletzungen, da der Helm beim Sturz stark demoliert wurde und keinen Schutz mehr bot.

Der Autofahrer blieb unverletzt. Ich blieb die ganze Zeit bei vollem Bewusstsein, so dass ich alles mitbekam. Sobald ich meinen zertrümmerten Oberschenkel sah, bekam ich furchtbare Schmerzen. Die starke Blutung versuchte ich bis der Ambulanzwagen kam, selbst zu stillen, indem ich mein Bein mit den Händen zusammenhielt. Sehr schlimm war dann die Fahrt ins Krankenhaus. Dort fing ich etliche Kommentare wie „O Gott, sieht ja furchtbar aus“ auf. Zu dem Zeitpunkt waren diese Ausrufe für mich natürlich äußerst irritierend und angsteinflößend.

Die erste Operation dauerte, auch wegen der anderen Verletzungen, zwölf Stunden. Meine rechte Seite war sozusagen von oben bis unten defekt. Danach war ich zwölf Wochen auf der Intensivstation, während mein Leben an einem seidenen Faden hing. Die ganze Zeit setzten die Ärzte alles daran, mein Bein zu retten – sechs Monate lang.

Das gesamte Bein hing nur noch an einer Sehne, so daß man es anschrauben mußte. Die Hoffnung, dass es wieder zusammenwachsen würde, erfüllte sich jedoch nicht. Hinzu kommende Entzündungen und die Befürchtung, dass sich der Zustand meines Beines noch verschlechterte, führten dann letztendlich zur Amputation. Ich war also sechs Monate in der Annahme gewesen, alles wird wieder gut. Als ich erfuhr, dass ich mein Bein wirklich verlieren werde, war das für mich ein riesiger Schock. Nach der Amputation lag ich noch zwei weitere Monate im Krankenhaus.

Wie haben Sie sich nach der Amputation gefühlt?

Miserabel! Es war für mich erst ein unglaublicher Schock und ich war am Ende – seelisch am Boden zerstört. Außerdem kam ich mir vor wie Kapitän Ahab. Nach acht Wochen war mein Stumpf endlich nicht mehr aufgebläht, so dass eine Prothesenanpassung möglich war. Mir wurde eine unglaublich umständliche Holzprothese verpasst, mit der ich ca. 14 Jahre lief.

Stand Ihnen jemand zur Seite?

Im Krankenhaus lagen Unfallopfer bei mir mit im Zimmer, mit teilweise sehr schweren Verletzungen. Es waren fast nur junge Leute in meinem Alter, worauf offensichtlich geachtet wurde. Es handelte sich zwar nicht um Amputierte wie mich, aber wir waren trotzdem Leidensgefährten. Meine Eltern –jein. Sie versuchten mich zu trösten, aber es war nun mal passiert. Meine Freunde, die ich nach wie vor auch habe, besuchten mich regelmäßig. Aber ich hatte niemanden, der mein Problem richtig verstand und mich richtig aufbauen konnte.

Wie ging Ihr Leben dann weiter?

Ich freute mich riesig auf meine Prothese – endlich wieder Laufen – das war mein einziger Gedanke. Da ich das Beste aus meiner Situation machen wollte, musste ich mich mit diesem Zustand abfinden. Weil ich wusste, dass ich an einem Samstag aus dem Krankenhaus entlassen werde, machte ich gleich einen Termin mit meinen Freunden zum Weggehen aus. Ich bin sofort nach meiner Entlassung abends mit meinen Freunden losgezogen. Nach etwa einer Stunde bekam ich aber so starke Schmerzen, dass ich es nicht mehr aushielt. Da ich keine andere Versorgung kannte, redete ich mir immer wieder ein, dass ich damit zurechtkommen muss. Lange Jahre hatte ich auf Grund der Prothese immer Stumpfschmerzen durch Druckstellen und es scheuerte. Ich denke, man kann sich im Laufe der Zeit an einen gewissen Schmerz gewöhnen. Dadurch, dass mein Wille so stark war, habe ich irgendwie alles durchgestanden und auch zum Teil meinen Zustand „etwas“ vergessen.

1991/92 erhielt ich dann das erste Mal eine neue Prothese ohne Oberschaft, mit der ich überhaupt nicht zurecht kam. Daraufhin griff ich wieder auf meine alte Versorgung zurück. Ich habe auch viel an der Prothese selbstgebastelt und geschraubt, sozusagen eigene Wartung betrieben, weil ich nicht wusste, dass es eine Art Service zur Prüfung der Funktionen überhaupt gibt. Meinen Weg zum Orthopädietechniker schlug ich nur ein, wenn gar nichts mehr ging. Da meine Eltern selbständig waren und eine Land- und Gastwirtschaft betrieben, musste ich dort immer mithelfen. Da fragte keiner, wie es mir geht.

Gab es für Sie weitere persönliche Veränderungen?

Ja absolut. Es hat sich sehr viel für mich verändert, da ich aktiver Fuß- und Handballer war. Das war erst mal total auf Eis gelegt. Und Sport war für mich ein unheimlich wichtiger Bestandteil im Leben. Meine Freunde nahmen mich zwar zum Skilaufen mit, aber ich war halt immer langsamer. Beim Fußballspielen oder Wandern fingen in kürzester Zeit die starken Schmerzen an. Ich war in jeglicher Hinsicht eingeschränkt. Ich machte mir auch Gedanken wegen einer Freundin, wie reagieren die Mädels darauf...?

Wie verhielt sich Ihr Arbeitgeber?

Ich hatte in dieser Beziehung sehr viel Glück. Der Unfall passierte während meiner Ausbildungszeit. Da ich ein sehr gutes Verhältnis zu meinem damaligen Chef hatte, wurde meine Stelle für das fehlende Jahr freigehalten. Somit setzte ich ein Jahr aus und meine Ausbildung verschob sich dann um diesen Zeitraum nach hinten. Ein Jahr ging für mich dann – so ausgedrückt – verloren.

Wie haben Sie auf neugierige Menschen reagiert?

Viele Jahre konnte ich das Wort „Amputation“ nicht aussprechen. Wenn mich jemand z. B. auf mein Humpeln ansprach, das ich bei starken Schmerzen nicht unterdrücken konnte, gab ich immer zur Antwort, dass ich beim Fußballspielen verletzt wurde oder vor Jahren einen Verkehrsunfall hatte. Ich versuchte meine Amputation so gut es ging, auch unter Schmerzen, zu verstecken. Es wusste fast niemand, dass ich amputiert bin. Es sprach mich auch eher selten jemand darauf an. Ich kann jetzt offener damit umgehen.

Was denken Sie waren die Gründe für Ihre Verschlossenheit?

Ich führe das noch auf meinen Krankenhausaufenthalt zurück, da ich damals niemanden mit dem gleichen Problem hatte. Das Wort Amputation habe ich ja nie in den Mund genommen, es war einfach nicht vorhanden und von mir verdrängt. Mir

fehlte damals die wichtige, psychologische Betreuung, jemand der mich richtig verstanden hätte.

Was ist Ihnen das wichtigste im Hinblick auf Ihre Prothese?

Keine Einschränkungen für mein Leben und eine Prothesenversorgung ohne Schmerzen zu haben. Ich kannte vorher weder das Silikonlinerschaftsystem noch eine angepasste Prothese, die Druckstellen verhindert oder wie jetzt bei mir, solche ausschließt. Ich hatte ja lange Zeit Stumpfschmerzen, die möchte ich nie mehr haben! Trotz meiner optimalen Versorgung, bin ich immer für technische Neuerungen offen und möchte alles kennenlernen.

Wie geht es Ihnen jetzt?

Sehr gut. Das sieht man doch, oder? Mit meiner neuen Prothesenversorgung geht es mir immer besser. Mit meiner Familie, im Job, Urlaub und Freizeit bin ich viel ausgeglichener. Ich habe jetzt endlich Gleichgesinnte kennengelernt. Vorher kam ich mir vor, als wäre ich der einzige Beinamputierte der Welt. Ich bin richtig aktiv und seitdem ich keine Schmerzen mehr habe viel flexibler.

Wie nutzen Sie Ihre Freizeit?

Auf Grund meiner verantwortungsvollen beruflichen Position bin ich auch außerhalb der Arbeitszeiten noch oft beruflich eingebunden, den größten Teil meiner verbleibenden Freizeit verbringe ich dann mit meiner Familie, Freunden und meinen beiden Söhnen, die mich ganz schön auf Trapp halten, in den Bergen wandern oder mountainbiken. Zudem bin ich Trainer einer D-Junioren-Fußballmannschaft. Die Jungs im Alter von 12-13 Jahren, trainiere ich zweimal die Woche.

Was ist Ihre Motivation, sich im stolperstein vorzustellen?

Es soll für alle Betroffenen ein Ansporn sein, sich selbst zu motivieren. Es ist nicht immer einfach, aber wichtig. Man sollte sich nicht selbst aufgeben und versuchen, zu der Amputation zu stehen. Nur wenn versucht wird, das Problem zu verstecken, so wie ich es jahrelang schaffte, ist dies eine persönliche Einschränkung. Einen offenen Umgang mit dem Problem möchte ich jedem raten.

Anhang D

Interview D

IM GESPRÄCH MIT THOMAS WEDIG

Thomas Wedig

Wie kam es zu Deiner Amputation?

Durch ein Aneurysma in der Kniekehle (erblich bedingt).

Wie alt bist Du, wo wohnst Du?

Ich bin 53 und wohne in Vechta, Niedersachsen.

Was empfindest Du, wenn Du heute an die Amputation denkst?

Erst war eine große Leere im Kopf, damit musste ich erst fertig werden. Habe dann aber sofort nach vorne geschaut und mir die Möglichkeiten im Kopf zurechtgelegt, wie es weitergehen könnte.

Was hat Dir geholfen, die Amputation zu bewältigen?

Der Sport und gute Freunde. Mein Ehrgeiz, dass es immer weitergeht. An sich und an die Technik zu glauben, die heutzutage so viel möglich macht.

Hat sich in Deinem Umfeld viel verändert? Gehen Leute nun anders mit Dir um?

Das Umfeld hat sich nicht verändert, ich genieße Bewunderung und Respekt für meinen Ehrgeiz. Das gibt einem auch einen gewissen Stolz, dass man auf einem guten Wege ist, wo – manchmal auch fremde – Menschen mich anrufen und sich bedanken, dass ich oder ein Bild von mir auf Facebook oder so ihnen Kraft fürs Weitermachen gab!

Gehst Du einem Beruf nach?

Bin seit 20 Jahren als Ergotherapeut tätig. Arbeite mit Autisten, bin nach meiner Krankheit auch wieder voll beschäftigt. Das ist sehr wichtig für einen geregelten Tagesverlauf, so kommt man schnell wieder in sein gewohntes Umfeld, was sehr wichtig für die Psyche bei mir war.

Du bist auch Sportler, was machst Du so mit Prothese?

Langstreckenlauf, 400-Meter-Läufe mit Tempo, Lauf-ABC, Dehnübungen, alles was man mit zwei Beinen auch so macht! Krafttraining für die Rumpfmuskulatur, die jetzt viel ausgleichen muss, da es sonst schnell zu Beschwerden im Rücken oder der Hüfte kommen kann! Zum Ausgleich gehe ich gerne auch Schwimmen, da dort andere Körperteile gefordert werden.

Dein Ehrgeiz und Deine Motivation sind toll: was treibt Dich an?

Ich möchte gerne andern Menschen Mut machen. Dass alles möglich ist, wenn man es nur will.

Wie gestaltest Du Deine Freizeit? Bleibt da noch Zeit für ein Hobby?

Mein Hobby ist der Sport!! Es gibt doch nichts Schöneres als einem Hobby nachzugehen, das man aus voller Überzeugung ausüben kann und darf. Beim Prothesencamp

Du stehst wieder Mitten im Leben. Gibt es etwas, dass Du amputierten Menschen mit auf den Weg geben möchtest?

Nichts ist unmöglich. Ich war beispielsweise bei einem Prothesencamp in Thüringen eingeladen. Dort habe ich vielen Läufern das Laufen mit der Lauffeder – dem Flex Run von Össur – gezeigt. Wir waren dort mit ca. 35 Personen für drei Tage zusammen. Ich glaube, jeder ist nach diesen Tagen glücklich und zufrieden wieder in seine Heimat zurückgekehrt. Wir schreiben uns und tauschen uns aus. Manuela

Jukiel ist da die Organisatorin, es war gigantisch. Es muss ja nicht immer Laufsport sein! Nordic Walking, Bogenschießen und auch Quad fahren war dort geboten. Toll. Alles ist möglich, wenn man es nur will! Auch mir persönlich geben solche Treffen viel.

Dein persönlicher Geheimitipp oder Trick für Prothesenträgerinnen und Prothesenträger?

Informiert sein! Sich immer sich auf den neuesten Stand der Technik bringen, sich einigermaßen fit halten (Ernährung, Gewicht, Überbeanspruchungen vermeiden wenn es geht). Ganz wichtig ist es, sich auf die Prothese einzulassen und sie zu akzeptieren.

DANKE für das Interview, Thomas!

Anhang E

Interview E

Wie ist es zu der Amputation gekommen?

Ich wurde mit 39 Jahren aus gesundheitlichen Gründen amputiert. Von Geburt an litt ich unter einer Gehbehinderung, die mir zunehmend zu schaffen machte. Nachdem die Schmerzen und die Einschränkungen im Alltag unerträglich wurden, entschied ich mich nach intensiven Überlegungen bewusst für eine Amputation des linken Beines.

Was empfinden Sie, wenn Sie an die Amputation denken?

Ich bin glücklich über die Entscheidung. Ich hatte eine Wahl und habe mich gegen die Schmerzen und für mehr Lebensqualität entschieden. Seitdem habe ich nicht mehr zurück geguckt.

Was hat Ihnen geholfen, die Amputation zu bewältigen?

In den Wochen vor der Entscheidung habe ich mich natürlich intensiv mit der Thematik auseinandergesetzt und mit der Verarbeitung begonnen. Ich habe im wahrsten Sinne des Wortes Abschied genommen. Meditation hat mir dabei sehr geholfen.

Hat sich in Ihrem Umfeld viel verändert? – Gehen Leute nun anders mit Ihnen um?

Nein. Alle wussten, dass diese Entscheidung im Raum steht und haben mich unterstützt.

Gehen Sie einem Beruf nach?

Ich arbeite momentan als Bibliothekar und bin glücklich damit. Probleme bei der Arbeit habe ich durch mein Handicap nicht.

Wie gestalten Sie ihre Freizeit?

Ich bin sportlich aktiv, gehe gerne spazieren, wandern und fahre Fahrrad. Außerdem spiele ich Dart im Verein. Meine zweite Leidenschaft ist das Schreiben und Lesen von Texten. Insbesondere philosophische Texte haben es mir angetan.

Gibt es etwas, was Sie amputierten Menschen mit auf den Weg geben möchten?

Auch wenn es einfach klingt und doch sehr schwer fällt: Man muss sich mit der Amputation intensiv auseinandersetzen und die Konfrontation suchen. Danach darf es nur noch eine Blickrichtung geben – nach vorne.

Ihr Geheimtipp oder Trick für Anwender von Prothesen?

Thema Phantomschmerzen: Mir persönlich hat es geholfen, durch Meditation ein viel bewussteres Körpergefühl zu entwickeln und besser in mich hineinhorchen zu können. Häufig habe ich Schmerz auch bewusst zugelassen und mich abgelenkt. Ich bin seit zweieinhalb Jahren amputiert und litt seitdem glücklicherweise nie unter Phantomschmerzen.

Im Gespräch mit TIM KLINKER – 2 JAHRE SPÄTER

Tim Klinker am TV-Set

Hey Tim, wir hatten uns ja vor fast zwei Jahren schon mal zu einem Interview für die Leben-mit-Beinprothese.de Internetseite getroffen – wie geht es Dir seitdem?

Mir geht es echt gut, trotz der Amputation, die ich nicht bereue. Die Entscheidung in meinem speziellen Fall war richtig, da ich meine Lebensqualität so erhalten und sogar steigern konnte.

Welche Highlights gab es denn bei Dir in den letzten 2 Jahren?

Eine Menge (grinst). Ein tolles Erlebnis war für mich, dass ich für Össur als Model

das Rheo Knee unter anderem auf der Messe in Leipzig präsentieren und z.B. an Videoclips zum Rheo Knee 3 mitwirken durfte. Insgesamt habe ich viele schöne Erfahrungen mit der Prothese gemacht – ich hab mehr Selbstwertgefühl seitdem, setze mir nun endlich wieder neue Ziele und lebe mein Leben so viel freier.

Warum hast Du mehr Selbstwertgefühl mit Prothese?

Die Prothese selber erzeugt das Gefühl nicht, aber ich hab ein Prothesensystem, das mir vieles bzw. fast alles ermöglicht, und lote auch genau auch diese Möglichkeiten aus. Meine Prothese ist mein zuverlässiges Hilfsmittel. Somit sind wir als Duo einfach stärker und ich befasse mich gerne mit der Technik und der Bewegung und bin der Meinung, das auch ganz gut zu tun. Mittlerweile gehe ich so unauffällig, dass es fast niemanden mehr auffällt, dass ich eine Prothese trage. Die Prothese wurde ein Teil von mir, und seit ich das angenommen habe, geht es richtig bergauf.

Gab es auch Tiefen?

Die letzten 2 Jahre waren richtig gut. Ok, Druckstellen hat jeder mal oder das Gehen ist mal anstrengender wg. Muskelproblemen, aber das kennt ja jeder Amputierte. Man muss aber ganz ehrlich sagen, dass ich in einem Jahr – und das kann man anhand der Rheologic-Software bzw. des Aktivitätsberichts des Rheo Knees 3 auslesen – über eine Million Schritte gemacht habe. Am Tag sind das mehr als ca. 2700 Schritte auf der Prothese...

Welche Versorgung hast Du aktuell?

Ich trage den Pro-Flex XC und das Rheo Knee 3, mit Unity und dem X-TF Liner mit der verstellbaren Dichtlippe.

Bist Du damit zufrieden?

Ich bin echt sehr zufrieden. Die Komponenten sind sehr gut aufeinander abgestimmt und man merkt total, dass alles aus einer „Schmiede“, also von Össur kommt. Das Gehen mit dem Rheo Knee macht einfach echt richtig Spaß!

Beruflich hast Du Dich gegen eine weitere Ausübung der Tätigkeit des Bibliothekars entschieden – wie ist es dazu gekommen und was machst Du nun?

Ich hab meine Ausbildung zum Heilpraktiker für Psychotherapie abgeschlossen und eine Weiterbildung zum Genesungsbegleiter, neudeutsch „expert involvement“ fast abgeschlossen. Bereits jetzt arbeite ich in diesem Beruf, was sich aus Praktika ergeben hat, und betreue gerne Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf deren Weg.

Eine ähnliche Prothese wie Du sie trägst ist bei Vox in einer TV-Serie zu sehen, was ich sehr interessant fand.

Tim (grinst und unterbricht mich): Etwa in der Serie „der Club der roten Bänder“? Das war ich!

Wie bitte, das warst Du?

Ja, ich war das! Ich habe den Hauptdarsteller gedoubelt, der in der Serie einen Amputierten spielt, im echten Leben aber 2 Beine hat.

Du warst also Double beim TV? Wie läuft das ab und wie ist das so?

VOX rief mich an, dass sie für die Serie ein Beindouble brauchen – ganz spontan und neugierig wie immer hab ich ja gesagt. So eine Chance bietet sich nur selten und gerade am Set einer TV-Produktion mal mit dabei zu sein, da wollte ich mich mal (grinst) als Schauspieler ausprobieren.

Erzähl mehr vom Set!

In der Serie hatte ich drei interessante und echt anstrengende Drehtage und habe superinteressante und nette Menschen kennengelernt. Irgendwie war ich nicht nur

Double, sondern auch Berater, wie man mit einem Bein wieder zurück ins Leben kommt. Das war echt lustig, anstrengend, aber auch super motivierend. Das ist mal was ganz anderes – eine tolle Erfahrung!

Tim, echt stark, was Du so alles machst. Danke Dir für das Interview!
Sehr gern, hat mir auch Spaß gemacht. Bis in 2 Jahren wieder (lacht).

Anhang F

Interview F

Im Gespräch mit Chris S.

Wie ist es zu der Amputation gekommen?

Durch einen Motorradunfall, mit 19 Jahren. Mir wurde damals von einem Fahrzeug die Vorfahrt genommen und es gab einen Zusammenstoß mit dem Pkw. Ich wurde sofort medizinisch versorgt, doch das stark gequetschte Bein wurde nicht mehr durchblutet. In der Folge wurde es amputiert. Chris S.

Was empfinden Sie, wenn Sie an die Amputation denken?

Verarbeitet. Kommt nichts mehr hoch.

Was hat Ihnen geholfen, die Amputation zu bewältigen?

Nachdem ich die ersten zwei Jahre schwer unter der Amputation gelitten habe und mich jeder Hilfe verweigerte, begann ich nach und nach wieder mehr Lebenslust zu empfinden. Rückblickend war es ein gravierender Fehler, sich in der direkten Phase nach der Amputation nicht psychologisch betreuen zu lassen und auch sonst keine Hilfe anzunehmen. Das würde ich heute anders machen.

Am Ende waren es tatsächlich alltägliche Dinge, kleine Erfolge und die Musik, durch die ich wieder neue Lebenslust schöpfte. Die direkte Rückmeldung des Publikums, wenn ich auf der Bühne stand, tat mir gut. Danach begann ich wieder, mein Leben in die Hand zu nehmen und entwickelte so etwas wie Stolz. Ich war stolz darauf eine Familie zu haben, ein Auto zu fahren und einem Job nachzugehen – und das mit Handicap.

Hat sich in Ihrem Umfeld viel verändert? Gehen Leute nun anders mit Ihnen um?

Ja. Vermeintliche Freunde haben mich nicht einmal in der Klinik besucht. Auch meine Großmutter wagte sich nicht an die Thematik heran. Andersherum sind Menschen vorbei gekommen, mit denen ich nicht gerechnet hätte und zu denen auch heute noch ein intensiver Kontakt besteht. Mit der Zeit normalisierte sich alles.

Gehen Sie einem Beruf nach?

Nach meiner Amputation habe ich zunächst mein Abitur nachgeholt und ein Studium als Maschinenbauer begonnen, was ich jedoch abbrach. Es war mir zu langweilig.
(lacht)

Dann habe ich erstmal begonnen mein Leben zu leben. Ich bin viel gereist und habe tolle Erfahrungen gesammelt. Irgendwann entschloss ich mich den Beruf des Orthopädietechnikers zu erlernen, mit der Idee, mich selbst bestmöglich prothetisch versorgen zu können. Leider waren die Prothesen früher nicht mit den hochtechnologisierten Modellen von heute vergleichbar.

Im Moment bin ich selbstständig und nutze jede freie Minute mit meiner Familie.

Wie gestalten Sie ihre Freizeit?

Ich reise viel, bin sportlich aktiv und spiele Musik. Im kommenden Jahr möchte ich mit der Fliegerei beginnen. Ansonsten bedeutet Freizeit: Familie! Ich habe eine Frau, eine Tochter, einen Hund und zwei amputierte Katzen. Wir genießen die Zeit zusammen. Wer hat schon eine Familie mit Ein-, Zwei-, Drei- und Vierbeinern?
(lacht)

Sie stehen wieder Mitten im Leben – Gibt es etwas, was Sie amputierten Menschen mit auf den Weg geben möchten?

An dieser Stelle möchte ich das weitergeben, was einst mein Orthopädietechniker zu mir gesagt hat: „Ich bau dir die Prothese. Laufen musst du.“ Das ist für mich

tatsächlich so etwas wie ein Credo geworden. Nahezu alles entscheidet sich im Kopf. Wenn du heute etwas schaffen möchtest, kannst du es schaffen. Es ist eine Typfrage!

Ihr Geheimtipp oder Trick für Anwender von Prothesen?

Behandlungsteam. Man braucht gute Orthopädietechniker, gute Physiotherapeuten und eine gute psychologische Betreuung.

Anhang G

Interview G

Wie lange liegt Ihre Amputation zurück?

Sie liegt ungefähr 30 Jahre zurück.

Wie alt waren Sie damals?

Ich war 16 Jahre.

Welche Amputation hatten Sie?

Ich wurde knapp unterhalb des Knies auf Grund eines Unfalls und durch einen ärztlichen Fehler amputiert.

Welche Rehabilitationsmaßnahmen hatten Sie damals bekommen? (medizinische, berufliche, soziale Rehabilitation)

Ich kam nach sechs Wochen Krankenhausaufenthalt (dort war auch meine Erstversorgung mit Prothese und etwas Krankengymnastik) gleich nach Hause und hatte im Anschluss keine Reha.

Haben sie Ihnen geholfen? Inwiefern?

Auf meinem Zimmer im Krankenhaus lag noch ein 22-Jähriger, der auch gerade erst amputiert worden war und durch ihn und seine Freunde hatte ich im Krankenhaus eigentlich trotz der Amputation und der Operationen eine gute Zeit mit guten Gesprächen.

Falls Sie diese nicht bekommen haben, hätten Sie sich diese gewünscht?

Ein wenig, da ich gerne eine Gehschule und noch andere Betroffene zum Austausch gehabt hätte, da am Anfang doch alles recht schwierig war und ich mich bis auf die Zeit im Krankenhaus mit niemand richtig austauschen oder Fragen stellen konnte.

Bekommen Sie heute noch Reha?

Durch eine weitere Operation am Stumpf (Knochenentzündung) und eines Fehlers bei der Operation hatte ich vor drei Jahren erstmals eine Reha.

Würden Sie sich dies wünschen?

Kommt auf die Art der Rehaeinrichtung an, aber grundsätzlich würde ich es auf Grund der Verschlechterung schon begrüßen.

Wie lange hat es gebraucht, bis Sie Ihre Amputation „akzeptiert“ haben?

Dies ging eigentlich recht schnell. Ich glaube, wenn man jünger ist, ist dies auch einfacher.

Es ist am Anfang komisch, da möchte man immer wieder auf das Bein draufstehen, bis man mitbekommt, ups, da fehlt doch was. Eigentlich fand ich es selber gar nicht so schlimm, es waren eher die Reaktionen des Umfeldes, die es schwierig machten.

Hat sich Ihr Freundeskreis durch Ihre Amputation verändert?

Ja, mein Freundeskreis (Fußballclique) hat sich damals ziemlich schnell verabschiedet.

Hat sich Ihre Beziehung zu Ihrem Partner durch Ihre Amputation verändert?

Ich war zur Zeit der Amputation nicht in einer Beziehung. Es war in den ersten Monaten nicht einfach, da ich doch erstmal recht unsicher war. Danach entwickelten sich die Beziehungen normal. Dass die Amputation immer wieder mal ein Thema war/ist ist klar, doch spielte dies sowohl bei meinen Partnerinnen, wie bei mir, eher eine untergeordnete Rolle.

Hat sich Ihr Beruf durch Ihre Amputation verändert?

Ich stand damals vor einer Ausbildung zum Einzelhandelskaufmann, der Betrieb lehnte nach Bekanntwerden des Unfalls die Ausbildung ab. Ich fand dann nach ungefähr einem Jahr eine andere Ausbildung und habe inzwischen noch einige Berufe erlernt. Am Anfang wollte ich mir beweisen, dass ich fast alles machen kann,

was mir auch gelang. Nach zwei bis drei Jahren wurde mir dann aber viel wichtiger, dass ich einen Beruf ausübe, mit dem ich mich identifizieren kann.

Gibt es etwas, das Sie durch Ihre Amputation nicht mehr machen können?

Eigentlich konnte ich noch recht viel machen – zum Beispiel Rucksackreisen in alle Welt und leichteren Sport. Was nicht mehr ging, war in meinem Verein aktiv Fußball zu spielen und Klettern beziehungsweise Bergsteigen.

Wenn ja, vermissen Sie das?

Die ersten Jahre war das schon öfters so. Inzwischen vermisse ich nur noch wenig. Ich habe alternativ einige andere Hobbys. Leider traute ich mich die ersten Jahre nicht, in der Öffentlichkeit zum Schwimmen zu gehen. Dies habe ich doch sehr vermisst. Seit einiger Zeit bin ich aber wieder eine kleine Wasserratte.

Gibt es etwas, das Sie nach Ihrer Amputation begonnen haben, das Sie vorher nicht gemacht haben?

Eigentlich nichts Spezielles. Ich war damals 16 Jahre und in diesem Lebensabschnitt lernt man ja viel Neues und probiert auch viel aus, ob mit oder ohne Amputation.

Suchen Sie den Kontakt zu anderen Menschen mit Amputation?

Eigentlich begegne ich erst in den letzten Jahren öfters Amputierten und tausche mich etwas intensiver mit Ihnen aus.

Sind Sie Mitglied einer Selbsthilfegruppe oder ähnlichem?

Nein

Warum nicht?

Hat sich bisher nicht ergeben und ich kam bisher auch so ganz gut zu Recht. Nur in der längeren Reha vor drei Jahren hatte ich mehr Kontakt. Vor allem mit Neuamputierten. Denen konnte ich auf Grund meiner langjährigen Erfahrung mit Rat und Tat zur Seite stehen und ihnen etwas helfen, mit der Situation besser klar zu kommen.

Welche gesundheitlichen/körperlichen Folgen hatte Ihre Amputation?

Eigentlich hatte ich über viele Jahre keine Probleme, wenn dann in ganz leichter Form. Normale Dinge, wie die eine oder andere Druckstelle, die ich aber immer ziemlich gut im Griff hatte. Außerdem hatte ich zum Glück auch nie Gewichtsprobleme und auch keine Phantomschmerzen.

Haben Sie „Begleit/Folgeerkrankungen“?

Erst seit drei bis vier Jahren. Zuerst bekam ich Entzündungen im Knochenbereich am Stumpfende. Dies wurde operiert. Dann stellte sich heraus, dass meine Blutgefäße (nur am amputierten Bein) sehr schwächig geworden sind – ich hatte bis vor drei Jahren immer eine Prothese mit Oberschenkelhülse – und nun ist auch noch ein längerer nicht operabler Gefäßverschluss entstanden. Dies bedeutet, dass in den nächsten Jahren nachamputiert werden muss.

Darüber hinaus ächzt mein „gesundes“ Bein jetzt auch stärker - bedingt durch die langjährige Überlastung. Meniskusentfernung, Kniefunktionsstörungen, und nicht zu vergessen der Rücken (Bandscheibenvorfall mit Nervenreizung im „gesunden“ Bein).

Wie gehen Sie mit ihnen um?

Das ist nicht ganz einfach, da ich immer öfters ohne Prothese unterwegs bin, dies aber auch schwieriger wird, da das andere Bein nicht mehr so mitmacht. Deshalb benütze ich zuhause und bei der Arbeit seit einigen Monaten einen Rollstuhl. Ich nehme auch erstmals seit einigen Monaten Schmerzmittel. Insgesamt belastet mich die Situation schon. Ich versuche eine Balance zwischen Be- und Entlastung zu finden.

Bereitet Ihnen Ihre Prothese manchmal Probleme - zum Beispiel, wenn es heiß ist, wenn sich der Stumpf entzündet...

Früher hatte ich eigentlich wenig Druckstellen, die mir keine großen Probleme

bereiteten, außer ab und an auf meinen Rucksackreisen.

Seit der letzten Operation ist der Stumpf aber viel empfindlicher geworden, sowohl wenn ich schwitze, als auch beim Belasten. Deshalb trage ich die Prothese auch seltener.

Welche Tipps haben Sie, wie man mit derartigen Problemen am besten umgeht?

Wie gesagt, ich hatte bis vor drei bis vier Jahren kaum Probleme damit. Ich habe meinen Stumpf immer gut gepflegt und machte viel Bewegung. Dadurch ging es fast 30 Jahre recht problemlos. Ein guter Orthopäde und ein guter Orthopädiemechaniker sind da durchaus auch hilfreich. Ganz vermeiden lassen sich die Probleme aber sicher nicht und es ist auch individuell sehr unterschiedlich.

Was sind die negativen Seiten Ihrer Amputation?

Nach der Amputation hatte ich sicher meine Probleme mit dem Selbstwert- und auch Körpergefühl. Dies hat sich aber weitgehend gelegt. Inzwischen vermisse ich eher meine Mobilität, die durch die „Spätfolgen“ nun doch stark eingeschränkt ist.

Was die positiven?

Mein Leben verlief trotz der Amputation eigentlich ganz normal und ich glaube, dass ich durch die Behinderung mehr an Tiefe und Sensibilität in Beziehungen und dem Umgang mit Menschen erfahren habe, erfahre und auch geben kann.

Welchen Rat/Tipp/Lebensweisheit können Sie durch Ihre Erfahrung frisch amputierten Menschen mit auf den Weg geben?

Diese Frage finde ich sehr schwierig und mir fällt es schwer, einen allgemeinen Rat oder Tipp zu geben, da jede Amputation anders ist. Ich denke, die Begleitumstände sind zu unterschiedlich und von daher hören sich für mich dann allgemeine Ratschläge oft eher wie Phrasen an.

Ich kann nur von mir sagen, dass ich, nachdem ich gelernt hatte mit den Auf und Abs, die durch die Behinderung da sind, zu leben und diese auch zu akzeptieren, vieles einfacher wurde. Dies ist am Anfang oft schwierig und braucht Zeit. Ich habe gelernt, mich in manchen Phasen den Verlust des Beines intensiver spüre zuzulassen. Diese Phasen sind für mich wichtig, sie ziehen mich nicht runter, sondern helfen mir, mit manchem bewusster umzugehen.

Ganz wichtig war/ist, dass ich meinen Humor nicht verloren habe. Er wurde nur mit einer Prise „schwarzen Humors“ bereichert.

Außerdem war ein großer Vorteil, dass ich eine gute prothetische Versorgung hatte und rasch versucht habe, mit der Prothese klarzukommen.

Anhang H

Interview H

Wie lange liegt Ihre Amputation zurück?

Sie liegt fünfzig Jahre zurück.

Wie alt waren Sie damals?

Ich war vier Jahre alt.

Welche Amputation hatten Sie?

Mein rechtes Bein war bei der Geburt nicht richtig ausgebildet. Es wurde oberhalb des Knies amputiert.

Welche Rehabilitationsmaßnahmen hatten Sie damals bekommen? (medizinische, berufliche, soziale Rehabilitation).

Meine medizinische Behandlung fand in einer Spezialklinik für Orthopädie in der Schweiz statt. Es fand bei mir (auch später) keine spezielle berufliche oder soziale Rehabilitation statt. An allen Schulen die ich besucht habe, war ich zusammen mit nichtbehinderten Menschen. Ich war sozusagen "voll" integriert. Einzig vom Turnunterricht war ich damals dispensiert. Das ist heutzutage natürlich anders.

Wie haben Sie Ihre Schul- und Ausbildungszeit erlebt?

Insgesamt sehr positiv. Ich habe mich nur in wenigen Situationen als "behindert" gefühlt. Das Glück war, dass sich meine Eltern und die Lehrpersonen sehr gut auf mich eingestellt haben: Ich wurde behandelt wie alle anderen Mitschüler.

Bekommen Sie heute noch Reha?

Nein.

Würden Sie sich dies wünschen?

Ist nach meiner Auffassung nicht notwendig.

Wie lange hat es gebraucht, bis Sie Ihre Amputation „akzeptiert“ haben?

Als Geburtsbehinderter war die Lebensphase der Pubertät für mich sehr prägend. In dieser Zeit hat eine intensive Auseinandersetzung mit der Behinderung stattgefunden. Werde ich als behinderter Mensch akzeptiert? Finde ich eine Freundin? Werde ich als behinderter Mensch im Beruf akzeptiert? Diese Fragen und die Antworten dazu waren für mich sehr wichtig. In dieser Zeit habe ich meine erste richtige Lebenskrise bewältigen müssen. Eine harte Zeit, doch auch eine Zeit der Reife. Ich habe mich selbst finden müssen, meine eigene Identität. Ich denke, ein Stück weit durchläuft das jeder Mensch zwischen 14 und 20. Als behinderter Mensch habe ich das wahrscheinlich noch intensiver "durchlebt", mit allen Höhen und Tiefen.

Hat sich Ihr Freundeskreis durch Ihre Amputation verändert?

Mein Freundeskreis hat sich - wegen meiner Geburtsbehinderung - von Anfang an vermutlich anders zusammengesetzt als bei anderen Menschen. Das hat mit den Interessen zu tun. "Sinnfragen" standen für mich in der Jugendzeit immer im Vordergrund: Was ist der Sinn des Lebens? Was kann ich als behinderter Mensch zum Leben beitragen?

In meinen schwierigsten Zeiten durfte ich immer auf gute Freunde zählen. Sie haben mich begleitet, unterstützt und ich habe ihnen wieder durch meine Art etwas zurückgeben können.

Wie gestaltet sich Ihre Beziehung zu Ihrer Partnerin durch Ihre Amputation?

Als Geburtsbehinderter kenne ich nur die eine Form von Partnerschaft, nämlich jene mit Behinderung. Ich hatte nie den Eindruck, dass mich die Behinderung in irgendeiner Weise beeinträchtigt. Im Gegenteil, Behinderung kann auch positive Auseinandersetzung außerhalb der "Norm" fördern!

Hat sich Ihr Beruf durch Ihre Amputation verändert?

Ich habe von Anfang an gewusst, was mit der Oberschenkelamputation möglich ist und was nicht. Ich habe mich nie in der Berufswahl eingeschränkt gefühlt und denke, es ist eine Frage der inneren Einstellung. Wer positiv denkt, sich fokussiert, spricht klare Ziele setzt, erreicht meist auch das, was er möchte. Rückblickend kann ich sagen, dass ich beruflich in meinem Leben alles erreicht habe, was ich wollte.

Es war nie ein "Spaziergang", brauchte "Biss", viel harte Arbeit. Mit den kleinen Erfolgen kommen auch das Selbstvertrauen und die Zuversicht. Für mich war immer klar: Ich muss mein Leben selbst in die Hand nehmen, ich bin selbst dafür verantwortlich.

Gibt es etwas, das Sie durch Ihre Amputation nicht mehr machen können?

Als Oberschenkelamputierter hat man Grenzen. Ich habe nie gefragt, was ist nicht möglich, sondern immer gesucht, was möglich ist!

Suchen Sie den Kontakt zu anderen Menschen mit Amputation?

Ich suche nicht bewusst den Kontakt zu Menschen mit Amputation. Wenn sich ein Kontakt ergibt, so ergibt er sich so, wie zu anderen Menschen.

Sind Sie Mitglied einer Selbsthilfegruppe oder ähnlichem?

Ich bin seit langem in einem Behindertenverband dabei. Früher habe ich auch aktiv Funktionen ausgeübt. Momentan ist mir das aus beruflichen Gründen nicht möglich.

Inwiefern hilft Ihnen das?

Es hilft mir, aktuelle Probleme behinderter Menschen nachzuvollziehen. Außerdem

weiß ich so auch, was politisch in sozialen Fragen läuft.

Welche gesundheitlichen/körperlichen Folgen hatte Ihre Amputation?

Aufgrund meiner beruflichen Tätigkeit (Beratung und Schulung) habe ich tendenziell zu wenig körperliche Bewegung. Das Thema Gewicht muss deshalb immer beachtet werden. Nach fünfzig Jahren Oberschenkelamputation merke ich, dass das "gesunde Bein" durch die stärkere Belastung Abnutzungserscheinungen aufweist. Im Moment helfe ich mir mit alternativer/komplementärmedizinischer Medizin, um meinen Körper "stabil" zu halten. Ich bin mir jedoch bewusst, dass irgendwann Probleme mit Hüft- und Kniegelenk auftreten werden, mal schauen...

Bereitet Ihnen Ihre Prothese manchmal Probleme - zum Beispiel wenn es heiß ist oder wenn sich der Stumpf entzündet?

Hitze ist immer ein Problem für einen amputierten Menschen. Da muss man sich darauf einstellen. Ansonsten schaue ich darauf, dass ich den orthopädischen Entwicklungen entsprechende Prothesen trage. Da fordere ich meinen Orthopäden auch etwas heraus.

Welche Tipps haben Sie, wie man mit derartigen Problemen am besten umgeht?

Sich informieren, was an neuen Entwicklungen läuft!

Was sind die negativen Seiten Ihrer Amputation?

Die körperlichen Einschränkungen, auf die man sich einfach einstellen muss.

Was die positiven?

Rückblickend auf mein bisheriges Leben betrachtet, erachte ich meine Behinderung insgesamt als Gewinn für mich persönlich. Ich wäre heute ein anderer Mensch ohne Behinderung. Und mir ist es wohl, so wie ich jetzt bin.

Welchen Rat/Tipp/Lebensweisheit können Sie durch Ihre Erfahrung frisch amputierten Menschen mit auf den Weg geben?

Eine Behinderung ist ein starker Einschnitt ins Leben. Sie bietet auch Chancen für eine persönliche Standortbestimmung und vielleicht auch einen Neuanfang. Die große Lebenskunst liegt in der Aussage des Philosophen Karl Jaspers: Das Beste liegt nie hinter uns, sondern immer vor uns. Oder vereinfacht ausgedrückt: Sieh nie das halbleere Glas, sondern immer das halbvoll.

Anhang I

Interview I

Wie lange liegt Ihre Amputation zurück?

Sie liegt fast drei Jahre zurück.

Wie alt waren Sie damals?

Ich war 19 Jahre.

Welche Amputation hatten Sie?

Mein rechter Arm wurde amputiert.

Welche Rehabilitationsmaßnahmen hatten Sie damals bekommen? (medizinische, berufliche, soziale Rehabilitation).

Ich bekam eine Anschlussheilbehandlung.

Haben sie Ihnen geholfen? Inwiefern?

Ja sehr, durch Ergotherapie und Krankengymnastik bekam ich ein besseres Gleichgewicht und meine linke Hand wurde trainiert.

Bekommen Sie heute noch Reha?

Nein

Würdest Sie sich dies wünschen?

Ja

Wie lange hat es gebraucht, bis Sie Ihre Amputation „akzeptiert“ haben?

Komischerweise nicht lange. Als ich nach drei Tagen Koma aufgewacht bin, habe ich gesehen, dass der Arm fehlt. Dann wollte ich unbedingt wieder einschlafen, hab mir eingeredet, das wird schon wieder. Ich träum nur. Aber das war auch nur an dem einen Tag so.

Ich bin kein Mensch, der traurig da sitzen kann, wenn alle um mich herum schon traurig sind. Also habe ich gelächelt. Keiner hat es verstanden. Aber es ein Sprichwort sagt ja: „Das sind die Starken, die unter Tränen lachen, eigene Sorgen verbergen und andere glücklich machen!“ Das hat mir auf alle Fälle auch geholfen.

Hat sich Ihr Freundeskreis durch Ihre Amputation verändert?

Nein.

Hat sich Ihre Beziehung zu Ihrem Partner durch Ihre Amputation verändert?

Nein, wir haben uns zwar relativ danach getrennt aber aus anderen Gründen nun wieder gefunden.

Hat sich Ihr Beruf durch Ihre Amputation verändert?

Nein, aber nur weil ich so hartnäckig war und unbedingt diesen Beruf ausüben wollte.

Gibt es etwas, das Sie durch Ihre Amputation nicht mehr machen können?

Gitarre spielen habe ich fast ein Jahr lang total vermisst, bis mir mein Orthopädiemechaniker eine Prothese zum Gitarre spielen gemacht hat. Ich kann nicht mehr in die Hände klatschen, die Hände zum Beten falten, im Kreis den Kindern die Hand geben.

Wenn ja, vermissen Sie das?

Ich vermisse diese Kleinigkeiten sehr und auch das Gitarrespielen hatte ich vermisst.

Gibt es etwas, das Sie nach Ihrer Amputation begonnen haben, das Sie vorher nicht gemacht haben?

Vor Publikum sprechen, Gedichte vortragen und Reden halten. Ich arbeite auch einmal im Jahr als Referentin in meiner ehemaligen Schule.

Warum haben Sie damit begonnen?

Referentin habe ich begonnen, weil ich da über Amputation erzähle. Und das allgemein vor Publikumreden einfach aus dem Grund, da ich mich mehr getraut hab als früher. Ich habe halt festgestellt, dass das Leben nur einmal da ist und dann sollte man das Bestmögliche raus holen.

Suchen Sie den Kontakt zu anderen Menschen mit Amputation?

Ja, Austausch empfinde ich als Bereicherung und sehr wichtig.

Sind Sie Mitglied einer Selbsthilfegruppe oder ähnlichem?

Nein, weil es bei mir in der Nähe leider keine gibt.

Welche gesundheitlichen/körperlichen Folgen hatte Ihre Amputation?

Nackenverspannungen, Phantomschmerzen

Bereitet Ihnen Ihre Prothese manchmal Probleme - zum Beispiel wenn es heiß ist, wenn sich der Stumpf entzündet...

Wenn es zu heiß ist, rutscht sie runter.

Welche Tipps haben Sie, wie man mit derartigen Problemen am besten umgeht?

Ich wüsste es selber gerne.

Was ist sind die negativen Seiten Ihrer Amputation?

Das ich viele Dinge nicht mehr oder nur eingeschränkt tun kann. Dass man Mitleid bekommt, das man gar nicht haben möchte. Außerdem ist man in gewisser Art und Weise abhängig. Das empfinde ich als das Schwerste, um Hilfe bitten zu können.

Was die positiven?

Ich bin dadurch selbstbewusster und selbstsicherer geworden. Ich versuche nun mehr, meine Wünsche auch durchzusetzen.

Welchen Rat/Tipp/Lebensweisheit können Sie durch Ihre Erfahrung frisch amputierten Menschen mit auf den Weg geben?

Sucht euch Menschen, denen es so geht wie euch. Tauscht euch aus. Ihr dürft traurig darüber sein und das auch ruhig zulassen, denn es war ein Teil von euch und das hinterlässt eine sichtbare und unsichtbare Lücke. Aber man muss auch nach vorne schauen. Setzt euch Ziele und denkt daran, dass der ganze Weg zum Ziel dazu gehört. Hindernisse, Steine, Berge und Täler. Und seid stolz auf jeden noch so kleinen Erfolg, denn ihr habt ihn euch hart erarbeitet.

Katharina S. verlor als Beifahrerin bei einem Autounfall ihren Arm. Damals war sie 19 Jahre alt. Wie die heute 22-Jährige mit ihrer Amputation umgeht und wie sie die Zeit nach der Amputation erlebt hat, erzählt sie in einem Interview.

MyHandicap (MyH): Ihre Amputation liegt über zwei Jahre zurück. Wie geht es Ihnen heute damit?

Katharina S. (KS): Ich fühl mich wohl in meiner Haut und bin mit mir zufrieden.

MyH: Wie lange haben Sie gebraucht, um zu akzeptieren, dass Sie einen Arm verloren haben?

KS: Komischerweise nicht lange. Als ich nach drei Tagen Koma aufgewacht bin, habe ich gesehen, dass der Arm fehlt. Dann wollte ich unbedingt wieder einschlafen, hab mir eingeredet, das wird schon wieder, ich träum nur, aber das war auch nur an dem einen Tag so. Ich bin kein Mensch, der traurig da sitzen kann, wenn alle um mich rum schon traurig sind. Also habe ich gelächelt. Keiner hat es verstanden. Aber es ein Sprichwort sagt ja: „Das sind die Starken, die unter Tränen lachen, eigene Sorgen verbergen und andere glücklich machen!“ Das hat mir auf alle Fälle auch geholfen.

MyH: Hatten Sie Zeit, sich auf die Amputation vorzubereiten? Oder haben Sie Ihren Arm direkt beim Unfall verloren?

KS: Nein, hatte keine Zeit, mir wurde der Arm bei einem Autounfall als Beifahrerin ganz abgerissen, der Arm lag im Feld und war auch nicht mehr zum Annähen.

MyH: Was ging Ihnen als erstes durch den Kopf, als Sie realisiert haben, dass Sie einen Arm verloren haben?

KS: Als Erstes habe ich gefragt, wie es meiner Freundin (die gefahren ist geht).

MyH: Und was als zweites?

KS: Ich schlaf wieder ein und wie geht das jetzt?

MyH: Wovor hatten Sie am meisten „Angst“?

KS: Meine Ausbildung nicht fertig machen zu können. War da am Ende des dritten Ausbildungsjahres zur Erzieherin.

MyH: Wie hat Ihre Familie reagiert?

KS: Super, mich aufgebaut, aufgefangen, sie waren einfach da und haben mir nie Dinge weggenommen, die ich selber konnte. Haben sich über jeden Fortschritt mit mir gefreut.

Meine Freunde waren alle für mich da

MyH: Wie Ihre Freunde?

KS: Die waren alle für mich da, meine Klassenkameraden hatten mir ein Fotoalbum mit Zitaten gemacht und immer wieder geschrieben „Du packst das!“ Das war klasse. Ich bekam viele Briefe, Besuche und Telefonate, ich hatte nie das Gefühl: „Damit stehst alleine da!“

MyH: Hatten Sie psychologische Unterstützung?

KS: Gezwungenermaßen zweimal, einmal im Krankenhaus und einmal auf der Reha. Ich wollte nie jemanden. Rede darüber lieber mit Menschen, die mich kennen.

MyH: Welche Unterstützung/Hilfe haben Sie sonst bekommen?

KS: Ich wurde auf Anschlussheilbehandlung (eben sowas wie Reha) geschickt und habe dort drei Wochen, Medizinische Trainingstherapie, Ergotherapie und, was weiß noch, alles gemacht. Das war super. Ansonsten wurden einem mehr Steine in den Weg gelegt als sein müsste. Zum Beispiel dass ich unbedingt umschulen müsste, weil der Beruf Erzieherin nichts mehr wäre etc.

MyH: Was würden Sie heute vielleicht anders machen?

KS: Anders? Ich glaube nichts, ich bin immer meinen Weg gegangen, der hat vielen nicht gepasst. Aber es ist ja schließlich mein Leben.

Die eigene Persönlichkeit ist wichtig

MyH: Was ist Ihrer Meinung nach für Menschen nach einer Amputation am wichtigsten?

KS: Die eigene Persönlichkeit (ich war vorher kein Modepüppchen und Äußerlichkeiten spielten für mich immer eine Zweitrolle). Der Rückhalt von Familie und Freunden. Ohne sie wäre ich nie soweit gekommen.

MyH: Welche Tipps können Sie Menschen geben, die eine Gliedmaße verloren haben?

KS: Ihr dürft traurig darüber sein und das auch ruhig zulassen, denn es war ein Teil von euch und das hinterlässt eine sichtbare und unsichtbare Lücke. Aber man muss auch nach vorne schauen. Setzt euch Ziele und denkt daran, dass der ganze Weg zum Ziel dazu gehört. Hindernisse, Steine, Berge und Täler. Und seid stolz auf jeden noch so kleinen Erfolg, denn ihr habt ihn euch hart erarbeitet.

MyH: Was raten Sie vor allem jungen Menschen, die einen Teil ihres Körpers „verloren“ haben?

KS: Austausch ist ganz wichtig. Schaut im Internet nach. Für mich war es beruhigend zu sehen, was Menschen denen es genauso geht, alles zu leisten im Stande sind. Ich empfand dies als bewundernswert und toll und als Ansporn. Und außerdem finde ich nicht, dass wenn man zum Beispiel Single ist, man sich unter dem Wert verkaufen muss, bloß weil nur noch ein Arm oder Bein da ist. Man ist

deswegen genauso wertvoll wie vorher und darf auch Ansprüche und Wünsche haben und sollte diese auch vertreten.

MyH: Hatten Sie Phantomschmerzen oder Stumpfschmerzen?

KS: Stumpfschmerzen, nein. Phantomschmerzen ja und auch immer noch. Ich merke die Phantomschmerzen stark, bei Wetterumschwüngen oder Stress. Weniger, wenn ich mitten in der Arbeit bin, da ich dann ja abgelenkt bin. Ich nehme einmal abends und einmal morgens Garbapentin (das lindert den Schmerz). Phantomgefühl ist immer da. Ich teste nun ein Tensgerät mal sehen, ob sich längerfristig etwas verbessert. Grundsätzlich kann man sagen, dass sich durch die Prothese der Schmerz verbessern KANN, bei mir war es eher so, dass andere Schmerzauswirkungen aufgetreten sind als die, die ich kannte. Aber ich würde sagen, sie befinden sich im Maße des Erträglichen. Manchmal denke ich auch, dass man sich einfach damit abfinden muss und sich daran gewöhnt.

Bei der Prothese war es Liebe auf den ersten Blick

MyH: Wie lange hat es gedauert, bis Sie sich an die Prothese gewöhnt haben?

KS: Eigentlich war es Liebe auf den ersten Blick (lacht). Das erste Mal im Spiegel mit Prothese, war echt der Wahnsinn. Und dann eben üben. Kann es nicht genau sagen, wie lange.

MyH: Wie reagieren Menschen, wenn sie bemerken, dass Sie nur einen Arm haben?

KS: Viele schauen, manche starren und Kinder fragen einfach nach.

MyH: Was hat sich seit dem Tag, an dem Sie Ihren Arm verloren haben, verändert?

KS: ALLES!!! Man fängt irgendwie komplett von vorne an. Du versuchst ein annähernd normales Leben zu führen, aber es wird nie mehr so sein, wie es einmal war. Das ist eben jetzt ein neues Kapitel im Buch meines Lebens, ein spannendes, schönes, manchmal trauriges, aber im Grunde genommen ein unheimlich wertvolles Kapitel. Ich mache manche Dinge eben anders und andere kann ich gar nicht mehr machen. Da ärgere ich mich dann manchmal.

Ich bin selbstsicherer und selbstbewusster geworden

MyH: Hatte der Unfall für Sie auch etwas „positives“?

KS: Ja, ich bin dadurch selbstbewusster und selbstsicherer geworden. Und ich versuche nun mehr, meine Wünsche auch durchzusetzen.

MyH: Worauf sind Sie besonders stolz?

KS: Das ich das alles so durchgezogen habe und nun staatlich anerkannte Erzieherin bin mit einem Schnitt von 1,33 und Fachhochschulreife sowie einen Arbeitsplatz im Kindergarten.

MyH: Was bedeutet Ihre Behinderung für Sie?

KS: Eine große Einschränkung. Aber auch etwas ganz Wertvolles. Ich durfte Dinge sehen und kennen lernen, die nur sehr wenige Menschen begreifen. Außerdem kann ich durch meinen Beruf vermitteln, dass Behinderung zum Alltag gehört, dass ich deswegen aber trotzdem kein anderer Mensch bin als die, die gesund sind.

Anhang J

Interview J

Manfred M. hatte vor 17 Jahren einen Autounfall, bei dem sein linker Unterschenkel dermassen verletzt wurde, dass nur noch eine Amputation des Körperteils in Frage kam. Er ist begeisterter Sportler, klettert und fährt Mountainbike. Früher fuhr er sogar mit der Prothese Motorradrennen, was er aber dann aufgab, als seine Kinder zur Welt kamen.

MyHandicap (MyH): Ihre Amputation liegt 17 Jahre zurück – wie geht es Ihnen heute damit?

Manfred M. (MM): Ich denke, sehr gut. Ich bin 100% berufstätig und mache zwischen sechs und fünfzehn Stunden Sport pro Woche.

MyH: Wie lange hat es gedauert, um zu akzeptieren, dass Sie den Unterschenkel verloren haben?

MM: Das ist schwer zu sagen. Als ich im Spital aufgewacht bin, war erst mal wichtig, die Schmerzen zu bekämpfen. Dann stellte ich mir die Frage, ob ich so leben wollte oder nicht. Ich habe „ja“ dazu gesagt und so akzeptiert. Ich war immer einer, der viel gefordert hat und war nie schnell zufrieden mit etwas. Das Beste war nur gut genug für mich.

MyH: Wie reagierten Ihre Angehörigen, als sie von Ihrer Amputation erfuhren?

MM: Für meine Frau war wichtig, dass ich die Amputation annehmen kann, dass das Leben weitergeht. Sie stand zu 200% zu mir.

MyH: Wie sahen Ihre beruflichen Perspektiven nach der Amputation aus?

MM: Zum Glück musste ich keine Umstellung machen. Ich hatte Mechaniker gelernt und war zu diesem Zeitpunkt Abteilungsleiter. Heute übe immer noch denselben Job aus wie vorher. Der damalige Chef hielt mir während der Genesung den Arbeitsplatz frei. Ich konnte genauso weiterarbeiten wie vorher. Glücklicherweise hatte ich sehr gute Voraussetzungen und einen wunderbaren Chef. Ich musste mir keine Sorgen machen.

MyH: Hatten Sie psychologische Unterstützung?

MM: Nein, ich ging auch nicht in ein Reha-Center. Das habe ich alles selber erarbeitet. Das liegt wohl in meiner Natur. Wenn ich zu etwas ja sage, mache ich das Beste daraus und jammere nicht.

Meine Frau gab mir das Gefühl, dass es für sie kein Problem sei

MyH: Was hat Ihnen persönlich geholfen, mit der Situation umzugehen?

MM: Meine Frau hat mir geholfen. Sie gab mir das Gefühl, dass es für sie kein Problem sei. Für sie war die Hauptsache, dass ich nach dem Unfall überhaupt noch lebte. Meine gesicherte Arbeitsstelle war auch eine wichtige Stütze. Sehr geholfen haben mir meine Freunde und der Sport. Für mich war es wichtig, dass ich genau da weitermachen kann, wo ich vorher stand. Meine Kollegen unterstützten mich dabei.

MyH: Welche Tipps geben Sie anderen Betroffenen?

MM: Man muss sich überlegen, was man in seinem Leben noch alles erreichen will. Ein Hobby zu pflegen ist sehr wichtig. Bei mir war es der Sport. Es ist auch wichtig zu lernen, gelegentlich auf die Zähne zu beißen und zu versuchen, den Schmerz weg zu stecken.

MyH: Hatten Sie Phantomschmerzen oder Stumpfschmerzen?

MM: In den ersten vier Monaten hatte ich sehr starke Phantomschmerzen. Es fühlte sich fast so an wie mit der Schere abgeschnitten. Mir sagte man aber, dass es so normal sei. Entweder habe man am Anfang ganz starke Schmerzen und dann nicht mehr oder man habe dann das Leben lag immer etwas Schmerzen. Aber das kann man nicht beeinflussen. Jetzt habe ich keine Phantomschmerzen mehr. Ein Arzt riet mir zudem für eine gute Durchblutung zu sorgen und mich viel zu bewegen.

Die Leute sind überrascht, was ich alles machen kann

MyH: Wie reagieren Ihnen nicht so nahe stehende Menschen, wenn sie von Ihrer Amputation erfahren?

MM: Ganz selten fragen kleine Kinder „Was hast du gemacht?“ oder „Wie ist das passiert?“ Dann erkläre ich es gerne. Ich finde es schön, wenn sie so direkt auf mich zukommen. Erwachsene Leute schauen kaum. Und falls sie es bemerken, gerade beim Sport, entsteht ein riesiges Staunen. Sie sind überrascht, was ich alles machen kann, auch mit meiner Amputation.

MyH: Was hat sich seit dem Tag verändert, an dem Sie den Unterschenkel verloren haben?

MM: Der wichtigste Punkt ist, dass ich seit dem Unfall bewusster lebe. Es hätte schlimmer kommen können. Man genießt einen Tag ohne Schmerzen viel intensiver. Schönes Wetter zum Beispiel, das sind Dinge, die man genießen muss und dem bin ich mir jetzt auch bewusst. Ein nachteiliger Punkt ist, dass ich viel härter geworden bin. Ich konnte mit meinem Schicksal umgehen und war hart zu mir selber. Seitdem ich wieder arbeite, fehlte ich im Job nie wegen meiner Amputation. Daher war ich der Meinung, andere Leute dürfen wegen kleinen Wehwehchen auch nicht fehlen. Aber nicht alle Menschen haben dasselbe Schmerzempfinden. Für mich ist und bleibt der fehlende Unterschenkel ein Schönheitsfehler. Dazu muss ich stehen. Aber das ist für mich kein großes Problem. Fast jeder Mensch hat einen Schönheitsfehler. Einen darf man haben.