

Fakultät
für Gesundheitswissenschaften
der
Universität Bielefeld

Dissertation
zur Erlangung des „Doctor Public Health“ (Dr. P.H.)

Gesundheit und Behinderung
Eine empirische Untersuchung zu subjektiven
Gesundheitsvorstellungen bei Fachleuten in der Behindertenhilfe

vorgelegt von
Roswitha Gembris-Nübel
Dipl.-Gesundheitswissenschaftlerin, Dipl.-Sozialpädagogin
aus
Salzkotten

Erstgutachter: Prof. Dr. Klaus Hurrelmann
Zweitgutachter: Prof. Dr. Peter-Ernst Schnabel

August 2004

Danksagung

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann danke ich für konstruktive Kritik, Anregungen und Unterstützung,

Prof. Dr. Peter-Ernst Schnabel danke ich für seine Tätigkeit als Zweitgutachter.

Mein Dank gilt ferner Prof. Dr. med. Michael Seidel, der mir die Durchführung der Untersuchung im Stiftungsbereich Behindertenhilfe der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel ermöglichte,

bei Herrn Christoph Siederleben, Fachbereichsleiter, bedanke ich mich für gute Zusammenarbeit.

Dank sage ich vor allem den pädagogischen und pflegerisch tätigen Fachleuten des Fachbereiches Epilepsie, die sich an der Untersuchung beteiligt haben.

Meinem Mann, Dr. med. Gerhard Nübel, danke ich für Geduld und die Lösung mancher technischer Probleme.

für meine Kinder

Maria-Katharina

Anna-Dorothee

Magdalena

Jonathan

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Konzeptualisierungen von Gesundheit und Behinderung	7
2.1	Gesundheit: von der Vielfalt eines Begriffes	7
2.2	Gesundheit als Gegenstand wissenschaftlicher Forschung	12
2.2.1	Lern- und Persönlichkeitstheorien	12
2.2.2	Stress- und Bewältigungstheorien	18
2.2.3	Sozialisationstheorien	25
2.2.4	Interaktions- und Sozialstrukturtheorien	28
2.2.5	Public-Health-Theorien	32
2.2.6	Zusammenfassung	33
2.3	Subjektive Gesundheitsvorstellungen: Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis	34
2.3.1	Subjektive Vorstellungen und Konzepte von Gesundheit: Ein Forschungsüberblick	36
2.3.2	Gesundheitsverhalten und Gesundheitshandeln	48
2.3.3	Gesundheitsvorstellungen und ihre Bedeutung für die Gesundheitswissenschaften	52
2.3.4	Zusammenfassung	57
2.4	Gesundheit und Behinderung: Es ist normal, verschieden zu sein .	58
2.4.1	Behinderung: Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis	59
2.4.2	Paradigmen der Behinderung	65
2.4.3	Zum Diskurs über Behinderung – gesundheitswissenschaftliche Überlegungen	73
2.4.4	Gesundheitsförderung und Behinderung	79
2.4.5	Der Fachbereich Epilepsie im Stiftungsbereich Behindertenhilfe der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel	85
2.4.6	Zusammenfassung	87

3.	Fragestellungen und Forschungsansatz der Untersuchung	88
3.1	Ziele und Fragestellungen	88
3.2	Methoden der Untersuchung	90
3.2.1	Qualitative und quantitative Forschungsmethoden	91
3.2.2	Konzeption von Fragebogen und Interview	95
3.3	Durchführung der Untersuchung	99
3.3.1	Datenzugang und Datenerhebung	99
3.3.2	Beschreibung der Stichprobe	102
3.4	Datenauswertung	103
3.4.1	Qualitative Inhaltsanalyse	103
3.4.2	Auswertung der Fragebögen	107
4.	Ergebnisse	108
4.1	Ergebnisse der Qualitativen Inhaltsanalyse	108
4.1.1	Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen ...	109
4.1.2	Persönliche Gesundheitsaktivitäten	119
4.1.3	Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen mit Bezug auf behinderte Menschen	126
4.1.4	Aspekte zur Unterstützung und Förderung der Gesundheit behinderter Menschen	135
4.1.5	Zusammenfassung	145
4.2	Ausgewählte Fallstudien	147
4.2.1	„Gesundheit hat viele Arten und Merkwürdigkeiten“	148
4.2.2	„Gesundheit ist für mich persönlich mehr Selbstschutz“	156
4.2.3	„Also auch das kann mir niemand verbieten: ich rauche“	162
4.2.4	„Was ich gut finde, muss der behinderte Mensch nicht auch gut finden“	167

4.2.5	„Ich muss für die Menschen, die mir auf irgendeine Art und Weise anvertraut sind, hier der Anwalt sein“	174
5.	Perspektiven für Forschung und Praxis	180
5.1	Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Professionellen in der Behindertenhilfe - eine zusammenfassende Diskussion	180
5.2.	Anregungen für Forschung und Praxis	196
6.	Zusammenfassung	201
7.	Literatur	204
8.	Anhang	224

1. Einleitung

Welche subjektiven Vorstellungen von Gesundheit haben pädagogische und pflegerische Fachleute in der Behindertenhilfe? Was bedeutet für sie Gesundheit im Zusammenhang mit Behinderung? Wovon werden ihre Vorstellungen zu Gesundheit und Behinderung vor allem bestimmt? Was tun Professionelle für ihre eigene Gesundheit und - was könnte ihrer Meinung nach förderlich sein für die Gesundheit der behinderten Menschen, die sie betreuen? Welche Bedeutung haben ihre subjektiven Gesundheitsvorstellungen und ihre gesundheitsbezogenen Vorstellungen zu Behinderung im Kontext ihres berufsspezifischen Handelns?

Fragt man Menschen danach, was sie unter Gesundheit verstehen, so fallen die Antworten recht unterschiedlich aus. Gesundheit ist ein Begriff mit ambivalenten Ausprägungen, er widersetzt sich einer genauen Definition. Schon immer taugte der Gesundheitsbegriff für die verschiedensten Formen der Instrumentalisierung (Franke 1993). Die Erforschung subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit gehört zu einem relativ neuen Bereich der Gesundheitsforschung. Gesundheitsvorstellungen umschreiben die Gesamtheit subjektiver Vorstellungen und Überzeugungen von Gesundheit und Krankheiten, die Menschen im Lebensverlauf entwickeln; Gesundheitsvorstellungen haben handlungsleitende Funktion im alltäglichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Für die Public-Health-Forschung ist ihre Untersuchung insofern von Bedeutung, weil die Ergebnisse Ausgangspunkte für eine differenzierte Theorie von Gesundheit markieren können. Gleichwohl kann an ihnen gezeigt werden, inwieweit und welche Inhalte gesundheitswissenschaftlicher Forschung in die subjektiven Vorstellungen von Laien und Professionellen eingeflossen sind (Flick 2003).

Die vorliegende Arbeit zum Thema Gesundheit und Behinderung beschäftigt sich mit persönlichen Vorstellungen von Professionellen, die in der Behindertenhilfe tätig sind. Von besonderem Interesse ist, was pädagogisch und pflegerisch tätige Fachleute in der Behindertenhilfe über ihre Gesundheit denken und wovon ihre Überlegungen zu Gesundheit bei behinderten Menschen vor allem bestimmt werden. Solche Vorstellungen haben im Alltag der Behindertenhilfe eine wichtige Funktion bei der Einschätzung, ob man selbst oder jemand anderes gesund ist; daraus ergeben sich Konsequenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit.

Die Weltgesundheitsorganisation hat mit ihrer Definition von Gesundheit (1946) als „Zustand des völligen, körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ einen Rahmen für eine mögliche Definition von Gesundheit vorgegeben; Forschungen zu subjektiven Vorstellungen können dazu mittlerweile differenzierte Erkenntnisse vorlegen. Nachdem Gesundheit in den vergangenen Jahren sowohl im Alltag als auch in der professionellen Praxis vor allem im Kontext von Krankheit wahrgenommen wurde, lenken Untersuchungen zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen den Blick stärker auf das Phänomen Gesundheit. Damit leisten sie zugleich einen Beitrag zur Orientierung auf eine im eigentlichen Sinne des Wortes konzipierte Gesundheitswissenschaft (Flick 2003).

Subjektive Gesundheitsvorstellungen lassen sich über den beruflichen Kontext hinaus in alltäglichen Interaktions- und Handlungsweisen identifizieren und analysieren. Das Wissen über Zusammenhänge von Gesundheit und Verhalten wird in den meisten Modellen zu Gesundheit und Krankheit als Grundvoraussetzung für Gesundheitsförderung und Prävention genannt.

Die vorliegende Untersuchung wendet sich einem Arbeitsfeld zu, das in den Gesundheitswissenschaften vergleichsweise wenig repräsentiert ist: Gesundheitsforschung in der Behindertenhilfe ist eher als Randgebiet zu bezeichnen. Ein Grund für die geringe Repräsentanz liegt sicherlich darin, dass der in den vergangenen Jahren unter dem Stichwort „Paradigmenwechsel“ stattgefundene Diskurs zur Neubestimmung des Behinderungsbegriffs vorrangig innerhalb der Sonderpädagogik geführt wurde, Grundlagen- und Nachbarwissenschaften blieben weitgehend ausgespart (Eberwein, Sasse 1998). Behinderung ist allerdings nicht allein als ein pädagogisches oder medizinisches Problem aufzufassen, sondern ist als ein disziplinübergreifendes multidimensionales Phänomen zu betrachten. Für die Gesundheitswissenschaften als interdisziplinäres Forschungsgebiet mit ihren zentralen Arbeitsgebieten der „Gesundheitsforschung“ und der „Gesundheitssystemforschung“ ist das Handlungsfeld Behindertenhilfe ein bedeutendes Aufgabengebiet.

Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sind grundsätzlich keine Kranken; viele von ihnen erfreuen sich sogar guter Gesundheit. Um sich ihren individuellen Bedürfnissen entsprechend entwickeln und an der Gemeinschaft teilhaben zu können, benötigen sie jedoch psychosoziale, medizinische und

pädagogische Hilfe. Nur so können ihre behinderungsbedingten Beeinträchtigungen gemildert und überwunden werden. Gesundheit ist eine der grundlegenden Voraussetzungen für die Entfaltung ihrer eigenen Lebensperspektive. Menschen mit geistiger Behinderung leben zum überwiegenden Teil (über drei Viertel) bei Eltern, Angehörigen oder selbständig mit ambulanter Betreuung; der kleinere Teil wohnt in kleinen und größeren, zentralen und dezentralen Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe (Bundesverband Evangelischer Behindertenhilfe e.V. 2001). Mitarbeiter der Behindertenhilfe sind in diesem Bereich wichtige Bezugspersonen und entscheidende Akteure der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen. Fachleuten der Behindertenhilfe wurde allerdings bislang in theoretischen Erörterungen und in empirischen Studien keine besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Die subjektiven Gesundheitsvorstellungen von pädagogischen und pflegerisch tätigen Fachleuten in der Behindertenhilfe, die in dieser Arbeit untersucht werden, wurden in der Fachliteratur bisher noch nicht thematisiert. So ist die Diskussion der Literatur folglich breit angelegt und die vorliegende Untersuchung als Pilotstudie konzipiert, die sich als Einführung in das Forschungsgebiet subjektiver Vorstellungen im Bereich der Behindertenhilfe versteht.

Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Professionellen, so die Ausgangshypothese, beeinflussen implizit oder explizit Zielvorstellungen, die von ihnen entwickelt werden und die handlungsleitend im beruflichen Kontakt mit den behinderten Menschen sind. Eine stärkere Einbindung gesundheitsfördernder, präventiver und rehabilitativer Konzepte bei der Betreuung und Versorgung behinderter Menschen, so der weitere Leitgedanke, kann vor allem dann gelingen, wenn sie mit den Gesundheitsvorstellungen der Fachleute vereinbar sind (Flick 2002). Die Analyse subjektiver Gesundheitsvorstellungen von Professionellen in der Behindertenhilfe ist aufschlussreich, weil sie Hinweise auf die Bandbreite und die Variation solcher Vorstellungen liefern kann. Darüber lässt sich dann in weiteren Schritten abschätzen, in welchem Feld möglicher Vorstellungen Angebote der Gesundheitsförderung formuliert werden und in welcher Form diese angeboten werden sollten, um ihr Ziel zu erreichen. Gesundheitsvorstellungen können darüber hinaus einen Eindruck davon vermitteln, inwieweit ein erweitertes Verständnis von Gesundheit in die Denkweise von Fachleuten eingegangen ist.

Dieses kann wiederum als Voraussetzung für die Veränderung professioneller Handlungsweisen in Richtung einer stärkeren Gesundheitsorientierung gesehen werden (Flick 2002).

So lautet die zentrale These dieser Arbeit, dass subjektive Gesundheitsvorstellungen von pädagogisch und pflegerisch tätigen Fachleuten ein anschlussfähiger Zugang für Gesundheitsförderung in der Behindertenhilfe sind.

Der Arbeit liegt eine salutogene Sichtweise (Antonovsky 1987) zugrunde, die in Abgrenzung zu einer rein pathogenetisch-kurativen Betrachtungsweise nach Bedingungen für Gesundheit fragt und nach den Faktoren, welche die Gesundheit schützen. Das Modell der Salutogenese weist auf positive Aspekte und ein positives Erleben, auf Abwendung von Krankheit. Es ist gut vereinbar mit anerkannten Leitbegriffen und Zielen der Behindertenhilfe. Die vorliegende Untersuchung folgt einem pragmatischen Forschungsinteresse. Sie thematisiert die Gesundheitsvorstellungen von Fachleuten im Stiftungsbereich Behindertenhilfe der von Bodelschwingschen Anstalten in Bethel. Sie ist als Pilotstudie konzipiert und deskriptiv angelegt; ihre Zielperspektive ist es, ausgehend von einem ausgewählten kleinen Bereich innerhalb der Behindertenhilfe, nämlich dem Fachbereich Epilepsie, einen ersten Einblick in das Forschungsfeld subjektiver Gesundheitsvorstellungen in der Behindertenhilfe zu geben.

Die Arbeit greift den sich abzeichnenden Perspektivenwechsel in der Forschung auf und möchte die salutogenetische Sichtweise für das Handlungsfeld der Behindertenhilfe nutzbar machen: Sie folgt dem Anspruch, über die Rekonstruktion von Gesundheitsvorstellungen Aspekte zu benennen, die Einfluss haben auf das persönliche Gesundheitsverständnis und auf das Gesundheitsverständnis mit Bezug zu behinderten Menschen. Das Wissen um subjektbezogene Vorstellungen und Konzepte ist eine notwendige Ergänzung zu einer überwiegend am Krankheitsmodell orientierten Forschung. Gerade angesichts der gegenwärtigen eher prekären Situation im Gesundheitswesen erscheint ein derartiger Perspektivwechsel in allen Bereichen dringend geboten. Die Untersuchung verbindet darüber hinaus zwei aktuelle thematische Schwerpunkte miteinander: Die Diskussion um subjektive Gesundheitsvorstellungen und Alltagstheorien zu Gesundheit und den Diskurs um eine Neubestimmung des Behinderungsbegriffes. Es geht nicht vorrangig darum, Sachverhalte, Ereignisse und die zweifellos existierenden vielfältigen

Diskriminierungen im Zusammenhang mit Behinderung aufzuzeigen. Das wäre ein umfangreiches, eigenständiges Thema. Es geht auch nicht darum, subjektive Gesundheitsvorstellungen von pädagogisch und pflegerisch tätigen Fachleuten in all ihren Bezügen zu beschreiben und zu analysieren. Das setzt einen anderen Rahmen und teilweise auch andere Verfahrenweisen voraus. Die Ziele dieser Arbeit liegen darin,

- den Inhalt und den Stellenwert der subjektiven Gesundheitskonzepte der ausgewählten Berufsgruppe in der Behindertenhilfe zu erfassen und zu beschreiben
- diese Konzepte in Bezug auf die Vorstellungen von Gesundheit bei behinderten Menschen zu untersuchen
- sie in den Kontext berufsspezifischen Handelns zu stellen
- das Interesse für Fragestellungen der Behindertenhilfe im Bereich der Universitäten und Hochschulen zu steigern.

Die Fragestellungen der Untersuchung ergeben sich aus der theoretischen Aufarbeitung bisheriger Forschungsergebnisse zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen und Behinderung. Sie sind auf das pragmatische Forschungsinteresse des Stiftungsbereiches Behindertenhilfe der von Bodelschwingschen Anstalten hin formuliert. Um unnötige sprachliche Verkomplizierungen zu vermeiden, wird meistens die männliche Form von Substantiven und Pronomina für beide Geschlechter verwendet.

Im Verlauf dieser Arbeit wird zunächst versucht, den Gegenstandsbereich Gesundheit und Behinderung durch Begriffsbestimmungen zu erfassen, um so das zugrundeliegende Verständnis zu klären.

Dazu werden im Kapitel 2 wissenschaftliche Theorien und Konzepte vorgestellt, die sich mit Gesundheit und Behinderung beschäftigen. Es werden zunächst sozialwissenschaftliche Theorien beschrieben, die sich mit Gesundheit und Krankheit befassen. Dabei steht eine interdisziplinäre Sichtweise im Vordergrund. Eine konsensuelle Definition klärt das Verständnis von Gesundheit, das dieser Arbeit zugrunde liegt. Die Ausführungen zu den subjektiven Gesundheitsvorstellungen zeichnen die Vielfalt von subjektiven Vorstellungen zu Gesundheit nach und verdeutlichen ihre Relevanz für Gesundheitsförderung und Versorgungsangebote. Der letzte Abschnitt des zweiten Kapitels greift den

Diskurs zur Neubestimmung des Behinderungsbegriffs auf und stellt „Behinderung“ in einen gesundheitswissenschaftlichen Kontext. Mit der Beschreibung des Fachbereiches Epilepsie im Stiftungsbereich konkretisiert sich das Handlungsfeld Behindertenhilfe für die vorliegende Untersuchung; zugleich wird ein Übergang zum methodischen Teil der Arbeit geschaffen.

Fragestellungen und Forschungsansatz der Untersuchung sind Gegenstand des dritten Kapitels: Aus dem Forschungsstand zu Gesundheit und Behinderung werden Implikationen für die eigene Untersuchung und das methodologische Vorgehen abgeleitet.

Die eigene Untersuchung (n=45) ist explorativ angelegt; ein kombiniertes Erhebungsfahren von Interview und Fragebogen kommt dabei zur Anwendung. Die Auswertung der Interviews erfolgt auf der Basis der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2000); für die Auswertung der Fragebögen wird ein Computerprogramm eingesetzt. Aufgrund der geringen Samplegröße wird auf statistische Testverfahren verzichtet. Die Ergebnisse sind als Ergänzungen zur qualitativen Analyse zu verstehen.

Im vierten Kapitel der Arbeit werden die Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt. Dazu werden zunächst die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse präsentiert. Anhand von Fallstudien werden aus dem gesamten Datenmaterial fünf Gesundheitsprofilen herausgearbeitet, die zugleich wesentliche Untersuchungsergebnisse repräsentieren.

Abschließend soll kritisch auch auf die Grenzen dieser Untersuchung hingewiesen werden. Der Rahmen lässt nur ein kleines Sample zu und reklamiert schon allein aus diesem Grund keine Repräsentativität. Aus den Ergebnissen ergeben sich möglicherweise Ansatzpunkte für gesundheitsbezogene Implikationen im Stiftungsbereich Behindertenhilfe der von Bodelschwingschen Anstalten und darüber hinaus Impulse für Gesundheitsförderung als einem integralen Gestaltungsprinzip im Handlungsfeld der Behindertenhilfe. Die Ergebnisse der Untersuchung können darüber hinaus auch nützlich sein für differenzierte Fragestellungen und Forschungsmethoden zu subjektiven Gesundheitskonzepten und zu weiteren Forschungsarbeiten motivieren.

2. Konzeptualisierungen von Gesundheit und Behinderung

Dieses Kapitel stellt wissenschaftliche Theorien und Konzepte vor, die sich mit Gesundheit und Behinderung beschäftigen. Es gliedert sich in drei Abschnitte:

- Der erste Abschnitt zeichnet zunächst die Vielfalt des Gesundheitsbegriffes nach und stellt Klassifikationsversuche zum Gesundheitsbegriff vor. Eine konsensuelle Definition klärt das Verständnis von Gesundheit, das dieser Arbeit zugrunde liegt.
- Der zweite Abschnitt gibt eine Übersicht zum Forschungsstand von Gesundheit und Krankheit. Es werden solche Theorien und Konzepte aus Soziologie, Psychologie und Gesundheitswissenschaften beschrieben, die sich explizit mit Gesundheit und Krankheit auseinandersetzen.
- Der dritte Abschnitt zeigt den Forschungsstand zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen auf und erörtert die Bedeutung dieses relativ jungen Zweiges der Gesundheitsforschung für die Praxis.
- Der vierte Abschnitt greift den Diskurs zur Neubestimmung des Gesundheitsbegriffes auf und stellt ihn in einen gesundheitswissenschaftlichen Kontext.

2.1 Gesundheit: von der Vielfalt eines Begriffes

*„Nicht die Dinge bringen die Menschen in Verwirrung,
sondern die Ansichten über die Dinge.“*

Epiktet, 50-138 n. Ch.

„Hauptsache gesund“, so lautet eine der meist genannten Antworten, die Menschen geben, wenn sie nach ihren Wunschzielen befragt werden. Gesundheit gilt als höchstes Gut des Menschen. Eine Vielzahl von Hoffnungen und Wünschen, die sich auf unbeeinträchtigte Körperfunktionen, Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden, Harmonie u.a. beziehen, aber auch Ängste, leidvolle Erfahrungen, Beeinträchtigungen etc. vermischen sich zum Begriff Gesundheit. Gesundheit bezeichnet, ebenso wie der Begriff Krankheit, existierende Lebensumstände.

Gesundheit betrifft die Individualität eines jeden Menschen. Sie ist grundlegendes Menschenrecht; sie bestimmt Alltagsabläufe und Rechtsverhältnisse im Bezug auf Arbeits- Berufs- und Erwerbsfähigkeit. Gesundheit erweist sich als ausschlaggebend für Kranken- Renten- und Pflegeversicherung und sorgt für kontroverse (sozial)politische Debatten. Und schließlich lassen sich im Namen der Gesundheit reichlich Geschäfte machen. Kurz: Gesundheit ist ein viel gebrauchter deskriptiver Begriff mit ambivalenten Bedeutungen. Er erfährt seine Ausdeutungen paradigmatisch- und zeitabhängig. Eine exakte Definition von Gesundheit gibt es nicht (Franke 1993, Faltermaier 1994, Beltz-Merk 1995). Gleichwohl wird der Begriff schon immer für unterschiedlichste Formen der Instrumentalisierung verwendet.

Wesen und Bedeutung der Gesundheit

Die Frage nach Wesen und Bedeutung von Gesundheit beschäftigt den Menschen seit alters her; die Sorge um die eigene Gesundheit ist ein Urphänomen menschlichen Daseins. Erste Gedanken über Gesundheit finden sich schon zu Beginn der abendländischen Kultur (vgl. Schnipperges 1990, van Spijk 1993, Engelhardt 1999). Alle „klassischen“ Wissenschaftsdisziplinen (Medizin, Philosophie, Philosophie, Jurisprudenz) haben sich mit Gesundheit auseinandergesetzt. Das, was eine Definition von Gesundheit so schwierig macht, sind die Vielzahl der Disziplinen, die mit dem Phänomen Gesundheit verflochten sind.

Etymologisch lässt sich das deutsche Wort „gesund“ aus dem germanischen „swend(i)a“ bzw. (ga)sunda“ ableiten und hat ursprünglich die Bedeutung von „stark, kräftig, geschwind“ (Haug 1991). Von seiner Herkunft her hat der Begriff eine positive Konnotation und steht im Gegensatz zum Begriff „krank“, der im Mittelhochdeutschen als „kranc“ bedeutungsgleich ist mit „schwach, schmal, schlank, gering“.

Was wir heute über Gesundheit wissen, ist stark von biomedizinischen und naturwissenschaftlich geprägten Wissenstraditionen vermittelt. Unsere Medizin ist an Krankheit orientiert: gesund ist, wer nicht krank ist. Sind wir beschwerdefrei, haben wir zumeist keine besondere Wahrnehmung unserer Gesundheit;

Gesundheit als „Schweigen der Organe“ (Helfferich 1993). Demnach wäre Gesundheit eine Abwesenheit, das Fehlen von „Organsprache“. Allerdings genügt diese Formulierung nicht ganz, denn Organe können schweigen, obwohl jemand krank ist. Diese Annahme schließt somit all jene gesundheitlichen Beeinträchtigungen aus, die keine Symptomatologie aufweisen, weil ein Organ nicht eben schmerzt oder nicht zu spüren ist, etwa eine Karzinomentwicklung im Frühstadium oder auch, weil das betreffende Organ im Lebensraum des Menschen (noch) keine Rolle spielt. Sie impliziert zudem die Auffassung, es gäbe zwei unterscheidbare, sich gegenseitig ausschließende Kategorien von gesund und krank, die eine eindeutige Zuordnung ermöglichen würden.

Der Philosoph Hans-Georg Gadamer spricht von „Verborgeneheit der Gesundheit“ (1993). Er beschreibt Gesundheit als eine Art Wohlgefühl, das erkenntnisoffen, unternehmungsfreudig, selbstvergessen macht und Strapazen des Alltags kaum spüren lässt; Gesundheit als ein Da-sein, ein Mit-den-Menschen-sein; ein ständiger Vorgang, in dem sich immer wieder das Gleichgewicht stabilisiert. Krankheit dagegen ist die Gegenerfahrung jener verborgenen Harmonie, ist „...das sich selbst Objektivierende, d.h. das sich Entgegenwerfende, kurz, das Aufdringliche...“ (Gadamer 1993, S.37). Krankheiten sind demnach Störungen des „Nicht-Fühlens“, die eine Behandlung durch den Arzt nötig machen, und die sich, im Gegensatz zur Gesundheit, gut beschreiben lassen.

Der Krankheitsbegriff hilft zwar, krankhaft von nicht krankhaft zu unterscheiden, doch sagt seine Umkehrung etwas über die Gesundheit aus, – außer, dass Gesundheit Abwesenheit von Krankheit bedeutet? Tatsächlich aber gibt es ein breites Spannungsfeld, das unzählbare Positionierungen von Gesundheit(en) und Krankheiten(en) zulässt. In diesem Kontext steht auch Behinderung: Sie ist eine Eigenart des Individuums und gehört zu dem, was ein Individuum auf die Welt (mit)bringt (Dörner /Plog 1996). Gesundheit ist eben nicht machbar; sie ist nicht herstellbar, stellt sich vielmehr selbst her, kommt wie ein Geschenk von anderswo her (Dörner 2003). „Sie kann nur als sich Entziehende da sein, als Abwesende anwesend“ (S. 12).

Das traditionelle biomedizinische Modell fokussiert biophysiologische Mechanismen, die körperliche und psychische Erkrankungen verursachen. Es übersieht allerdings, dass sich viele Erkrankungen, insbesondere die in den heutigen Industriegesellschaften dominierenden chronisch degenerativen

Erkrankungen (Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselkrankheiten u.a.), neuartige Krankheitsbilder, wie beispielsweise Immunschwächen sowie viele psychische Erkrankungen, (z.B. psychosomatische Beschwerden) nicht nach diesem Wirkmechanismus erklären lassen.

Das Gesundheitskonzept der Weltgesundheitsorganisation

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte Gesundheit bereits 1946 als „... Zustand eines vollkommenen, körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ Diese Konzeption dürfte die noch immer in Fachkreisen bekannteste, zugleich aber auch umstrittenste Gesundheitsdefinition sein (Noack 1993). Die berechtigte Kritik an dieser Definition bezieht sich vor allem auf die Gleichsetzung von Gesundheit mit vollkommen Wohlbefinden, den utopischen Gehalt der Aussage sowie den statischen Charakter des Gesundheitsbegriffs (u.a. Hurrelmann 1993, Franke 1993, Beltz-Merk 1995 Vogt 2003). Gleichwohl enthält die WHO-Definition einen frühen Hinweis auf die Mehrdimensionalität des Gesundheitsbegriffes und versucht, die Einseitigkeit der medizinisch-naturwissenschaftlichen Gesundheitsdefinitionen zu überwinden. Sie plädiert dafür, mehr in Gesundheit zu investieren. Zugleich betont sie die Selbstbestimmung der Individuen und den Aspekt der Gesundheitsförderung und bringt eine subjektive Komponente ins Spiel. Die nationenübergreifende Definition der WHO hat zu zahlreichen Ansätzen geführt, in denen ein Perspektivenwechsel deutlich wird, der nicht nur unter theoretischen, sondern auch unter pragmatischen Aspekten von großer Bedeutung war und ist. Die Konzeption der WHO ist heute nach wie vor aktuell und hat einen verdienstvollen Beitrag zum Paradigmenwechsel geleistet, allerdings spiegelt sie den heutigen Stand der Forschung nicht mehr angemessen wider (Hurrelmann 2000a).

Klassifikationen von Gesundheit

In der Literatur finden sich je nach Disziplin eine Vielzahl von Klassifikationsversuchen zum Gesundheitsbegriff. In dieser Heterogenität spiegelt sich das Bild einer Realität wider, in der verschiedenste Paradigmen und Deutungsmuster nebeneinander existieren. Faltermaier (1994) nennt auf der Basis einschlägiger Literatur wesentliche Bestimmungstücke für Gesundheit:

- *Gesundheit als körperlicher und geistiger Zustand* des Individuums, als eine bestimmte Befindlichkeit des Körpers und der Psyche: Gesundheit ist Teil der Identität einer Person. Eine wichtige Eigenschaft besteht darin, dass sie, im Gegensatz zu Krankheit, nicht spürbar ist.
- *Gesundheit als Prozess*: Sie ist kein statischer Zustand, sondern ist ständig im Wandel und muss vom Individuum in permanenter Auseinandersetzung mit dem Umwelt wiederhergestellt werden (Person - Umwelt - Interaktion). Im systemtheoretischen Sinn ist Gesundheit dann gegeben, wenn sich das Individuum in einem dynamischen Gleichgewicht von Anforderung und Bewältigung befindet.
- *Gesundheit als Potential und Handlungsfähigkeit*: Sie ist Voraussetzung für Lebensaktivitäten. Gesundheit ist ein lebensgeschichtlicher permanenter Entwicklungsprozess. Der Gesundheitsbegriff impliziert immer auch eine (persönliche und soziale) Norm, die offen bleiben muss für Lern- und Wandlungsprozesse.
- *Gesundheit als soziale Kategorie*: Gesundheit ist ein persönliches wie auch soziales Phänomen.

Klassifikationsversuche zum Gesundheitsbegriff zielen darauf, die Begriffsvielfalt zu ordnen und zu strukturieren. Allerdings erfüllen sie nicht das Kriterium einer Konsensbildung (Hurrelmann 2000a), die sowohl in der Wissensgemeinschaft als auch bei den professionell arbeitenden Praktikern auf Akzeptanz stößt und tragfähig ist. Hurrelmann hat unter Berücksichtigung sozialwissenschaftlicher Theorien sowie einer interdisziplinär orientierten Sichtweise Leitvorstellungen für Gesundheits- und Krankheitskonzepte entwickelt. Daraus leitet er eine Definition von Gesundheit ab, die für alle wissenschaftlichen Disziplinen tragfähig sein dürfte. Gesundheit ist danach

„...das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das dann eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (S.94).

2.2 Gesundheit als Gegenstand wissenschaftlicher Forschung

Im folgenden Kapitel werden Theorien von Gesundheit und Krankheit wissenschaftlicher Forschungen in Soziologie, Psychologie und Gesundheitswissenschaften vorgestellt, die sich explizit mit Gesundheit und Krankheit beschäftigt haben. Die Konzeptualisierungen und Modelle gehen von der Leitidee aus, dass physiologische, psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung von Gesundheit zusammenwirken. Sie betonen die Wechselbeziehung von Belastung, Bewältigung und Gesundheit. Aus ihnen lassen sich unterschiedliche Ansätze gesundheitsbezogener Interventionen ableiten, um das für die Gesundheit relevante Verhalten, die entscheidenden Umweltbedingungen sowie die Strukturen des Gesundheitssystems zu beeinflussen.

Die folgende Darstellung von Gesundheit als Gegenstand wissenschaftlicher Forschung orientiert sich an Ausführungen von Hurrelmann (2000a) zu sozialwissenschaftlichen Theorien, die sich mit Gesundheit und Krankheit beschäftigen. Der Rückgriff auf diesen Beitrag in seinem Buch „Gesundheitssoziologie“ bietet sich vor allem deshalb an, weil eine interdisziplinäre Sichtweise im Vordergrund steht. Die Theorien konzentrieren sich auf die Wechselbeziehungen zwischen Belastung, Bewältigung und Gesundheit. In diesem Spannungsverhältnis von Gesundheit und Krankheit befindet sich auch das Phänomen Behinderung.

2.2.1 Lern- und Persönlichkeitstheorien

Lern- und Persönlichkeitstheorien als Erklärungsansätze beschäftigen sich mit intra-individuellen und psychischen Faktoren, die Gesundheit bzw. Krankheit

beeinflussen. Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale geben den Rahmen vor, in dem ein Mensch den persönlichen Anforderungen und denen der sozialen Umwelt gerecht zu werden versucht.

Verhaltens- und informationsorientierte Lerntheorien

Die verschiedenen Ansätze verhaltens- und informationsorientierter Lerntheorien gehen von der Grundannahme aus, gesundheitsbezogenes Verhalten werde vor allem durch Lernvorgänge beeinflusst. Lernen wird als Oberbegriff für die verschiedensten Vorgänge verwendet, die durch Erfahrung entstehen und zu einer Verhaltensänderung führen. Lernen ist ein prozesshaftes Geschehen und vollzieht sich über die gesamte Lebensspanne des Menschen. Gelernt werden können Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Einstellungen und Motive: Menschen können neues Wissen erwerben oder bereits vorhandenen Gedächtnisbesitz korrigieren, modifizieren und in ihr Verhalten übersetzen.

Die ursprüngliche Fassung der Lerntheorie sieht Lernvorgänge im Sinne eines Reiz-Reaktionsmusters, die routinemäßig erlernt werden können, wenn eine erfolgreiche Handlungsweise systematisch verstärkt wird. Im Laufe der Weiterentwicklung der *verhaltensorientierten (behavioristischen) Lerntheorien* konnten diese einfachen Muster präzisiert werden, so dass sie für die Gesundheitsforschung nunmehr brauchbare und interessante Ansätze bieten.

Die *kognitive (informationsorientierte) Lerntheorie* betrachtet den Menschen als Informationsverarbeiter. Lernen geschieht als Prozess der Auseinandersetzung mit der Umwelt. Lernvorgänge werden mit Wahrnehmungs- Aufmerksamkeits- Gedächtnis- und Denkprozessen in Verbindung gebracht. Welche Informationen aufgenommen und verarbeitet werden, ist abhängig vom Wissensstand eines Menschen, von seinen Erfahrungen und seinen Zielvorstellungen.

Die *soziale Lerntheorie* (Bandura 1977) geht in ihrem Konzept des Modelllernens davon aus, dass menschliches Handeln überwiegend durch soziale Vorbilder angeregt, gesteuert ausgelöst und gehemmt wird. Bandura sieht Lernen als aktiven Aneignungsprozess, als Prozess der Auseinandersetzung mit der Umwelt verbunden mit permanenter Einwirkung, Aneignung, Anpassung und Veränderung. Nicht nur soziale Faktoren und Beziehungen beeinflussen das

Lernen, auch der Lernende selbst bringt Impulse und Aktivitäten in den Prozess mit ein.

Lernen am Modell basiert zunächst auf Nachahmung oder Identifikation des Lernenden mit dem vorgeführten Verhalten. Soll das beobachtete Verhalten in aktives Handeln umgesetzt werden, so bedarf es bestimmter Verstärkungsbedingungen. Bei der Raucherentwöhnung beispielsweise muss nach der Beobachtung von sozialen Modellen (Nichtraucher, die zuvor geraucht haben) die Erwartung einer eindeutigen Belohnung gegeben sein. Sie kann von außen kommen, etwa durch Lob und Bestätigung der sozialen Umwelt oder von innen, z.B. durch erhöhtes Wohlbefinden, bessere Kondition u.a.. Lerntheorien bieten ein Erklärungsmodell für die paradoxe Situation, dass Menschen, obwohl sie wissen, dass ihr Verhalten nach objektiven Maßstäben gesundheitsschädlich ist, subjektiv dennoch das Gefühl haben können, sich selbst zu belohnen.

Die soziale Lerntheorie kann Hinweise darauf geben, warum sich Menschen in bestimmten Situationen gesundheitsbezogen verhalten oder nicht. Sie kann Impulse für Gesundheitsverhalten geben, indem sie aufzeigt, welche Schritte unternommen werden müssen, damit ein Mensch das gesundheitsschädliche Verhalten erst gar nicht aufnimmt oder es wieder einstellt. Wichtig sind dazu alternative Verhaltens- und Handlungsmöglichkeiten mit gleichem Belohnungspotenzial sowie das Gefühl, sein eigenes Verhalten tatsächlich effektiv selbst steuern zu können.

Bandura hat die Bedeutung der Selbstwirksamkeitserwartung für menschliches Verhalten und Erleben systematisch erforscht und eine sehr einflussreiche Selbstwirksamkeitstheorie (Self-efficacy theory) entwickelt, die einen zentralen Bestandteil seiner sozial-kognitiven Theorie ausmacht (Schwarzer 1992). Nach Banduras Überzeugung sind nicht so sehr Bekräftigung und Kontingenzen zwischen situativen Reizen und eigenen Reaktionen ausschlaggebend für Verhaltensänderungen als viel mehr die Erwartung solcher Kontingenzen. Diese selbstbezogenen Kognitionen erzeugen motivationale, affektive und kognitive Prozesse, die eine Umsetzung von Wissen und Fähigkeiten in Handlungen steuern. Zusammen mit der Überzeugung, dass eine Handlung zum Erfolg bzw. zu einem Ergebnis führt, hat sie entscheidenden Einfluss auf die Selbstregulation. Menschen werden initiativ und aktiv, wenn sie überzeugt sind, notwendige Handlungen ausführen zu können bzw. mit Belastungen umgehen zu können. Es

geht dabei nicht um die realen Fähigkeiten und Fertigkeiten, sondern darum, dass jemand glaubt, die wahrgenommenen Anforderungen meistern zu können. In einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung kommt die optimistische Überzeugung einer Person zum Ausdruck, über Ressourcen für die notwendigen Anforderungen zu verfügen. Die Ergebniserwartung, d.h. die Überzeugung eines Menschen, dass ein bestimmtes Ergebnis bzw. Ereignis mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit durch ein bestimmtes Verhalten eintritt, und die Selbstwirksamkeit, verstanden als die Überzeugung eines Menschen, ein bestimmtes Verhalten ausführen und Anforderungen bewältigen zu können, werden in der Theorie Banduras als wichtige Größen zur Bestimmung des sozialen und gesundheitlichen Verhaltens gesehen.

Theorien von „verletzlichen“ und „unverletzlichen“ Persönlichkeiten

Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale haben einen bedeutsamen Einfluss darauf, wie Menschen Informationen und Verhaltensimpulse verarbeiten. In der Sichtweise entwicklungsbedingter Persönlichkeitstheorien ist Gesundheit abhängig von der meist angeborenen persönlichen Disposition eines Menschen und seinem „Temperament“, die im Laufe der Entwicklung weiter gefestigt werden. Ängstlichkeit gegenüber ungewohnten Situationen und überhöhte Zurückhaltung kann demnach zu einer besonderen Anfälligkeit („Verletzlichkeit“) gegenüber gesundheitlichen Störungen führen. Unverletzliche Personen hingegen zeigen eine hohe Widerstandskraft gegenüber Anforderungen und Belastungen, sind „stress-resistent“. Angeregt von Werner und Smith (1982), die durch ihre Untersuchungen eine abgesicherte Konzeption von „Unverletzlichkeit“ vorgelegt haben, wurde in den letzten Jahren immer mehr die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, dass selbst multiple Risikofaktoren keinesfalls jede Person gleichermaßen treffen, die durch die Umstände dazu disponiert erscheint. Einige Menschen zeichnen sich vielmehr durch ihre Fähigkeit aus, den Launen des Schicksals und systematischer Benachteiligung besser standhalten zu können als andere.

Nach dem Modell der „Risiko- und Schutzfaktoren für die Gesundheitsentwicklung“ (Werner u. Smith 1982) kommt es je nach dem Grad der Verletzlichkeit zu einem eher aktiven oder passiven Bewältigungsstil. Dieser

kann zu einer eher gesunden oder eher ungesunden Persönlichkeitsentwicklung führen. Demnach bilden detektive oder protektive Sozialisationsbedingungen zusammen mit individuellen Persönlichkeitsmerkmalen, spezifischen Verarbeitungs- und Bewältigungsstrategien sowie Temperamentsmerkmalen den Filter für die Verarbeitung objektiver Belastungen.

Erwartungs-Wert-Theorien des Gesundheitsverhaltens

Schwarzer (1992) hat sich in einer umfassenden Übersicht mit verschiedenen Theorien des Gesundheitsverhaltens beschäftigt, die teilweise einen sehr starken Bezug zu den vorgestellten Lerntheorie haben. Er nennt die Theorie der gesundheitlichen Überzeugungen (Health Belief Model Becker 1974; Becker et.al 1977), die Theorie der Handlungsveranlassung (Theory of Reasoned Action) (Fishbein & Ajzen 1975, Ajzen & Fishbein 1980) und die damit eng verbundene Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior, Ajzen & Madden 1986).

Das Health Belief Modell (Rosenstock 1974, Becker 1974, Becker et. al. 1977) war ursprünglich konzipiert, um die Inanspruchnahme von Präventions- und Screening-Strategien zu erklären, wurde jedoch später auch auf Reaktionen und Verhaltensweisen bei bestehenden Symptomen angewandt. Es lässt sich als ein rationales Verhaltensmodell beschreiben, das in der rationalen Abwägung von gesundheitlichen Gefahren, deren wahrgenommener Gefährlichkeit und möglichen Gegenmaßnahmen wesentliche Auslöser für protektive Verhaltensweisen sieht. Dem Health Belief Modell liegt das Bild eines rationalen Menschen zugrunde, der aktiv seine Umwelt und sich selbst beeinflusst und seine Entscheidungen aufgrund rationaler Abwägungen trifft in der Erwartung, einen positiven Gesundheitszustand zu erreichen. Das Health Belief Modell gilt als Vorläufer moderner Gesundheitsverhaltenstheorien. Es hat sich vor allem in der Gesundheitserziehung und in der Praxis der Interventionsarbeit bewährt.

In der Theory of Reasoned Action (Fishbein & Ajzen 1975, Ajzen & Fishbein 1980), die der Sozialpsychologie entstammt, haben persönliche und normative Überzeugungen einen hohen Stellenwert für die Bildung gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensintentionen. Handlungsintentionen und damit auch

Verhaltensänderungen können diesem Modell zufolge nur über Einstellung und diese wiederum nur über die Änderung von Überzeugungen modifiziert werden.

Das Modell wird oft ergänzt durch die Theory of Planned Behavior (Ajzen 1985, Ajzen & Madden 1986). Nach dieser Theorie wird eine Person dann ein bestimmtes Verhalten zeigen, wenn sie glaubt, dieses Verhalten erfolgreich ausführen zu können und die Verhaltensfolgen bei einem Erfolg deutlich positiver eingeschätzt werden als bei einem Misserfolg. Zudem ist die Person davon überzeugt, dass wichtige Bezugspersonen dieses Verhalten erwarten.

Schwarzer (1992) integriert die verschiedenen Modellvorstellungen zu einem „sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns“. In seinem Ansatz stellt er neben der Ergebniserwartung und der Selbstwirksamkeit (die er als Kompetenzerwartung bezeichnet) auch die Handlungsabsicht und die Handlungsplanung in den Vordergrund. Diese beiden Aspekte sieht er als Zwischenstadien zur eigentlichen (gesundheitsbezogenen) Handlung. Sie setzt voraus, dass eine entsprechende Motivation und eine willentliche Anstrengung (Volitionsstärke) vorliegen, die durch eine eigene Festlegung der beabsichtigten Handlung oder durch andere Formen der sozialen Kontrolle und Verstärkung gesichert werden kann.

Theorie der psychischen Gesundheit

Becker (1982, 1995) hat mit der Entwicklung einer „integrativen Persönlichkeitstheorie“ den Versuch unternommen, wichtige Eigenschaften eines Menschen zu identifizieren, die handlungsleitend im Umgang mit gesundheitsriskanten kritischen Lebensanforderungen sind. Auf der Basis umfangreicher Studien stellt er zwei übergreifende Faktoren zur Beschreibung von Persönlichkeiten heraus und zwar die „seelische Gesundheit“ sowie die „Verhaltenskontrolle“. Unter der Eigenschaft „seelische Gesundheit“ versteht er (generell) die Fähigkeit, interne und externe Anforderungen zu bewältigen. Sie setzt sich aus mehreren Teilkomponenten zusammen und drückt sich in optimistischer Stimmung und seelisch-körperlichem Wohlbefinden aus. „Verhaltenskontrolle“ als zweite Variable meint die Zuverlässigkeit, mit der eigene Handlungen reguliert werden können und zwar im Ausmaß von starkem

oder schwachen Pflichtbewusstsein und starker bzw. schwacher Risikofreude. Die zentrale These seines Modells lautet, dass seelisch Gesunde besser in der Lage sind, „externe und interne Anforderungen so zu dosieren, daß sie diese auch bewältigen können“ (Becker 1992, S.70). „Seelische Gesundheit“ beeinflusst nicht nur das aktuelle Bewältigungsverhalten, sondern auch emotionale Reaktionen und das gesundheitsbezogene Verhalten allgemein. Eine hohe Ausprägung dieses Merkmals ist gekennzeichnet durch hohe Bewältigungskompetenz, Optimismus, seelisch-körperliches Wohlbefinden, Sinnerfülltheit, ein hohes Selbstwertgefühl und Autonomie in der Gefühlsregulation. „Hohe Seelische Gesundheit“ ist assoziiert mit sozialer Anpassung (Gewissenhaftigkeit, Empathie, Leistungsorientierung), Arbeitsorientierung und Ehrlichkeit) und Selbstaktualisierung (im Sinne von Unternehmensfreude, positiven Emotionen, Ausgelassenheit und Extrovertiertheit). „Geringe seelische Gesundheit“ ist gekennzeichnet durch eine niedrige Bewältigungsfähigkeit und Pessimismus, ist assoziiert mit Gehemmtheit (Zurückhaltung, Intersion) und Zügellosigkeit (Aggressivität, Erregbarkeit). Becker bezeichnet eine stabile und überdauernde Form der seelischen Gesundheit als „habituelles Wohlbefinden“ und als „Lebensfreude“. Diese äußert sich in der Fähigkeit des Individuums, die Aufmerksamkeit von der eigenen Person auf die Umwelt zu richten. Das Indikatorenmodell für Gesundheit, das teilweise empirisch überprüft wurde und nur skizzenhaft dargestellt werden kann (siehe dazu Becker 1974, 1992, 1995), hat sich insgesamt als anregend und brauchbar erwiesen. Kritikpunkte beziehen sich u.a. darauf, dass eine Reihe von Begriffen semantisch unklar bleiben und sich Teilkomponenten des Modells überlappen. In den Kontext der Theorien psychischer Gesundheit gehören auch die „Subjektiven Vorstellungen von Gesundheit“. Sie werden als eigenständiges Kapitel in dieser Arbeit dargestellt.

2.2.2 Stress- und Bewältigungstheorien

Stress- und Bewältigungstheorien beschäftigen sich mit der Frage, wie der Mensch sich mit den alltäglichen, aber auch mit außergewöhnlichen Anforderungen an die Persönlichkeit auseinandersetzt, wie ein solcher Verarbei-

tungsprozess gelingt und welche Folgen sich daraus für die Gesundheit ergeben. Stress gehört zum Leben, er hilft, zu überleben. Stress aktiviert und trägt durch Störung zur Entwicklung und zur Neuorganisation einer inneren Ordnung bei.

Selye (1984) hat eine biologische Konzeption von Stress vorgelegt und Stress als eine weitgehend physiologisch festgeschriebene Reaktionsweise des Organismus klassifiziert, um Belastungen zu kompensieren. Die Verarbeitungsmechanismen von Reizen, die er zunächst bei Tieren entdeckte, ließen sich auch bei Menschen beobachten: Auf bestimmte Reize (z.B. physische, psychische, chemische Stimulie) reagiert der Organismus in Bedrohungssituationen durch Mobilisierung aller Ressourcen mit dem Ziel, eine Gefahr abzuwenden und sein Gleichgewicht wiederherzustellen. Nach dieser Theorie hat Stress prinzipiell eine gesunderhaltende, positive Funktion als Reaktions- und Bewältigungsfähigkeit, die der Überlebensfähigkeit dient. Wird ein gesundes Maß an Reizen und Belastungen überschritten, steht der Organismus in ständiger Alarmbereitschaft. Ist keine Regeneration physischer und psychischer Kräfte möglich, so entsteht „Dis-stress“ mit negativen Folgen für die Gesundheit. Ob ein Stressor als Eustress (positiv, belebend, anregend) oder als Dis-stress (negativ, körperlich, seelisch und geistig als belastend empfundene Situation bzw. Anstrengung) erlebt wird, ist abhängig von der subjektiven Einschätzung des betroffenen Menschen, der Anzahl der Stressoren sowie seinem momentanen körperlichen und seelischen Zustand. Stress wird heute im Zusammenhang mit der Entstehung chronisch-degenerativer Erkrankungen der Menschen in hochmodernen Industriegesellschaften betrachtet.

Transaktionale und soziale Stressmodelle

Das transaktionale Stresskonzept von Lazarus (vgl. Lazarus 1966; Lazarus & Launier 1981) betont den Aspekt der subjektiven Einschätzung und Bedeutung potentiell belastender Faktoren. Jedes Ereignis wird von Menschen unterschiedlich wahrgenommen und bewertet. Die subjektive Einschätzung der Bewältigungsmöglichkeit und die zur Verfügung stehenden Ressourcen entscheiden über das Erleben von Belastung. Zusätzlich werden Bewältigungs-

versuche unternommen, die Belastungssituation neu einzuschätzen. Reichen die Bewältigungsstrategien aus, kann die Belastung bewältigt werden, im negativen Fall wird die fortlaufende Belastung als Krise erlebt.

Pearlin (1987) hat in einem umfassenden Modell von Belastungs- und Überforderungsprozessen verschiedene medizinische und psychologische Ansätze des Stresskonzeptes integriert. Stress wird als Reaktionskonzept des Individuums auf Belastungen und Überforderungen der Lebenswelt betrachtet. Personale und soziale Faktoren wirken als Mediatoren und haben entscheidenden Einfluss darauf, ob Stress-Symptome auftreten oder nicht. Kritische Lebensereignisse, chronische Spannungen und schwierige Übergänge im Lebenslauf im weitesten Sinn benennt Pearlin als kritische Ereignisse, die Auslöser für Stress-Symptome sein können. Seine Untersuchungen geben früh Hinweise auf den längerfristigen erheblichen Einfluss chronischer Anspannung und dauerhafter Belastung auf den Gesundheitszustand. Dauerbelastungen, wie z.B. Umgebungsstressoren am Arbeitsplatz, mangelnde Möglichkeiten zur Kommunikation und Kooperation, geringe Gestaltungsspielräume u.a. beeinträchtigen nicht nur den Gesundheitszustand, sondern begünstigen offensichtlich die Entstehung von psychosozialen Störungen und Beeinträchtigungen, gesundheitsgefährdender Lebensweisen wie Alkohol und Nikotinkonsum u.a. (Greif, Bamberg & Semmer 1991; Badura und Pfaff 1996).

Das salutogenetische Modell

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1979, 1987) hat eine Theorie von Gesundheit und Krankheit vorgelegt, die er mit dem Begriff „Salutogenese“ bezeichnet. Er knüpft an den ressourcen- und stresstheoretischen Erkenntnissen seiner Zeit an und stellt die Frage: Was erhält den Menschen trotz einer Vielzahl gefährdender Einflüsse gesund? Damit stellt er ausdrücklich nicht die Frage nach der Pathogenese angegriffener Gesundheit, sondern in Abgrenzung dazu die Frage nach Bedingungen für Gesundheit und nach Faktoren, die Gesundheit schützen und zur Unverletzlichkeit beitragen. Der menschliche Organismus ist nach Antonovsky ständig Einflüssen und Prozessen ausgesetzt, die eine Störung seiner Ordnung, d.h. seiner Gesundheit bewirken können. Ob sich daraus Stress und im

weiteren Verlauf gesundheitliche Belastungs- und Beeinträchtigungsprozesse entwickeln, ist von der individuellen Bewertungssituation abhängig. Als oberste Steuerungsinstanz für den Einsatz von Ressourcen in Belastungssituationen nennt Antonovsky das Kohärenzgefühl (The sense of coherence, SOC). Er beschreibt es als eine generelle Lebenseinstellung, als „...globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der internalen oder externalen Umwelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, und daß zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen“ (Antonovsky 1993, S.12). Diese Grundhaltung, die Welt als in sich stimmig, zusammenhängend und sinnvoll wahrzunehmen, besteht aus drei zentralen Komponenten:

1. Dem Gefühl der Verstehbarkeit (sense of comprehensibility): Diese Komponente bezieht sich auf die Erwartung eines Menschen, Zusammenhänge zu begreifen, Anregungen und Anforderungen als geordnete, strukturierte Informationen verarbeiten zu können, die nachvollziehbar sind.
2. Dem Gefühl von Bewältigbarkeit (sense of manageability): Es beinhaltet die Überzeugung des Menschen, Anforderungen des Lebens bewältigen zu können, weil geeignete Ressourcen zur Verfügung stehen. Dazu gehört das Vertrauen aus eigener Kraft oder mit Unterstützung Lebensaufgaben meistern zu können.
3. Dem Gefühl der Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness): Die Komponente beschreibt das Ausmaß, in dem der Mensch die Anforderungen der Umwelt als sinnvoll, bedeutsam und als Herausforderung für das weitere Leben wahrnimmt.

Antonovskys Modell fand nach seiner Veröffentlichung schnell eine ungewöhnlich hohe Beachtung. Nur wenige Konzepte im Bereich der Public Health Forschung wirkten und wirken derart anregend, wie die der Salutogenese und des Kohärenzgefühls. Die Frage, ob die Salutogenesetheorie von Antonovsky tatsächlich eine neue, empirisch abgesicherte, zukunftsweisende Perspektive ist, wird derzeit (auch für verschiedene Arbeitsbereiche z.B. Pflege, Schule) viel

diskutiert. Die Dissens in der Beurteilung dieses Konzeptes macht die Auseinandersetzung mit dem Thema gleichermaßen attraktiv (zur Kritik siehe u.a. Geyer 1997, Becker 1998, Siegrist, Neumer u. Margraf 1998, Sack & Lamprecht 1998). Hinter dem Etikett „Salutogenese“ verbergen sich zweifelsohne unterschiedliche Forschungskontexte mit zum Teil noch ungeklärten Ausgangspositionen und definitorischen Schwierigkeiten. Die theoretische Kritik hat vor allem zwei Punkte offen gelegt: Einerseits die fehlende Berücksichtigung der Subjektebene mit Hinweis darauf, das Individuum als aktiv und bewusst handelndes Subjekt einzubringen (Faltermajer 1994, Faltermajer, Kühnlein & Burda-Viering 1998). Andererseits die unzureichende Einbeziehung der gesellschaftlichen Ebene, die, nach Einschätzung Faltermajers in der Tat wenig ausgearbeitet ist. Er schlägt vor, beide Ebenen stärker explizit in das Modell einzubeziehen und durch Forschungsarbeiten zu fundieren. Ein weiterer Einwand zum Salutogenesemodell bezieht sich auf den SOC-Fragebogen. Insbesondere die Validität des Instrumentes erscheint demnach nur unzureichend in der Lage, ein derartig komplexes Konstrukt wie das Kohärenzgefühl abzubilden (vgl. Becker et. al. 1996; Becker 1998, Lutz et. al. 1998).

Die berechtigten kritischen Anfragen zum Salutogenesekonzept, die aufgrund des breiten Spektrums und des disparaten Entwicklungsstandes im Rahmen dieser Abhandlung nicht weiter ausgeführt werden können (vgl. dazu auch Sack et. al. 1998, Udris et. al. 1998), führen immer wieder zu der spannenden Frage, warum diese Konzept eine derartige Faszination ausübt und noch immer breite Beachtung findet. Kolip et. al. (2001) führen als Gründe dafür auf:

1. Die Arbeiten von Antonovsky bieten sich als Anknüpfungspunkt an, da in ihnen der Perspektivenwechsel, die Kritik am pathologisch ausgerichteten medizinischen und psychosozialen Versorgungssystem und die Auseinandersetzung mit dem Gesundheits- und Krankheitsbegriff deutlich zum Ausdruck kommen. Allerdings ist auch zu beobachten, dass sich viele Projekte als salutogenetisch orientiert ausgeben, ohne dass jedoch die Konzeption Antonovsky erkennbar wird. Salutogenese wird häufig nur als Schlagwort benutzt.
2. Die Anschlussfähigkeit und Integrationskraft des Konzeptes ermöglichen vor allem in multidisziplinären Diskussionszusammenhängen und

Projekten eine gemeinsame Basis für eine entsprechende Bearbeitung gesundheitswissenschaftlich relevanter Fragestellungen.

3. Den praktischen Nutzen, der sich mit der Attraktivität des Salutogenesekonzeptes als theoretisches Fundament für eine Neuorientierung der Gesundheitsförderung verbindet. Als programmatisches Papier einer solchen theoretischen Fundierung gilt die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung.

Über diese Aspekte hinaus wird dem Konzept eine theoretisch-philosophische Faszination zugeschrieben. Es beschäftigt sich mit einer der Grundproblematiken menschlichen Daseins: Der Frage, wie man Identität im sozialen Umfeld findet und entwickelt.

Faltermaier versteht Antonovsky's Modell als „fruchtbare Rahmentheorie“ (Faltermaier 2002, S.186), deren unbestreitbarer Verdienst vor allem darin liegt, dass damit eine neue Konzeption von Gesundheit bereitgestellt wird, die über die bisherige einfache Dichotomie von Gesundheit und Krankheit hinausgeht und im Kontext der damaligen Erkenntnisse ein erster Versuch ist, eine Antwort auf die Frage nach der Genese von Gesundheit zu finden. Keinesfalls aber sei das Salutogenesekonzept ein Dogma, vielmehr müsse es kritisch weiterentwickelt werden, notwendigerweise in einem interdisziplinären Forschungskontext und in enger Verbindung mit einer Erweiterung der empirischen Erkenntnisbasis. Eine stärkere Einbeziehung qualitativer Forschungsansätze könne dabei zu einer Erweiterung der Spielräume der Salutogeneseforschung beitragen.

Es ist die Art der Fragestellung, die Antonovsky's Modell mehr als nur ein wissenschaftliches Interesse zukommen lassen (Franke 1999). Herauszufinden, wie Gesundheit entsteht und was helfen kann, gesund zu bleiben, war und ist immer ein elementares Bedürfnis des Menschen. Dabei geht es nicht, so meine persönliche Überzeugung, um die Frage, wie „richtig“ oder „falsch“ das Salutogenesekonzept letztlich ist. Eine salutogenetische Orientierung kann das Verständnis von Gesundheit und Krankheit erleichtern und spielt eine wichtige Rolle in Anwendungsfeldern der Gesundheitsförderung und Prävention.

Im Handlungsfeld der Behindertenhilfe lenkt eine salutogenetische Perspektive den Fokus auf die Bedingungen von Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen. Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Professionellen

erscheinen hier als ein Teilaspekt neben zahlreichen anderen Einflussfaktoren (z.B. bedarfsgerechte psychosoziale und medizinische Versorgung, Hilfsmittel etc.).

Antonovsky hat mit dem „Kohärenzgefühl“ eine vorläufige Antwort gegeben, die als Forschungsperspektive für die interdisziplinäre Theoriebildung und für die pragmatische Entwicklung von Arbeitskonzepten in Gesundheitsförderung und Prävention in der Behindertenhilfe genutzt werden kann. Ähnlichkeiten und Überschneidungen des salutogenetischen Konzeptes gibt es mit anderen Konstrukten, beispielsweise „Locus of Control“ (Rotter 1966), „Hardiness“ (Kobasa 1979) oder „Self-Efficacy“ (Bandura 1977).

Psychosomatische und soziosomatische Modelle

Die psychosomatische Forschung beschäftigt sich mit den psychischen und seelischen Einflüssen auf das Körperliche. Der Körper ist gleichsam „Spiegel der Seele“. In körperlichen Beschwerden, so die Sichtweise der psychosomatischen Forschung, kommen die aktuelle Befindlichkeit und die zugrundeliegenden Konflikte zum Ausdruck. Unbewusste, verdrängte libidöse Energien oder auch Minderwertigkeitsgefühle, Angst- und Schuldgefühle werden als Ursache für die Entstehung krankhafter Prozesse angenommen.

von Uexküll (1981) bezieht in die psychosomatische Erklärung von körperlichen und psychischen Störungen das soziale Bezugssystem als Bedingungsfaktor mit ein. Der Organismus ist demnach ein lebendiges, informationsverarbeitendes System, das in ständigem Austausch mit der Umwelt steht. In dynamischer Wechselwirkung mit dem jeweiligen sozialen Bezugssystem und durch Selbst-reflexion wird Gesundheit als eine individuelle Wirklichkeit erzeugt. „Gesundheit und Wirklichkeit sind kein Kapital, das man aufzehren kann, sondern beide sind überhaupt nur dort vorhanden, wo sie jeden Augenblick erzeugt werden. Werden sie nicht mehr erzeugt, ist der Mensch bereits krank. Erzeugen von Wirklichkeit und Erzeugen von Gesundheit gehören zusammen“ (von Uexküll 1988, S.42). Gesundheit bedeutet für von Uexküll Selbstvertrauen, die Fähigkeit zu selbstbestimmtem Handeln und gelungene gesellschaftliche Integration. Krankheit hingegen deutet er allgemein als Versagen von Anpassungsmechanismen.

2.2.3 Sozialisationstheorien

Sozialisationstheorien legen ihren Schwerpunkt auf die Entwicklung der Beziehung zwischen Person und Gesundheit im gesamten Lebensverlauf. Sie betonen die individuelle lebensgeschichtliche Entwicklung und gehen von einer komplexen Wechselwirkung zwischen personenbezogenen Merkmalen und Umweltbedingungen aus. Ob der Sozialisationsprozess gelingt oder nicht, ist davon abhängig, wie angemessen individuelle Handlungskompetenzen und soziale Ressourcen für die jeweilige Handlungsanforderung sind, denen sich eine Person gegenüber sieht und die sie zu bewältigen hat. Gesundheit als dynamisches Gleichgewicht zwischen Person und Umwelt muss in einem aktiven Prozess kontinuierlich hergestellt werden.

Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung

Während seiner gesamten Lebensspanne befindet sich das Individuum in einem kontinuierlichen Prozess der Auseinandersetzung mit der gesellschaftlich vermittelten sozialen und materiellen Umwelt und den bio-psychischen Merkmalen, um so die eigene Persönlichkeit aufzubauen bzw. weiterzuentwickeln. Die „Persönlichkeit“ eines Menschen umschreibt das für einen Menschen charakteristische Gefüge von Eigenschaften, Fähigkeiten, Merkmalen, Handlungskompetenzen, Einstellungen. Auf der Grundlage der biologischen und psychischen Ausstattung entsteht sie als Ergebnis der Bewältigung von Anforderungen und Lebensaufgaben. Veränderungen wesentlicher Elemente dieses Gefüges im Lebensverlauf werden als „Persönlichkeitsentwicklung“ bezeichnet.

Im Modell der „produktiven Realitätsverarbeitung“, einer erkenntnisleitenden Modellvorstellung der Sozialisationstheorie, wird Persönlichkeitsentwicklung als ein weitgehend selbstgesteuerter Prozess verstanden. Dieser steht in einem komplexen Beziehungsgeflecht zu organismusinterner und organisationsexterner Ressourcen und ist ständig um den Austausch zwischen innerer und äußerer Lebenswelt („Realität“) bemüht.

Eine produktive Realitätsverarbeitung kann gelingen, wenn ein Gleichgewicht zwischen Belastungen und Ressourcen entsteht. Die Verfügbarkeit von angemessenen personalen und sozialen Ressourcen entscheidet darüber, ob Belastungen entsprechend bewältigt werden können oder nicht. Stehen ausreichend innere und äußere Ressourcen zur Verfügung, so ist ein gesundheitsförderlicher Verlauf der Persönlichkeitsentwicklung zu vermuten. Fehlt es allerdings an Ressourcen oder sind sie nicht ausreichend, kann es zu vorübergehenden oder auch dauerhaften Störungen der Gesundheitsbalance und damit auch der Persönlichkeitsentwicklung kommen.

Prozessdynamisches Modell für Gesundheitsstörungen

Neuartige Entwicklungsaufgaben und Statusübergänge im Lebenslauf stellen eine Herausforderung durch Entwicklungsaufgaben an das Individuum. Übergangsphasen sind dann zu bewältigen, wenn sie das „rechte Maß“ haben, d.h. eine dosierte Form von Veränderungen und Anforderungen beinhalten, die zur notwendigen Umorientierung bzw. Neuorganisation und zur Weiterschreibung des vorhandenen Verhaltensrepertoires genutzt werden kann. Konnten Anforderungen bewältigt werden, so erscheinen sie dem Individuum als Herausforderungen, denen gegenüber es sich als erfolgreich bewährt hat. Überfordern die Entwicklungsaufgaben allerdings die Bewältigungskompetenzen, so besteht die Gefahr einer misslingenden Bewältigung der Situation. Es können Symptome der Überbelastung (Abwehr- Ausweich-, Rückzugs-, Konflikt- Aggressionstendenzen u.a.) auftreten, die zur Verfestigung und Verstärkung von Gesundheitsstörungen führen können. Hurrelmann (2000) stellt die Entstehung sozialer Abweichungen und Gesundheitsstörungen in einem Ablaufmodell mit prozessdynamischen Charakter dar. Jede Stufe der Entstehung und Entwicklung von Störung, Abweichung und Beeinträchtigung beinhaltet für das Individuum einen Such- und Sondierungsprozess, der mit einer Neuorganisation der personalen und soziale Ressourcen verbunden ist. Die moderierende Kraft und die Wirksamkeit der personalen und sozialen Ressourcen entscheidet darüber, ob Entwicklungsaufgaben und Lebensanforderungen bewältigt werden und zu einer

gesunden, befriedigenden Weiterentwicklung der Persönlichkeit führen oder nicht.

Die Konzepte Selbstbild und Identität

Erfolgreiches Bewältigungsverhalten setzt in sozialisationstheoretischer Sicht die Verarbeitung selbstbezogener Informationen voraus, die im Laufe des Lebens aufgrund von Erfahrungen und der individuellen Bewertung dieser Erfahrungen erworben werden. Sie formen das „Selbstbild“ der eigenen Person. Dieses Selbstbild entsteht durch die Verarbeitung selbstbezogener Informationen, die individuelle Bewertung von Wahrnehmungen sowie den Erfahrungen bei der Bewältigung von Lebensanforderungen und Entwicklungsaufgaben in den verschiedenen Stadien der eigenen Lebensgeschichte. Bewältigungsverhalten ist nach diesem Konzept nur bei einer subjektiven Kontinuität des Selbsterlebens möglich. Das Erleben dieses Sich-Selbst-Gleich-Seins kann als „Identität“ bezeichnet werden. Die Bildung und Aufrechterhaltung von Identität ist über die gesamte Lebensspanne aktuell und ständige Lebensaufgabe. Identität in sozialisationstheoretischer Perspektive ist als ein Koordinierungsprozess zu verstehen, der sich auf zwei Richtungen bezieht: Sie ist dann vorhanden, wenn die Auseinandersetzung mit der inneren und äußeren Lebenswelt zu Ergebnissen geführt hat, die sich miteinander verbinden lassen. Die eigenen Bedürfnisse und Kompetenzen müssen dabei nicht im Einklang stehen mit den Anforderungen der Umwelt. Vielmehr liegt das Spezifikum der Identitätswahrnehmung in der Koordinationsleistung, die notwendigerweise verbleibenden Spannungen produktiv zu bearbeiten. Diesen Balanceakt zwischen den verschiedenen Kräften und Anforderungen in unserer hochentwickelten individualisierten Gesellschaft zu meistern, ist eine große Herausforderung und zugleich auch eine herausragende Leistung der Identitätsbildung. In sozialisationstheoretischer Sicht ist Gesundheit nur dann möglich, wenn dem Individuum eine befriedigende Koordination der Anforderungen von innerer und äußerer Lebenswelt gelingt, eine zufriedenstellende Kontinuität des Selbsterlebens (Identität) erreicht wird und die persönliche Selbstverwirklichung in Abstimmung mit und in Rücksichtnahme auf Interaktionspartner möglich ist. Gesundheit ist kein statisch-stabiler

Dauerzustand, sondern ein Gleichgewichtsstadium. Gesundheit muss immer erneut und im Rückgriff bisheriger lebensgeschichtlicher Kontinuität hergestellt werden.

2.2.4 Interaktions- und Sozialstrukturtheorien

Die Erklärungsmodelle zu Gesundheit und Krankheit enthalten viele Grundzüge soziologischer Ansätze. Interaktions- und Sozialstrukturtheorien beziehen sich auf institutionelle und gesellschaftliche Faktoren und bringen sie mit der Entstehung und Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Verbindung.

Die strukturfunktionale Theorie von Gesundheit und Krankheit

Der amerikanische Sozialwissenschaftler Talcott Parsons (1981) hat in seiner Theorie eine systematische Konzeption der Beziehung zwischen Persönlichkeits- und Gesellschaftsstruktur entwickelt. Danach verinnerlicht das Individuum gesellschaftliche Macht- und Rollenstrukturen und ist gleichsam „Spiegelbild“ der Sozialstruktur. Gesellschaftliche Strukturen haben dementsprechend eine sehr einflussreiche Bedeutung und bestimmen darüber, ob ein Mensch gesund oder krank ist. Sie definieren auch die normativen Erwartungen, denen sich der einzelne nur äußerst schwer entziehen kann. Das „soziale System Gesellschaft“ formt und reguliert das biologische und psychische System, das maßgeblich die Persönlichkeit eines Menschen bestimmt. Nach Ansicht Parsons kann nur derjenige Mensch körperlich und geistig gesund bleiben, der seine Bedürfnisse und Empfindungen so strukturiert, dass sie mit den gesellschaftlichen Anforderungen korrespondieren. Der Wert eines Menschen in der Gesellschaft werde nach seiner verwertbaren Leistung bestimmt. Krankheit definiert er lapidar als eine Störung des normalen Funktionierens eines Menschen, als eine spezifische Form des abweichenden Verhaltens. Sie kann nur in der gesellschaftlich geduldeten Rolle des „Kranken“ (Patienten) legitimiert werden,

dem die Krankheit „zugestoßen“ ist und der sich nach allen Kräften bemüht, wieder gesund zu werden und dabei ärztliche Hilfe sucht.

Interessant an den Überlegungen Parsons ist, dass er Gesundheit wie auch Krankheit aus einem Gleichgewicht bzw. Ungleichgewicht des körperlichen, psychischen und sozialen Systems ableitet (Balancemodell). Die Konzeption konzentriert sich auf die Fähigkeit des Menschen, kritische Gegebenheiten, sowohl des inneren Zustandes wie auch der Umwelt, meistern zu können. Die Kritik an dieser Theorie bezieht sich vor allem darauf, dass sie nur auf einen verhältnismäßig kleinen Teil des Krankheitsspektrums, die akuten und heilbaren Erkrankungen, abgestimmt ist.

Systemtheoretische Modelle von Gesundheit und Krankheit

Systemtheoretische Denkmodelle legen einen besonderen Akzent auf Selbstorganisation und Selbststeuerung sozialer Institutionen und Organisationen. Neben den internen fokussieren sie auch die externe Einflussbereiche und überwinden damit den einseitigen anpassungsmechanistischen Akzent der Theorie Parsons. In systemischen Denkmodellen werden Gesundheitsstörungen und Krankheiten als Ausdruck gesellschaftlicher Verhältnisse verstanden, vor allem der bestehenden Machtstrukturen und der ökonomischen Lebenslagen. Das Anliegen der Systemtheorie ist es, soziale Bestimmungsfaktoren in der Lebens- und Arbeitswelt zu identifizieren, um so günstige Voraussetzungen für die Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung zu schaffen. Die Systemtheorie sieht die Aufgabe des Krankenversorgungssystems vor allem in der Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit eines Menschen. Die medizinische Profession hat das „Vorrecht“, eine Kodierung der Gesellschaftsmitglieder in „krank“ oder „gesund“ vorzunehmen, wobei der Status „gesund“ paradoxerweise unattraktiv ist, weil er dem Fachpersonal keinen Anlass zum fachlichen Handeln gibt: Gesunde Menschen sind medizinisch gesehen für dieses System zunächst einmal uninteressant, denn es gibt keine Zuständigkeit für sie.

Interaktionstheoretische Modelle der Krankheitsentwicklung

Interaktions- und Handlungstheorien betonen die Dauerhaftigkeit und die teilweise lebenslange Präsenz von Gesundheitsstörungen. Sie grenzen sich kritisch ab zu strukturfunktionalistischen und systemtheoretischen Ansätzen, die sich durch eine enge Begrenzung auf akute Krankheiten und einem entsprechend verkürzten Verständnis der Rolle des Patienten ausweisen. In der Sichtweise der Interaktionstheorie verändert ein Individuum in der Rolle als Patienten seine Selbstdefinition und Identität. Zugleich wird das Individuum auch von seiner Umwelt anders wahrgenommen. Die Umwelt nimmt diese Zuschreibung vor und zum Teil lässt sich nicht mehr nachvollziehen, worin die eigentliche Störung besteht und wo sie durch gesellschaftliche Fremdbestimmung in „psychische und soziale Abweichungen“ übergeht. Mit dieser Wechselwirkung von Selbstdefinition und gesellschaftlicher, teilweise stigmatisierender Fremddefinition auf die Bewältigung von Krankheit setzt sich die „Theorie des Symbolischen Interaktionismus“ (Blumer 1973) und die „Grounded Theory“ (Strauss 1978) auseinander. Der Symbolische Interaktionismus ist eine genuine Theorie der Handlung, der Motive, der Gefühle, des Gender, der Person sowie der Sozialstruktur. Die Bezeichnung symbolisch bezieht sich auf sprachliche Grundlagen des menschlichen Miteinanders; Interaktion macht deutlich, dass Menschen nicht auf ihr Gegenüber hin, sondern in wechselseitiger Beziehung zueinander handeln (Denzin 2000). Die Definition krank wird im interaktionistischen Modell in ihrer Diffusität und Doppeldeutigkeit thematisiert. Zwar ist sie einerseits Legitimation um zu helfen und zu heilen, andererseits bewirkt sie immer auch eine Aussonderung und soziale Zurückweisung (z.B. der Behinderten, der Alkoholiker, der Drogensüchtige u.a.). Kranke Menschen werden aus den alltäglichen Lebensbezügen herausgenommen und spezifischen Dienstleistungen zugeführt (Therapie, Kuration, Pflege) mit dem Ziel einer Reintegration. Diese ist jedoch nicht immer möglich, weil die Rolle des Patienten und die damit verbundene Selbst- und Fremddefinition manchmal dazu führt, dass sie nur sehr schwer wieder verlassen werden kann. Das Interesse interaktionistischer Theorien von Gesundheit und Krankheit gilt den verschiedenen Kommunikations- und Interaktionsprozessen. Im Mittelpunkt steht dabei das Aushandeln der Definitionen zwischen den Professionellen und dem

Patienten. Sowohl der Patient als auch der professionelle Helfer müssen dabei drei Stadien durchlaufen (Gerhardt 1981): Das Unsicherheitsstadium, charakterisiert durch die Diskrepanz zwischen den für eine Krankheit typischerweise anzunehmenden und den tatsächlich vorliegenden Symptomen; das Diagnosestadium, in dem verschiedene Interpretationen eingeengt und auf eine Möglichkeit gerichtet werden, und schließlich das Stadium der Krankenkariere als Folge der Diagnose. Während die Diagnosephase aus der Sicht der Professionellen eine bloße Einordnung von Krankheitssymptomen in eine Krankheitstheorie darstellt, ist die Diagnose für den Patienten ein Wendepunkt in seiner lebensgeschichtlichen Entwicklung verbunden mit Neuorientierung und Auseinandersetzung und eventueller Vorbereitung auf eine langfristige Behinderung oder auch auf den Tod.

Die Grounded Theory setzt sich ebenfalls mit den Wechselwirkungen von Selbstdefinition und Fremdefinition auseinander. Sie analysiert z.B., wie chronisch kranke Menschen ihr Leben nach einer einschneidenden Krise reorganisieren. Eine wichtige Rolle spielen dabei personale und soziale Ressourcen.

Analysen zum Organisationscharakter von Versorgungseinrichtungen

Zentrale Fragestellung der soziologischen Handlungs- und Rollentheorien ist, mit welchen Anforderungen und Dynamiken Organisationen Menschen konfrontieren, die in diesen Systemen leben und arbeiten. Der weitaus größte Anteil organisationsbezogener Entscheidungen dient der Funktionstüchtigkeit des Systems im Sinne der Selbsterhaltung. Sie folgen primär einer anderen Logik als der, die für das Verhalten von Individuen gilt. Spannungen zwischen den Organisations- und Individualbedürfnissen sind geradezu vorprogrammiert. Sie sind als Ausgangs- und Risikofaktoren für Störungen des gesundheitlichen Gleichgewichtes verantwortlich. Für das Management sozialer Organisationen ist es demnach immer wichtiger, für eine möglichst weitgehende Übereinstimmung von System- und Organisationsanforderungen sowie den Interessen und Bedürfnissen der Organisationsmitglieder zu sorgen. Gelingt eine solche Angleichung nicht, können bei den Organisationsmitgliedern gesundheitliche

Beeinträchtigungen die Folge sein. Zugleich erreicht aber auch die Organisation nicht ihre Leistungsfähigkeit und ihren Erfolg und kann so ihr „Überleben“ in Gefahr bringen.

2.2.5 Public-Health-Theorien

Unter der Bezeichnung „Public Health“ richtete sich vor ca. 150 Jahren in England das Interesse auf die Umwelt als Verursachungsfaktor für Erkrankungen. Ein vergleichbares Handlungsprogramm entstand in Deutschland etwas später, verbunden mit den Begriffen „Sozialmedizin“ und „Sozialhygiene“.

Public-Health-Theorien stellen somit nicht etwas grundsätzlich Neues dar, sondern knüpfen an eine Tradition an, allerdings erweitert um eine salutogenetische Perspektive. Sie orientieren sich an Public-Health in Großbritannien, den USA und Kanada, Ländern, die eine lange Tradition in dieser wissenschaftlichen Disziplin haben.

Wörtlich übersetzt heißt Public-Health „öffentliche Gesundheit“. Im Oxford Textbook of Public Health, (Oxford University Press 1991) ist folgende Definition von Public-Health zu finden: „Public Health is concerned with defining the problems facing communities in the prevention of illness and thus studies of disease aetiology and promotion of health. It covers the investigation, promotion and evaluation of optimal health services to communities and is concerned with the wider aspects of health within the general context of health and the environment“ (Holland, Detels, Knox 1991, 561 pp.). Wesentlicher Aufgabenbereich von Public-Health ist es, sich für die Schaffung von Umweltbedingungen, gesellschaftlichen Bedingungen und Bedingungen gesundheitlicher Versorgung einzusetzen, die allen Menschen ermöglichen, gesund zu leben. Public-Health ist gleichzeitig Wissenschaft und soziale Aktion (Praxis- und Politikfeld) mit multidisziplinärer Prägung. Anders als in der Medizin oder Psychologie richtet sich Public-Health nicht vornehmlich an einzelne Individuen, sondern konzentriert sich auf die gesamte Bevölkerung bzw. auf spezifische Bevölkerungsgruppen. Public-Health-Projekte sind durch gemeinsame Prinzipien gekennzeichnet; zentrale Aspekte sind

Multidisziplinarität, Bevölkerungs- und Systembezug sowie Anwendungsorientierung (Kolip 2002).

Vorrangiges Ziel von Public-Health ist es, die Verbesserung von Gesundheit durch bedarfs-, bedürfnis-, ressourcen- und sozialadäquate Anstrengungen im jeweiligen kulturellen und gesellschaftlichen Kontext zu erreichen (Schwartz & Walter 1996). Theorien der Public-Health-Forschung bemühen sich um eine Analyse der Bedingungen von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung, die Ableitung bedarfsgerechter Strukturen der Versorgung und um Modelle der Funktions- und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems. In ihren Zielsetzungen vermitteln sie gesellschaftspolitische bedeutsame Gesundheitskonzepte und stellen umfassende Entwürfe gesundheitswissenschaftlicher Rahmentheorien dar. Zwei Theorietraditionen stehen im Vordergrund:

- Gesundheitsforschung als epidemiologische Analyse beschäftigt sich mit körperlichen, seelischen und sozialen Bedingungen der Gesundheitsbalance, dem Gesundheits- bzw. Krankheitsstatus einer Bevölkerung und dem daraus abgeleiteten Versorgungsbedarf.
- Gesundheitssystemforschung als Analyse der Verzahnung von Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie, Rehabilitation und Pflege und den daraus abgeleiteten Modellen der Steuerung, Organisation und Finanzierung zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Gesundheitssystems.

2.2.6 Zusammenfassung

Die vorgestellten Modelle zur Erklärung von Gesundheit und Krankheit versuchen eine geordnete theoretische Begründung für die Entstehung und Entwicklung von Gesundheit bzw. Krankheit zu erreichen. Insgesamt kann auf eine Reihe verschiedener Modellvorstellungen zurück gegriffen werden. Sie beschreiben Teilaspekte einer generellen Konzeption von Gesundheit. Gesundheit, so zeigt sich, ist ein vielschichtiger ambivalenter Begriff, für den auch Gesundheitsexperten keine verbindliche Definition anbieten können. Sie ist nicht einfach als eine soziale Kategorie zu erfassen; Gesundheit steht immer in

einem lebensweltlichen, biografischen, sozialen, gesellschaftlich-historischen Kontext. Sie ist kein Wert an sich, sondern wird je nach gesellschaftlicher Lage und historischer Epoche unterschiedlich verstanden. Gesundheit wie auch Krankheit sind als Elemente zu verstehen, die Leben gestalten. Gleichwohl sind sie Aufgabe jedes einzelnen Individuums und der ganzen Gesellschaft.

Bei den vorgestellten sozialwissenschaftlichen Theorien zur Entstehung von Gesundheit und Krankheit steht eine interdisziplinäre Sichtweise im Vordergrund. Sie lassen zugleich erkennen, an welchen Faktorenkomplexen Gesundheitsförderung und Prävention ansetzen müssen, um das gesundheitsrelevante Verhalten, die entscheidenden Umweltbedingungen und die Strukturen des Gesundheitssystems zu beeinflussen.

Eine Herausforderung wissenschaftliche Forschung besteht nun darin, sich nicht mit einer holistischen Gesundheitstheorie zufrieden zu geben, sondern ausgehend von einem ganzheitlichen Begriff von Gesundheit einzelne Aspekte in ihrer wechselseitigen Beziehung und im Zusammenhang zu untersuchen.

2.3 Subjektive Gesundheitsvorstellungen: Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis

„Wissenschaft basierte früher auf dem Alltagsverstand und machte den Verstand weniger alltäglich. Heute ist Alltagsverstand veralltäglichte Wissenschaft.“

(Moscovici 1984, S. 29, zitiert nach Flick 1998) S.7)

Schon immer hat Alltagswissen verschiedene Wissenschaften in ihrer Geschichte beschäftigt. Die Sozialwissenschaftler haben in den fünfziger Jahren die triviale Tatsache, dass auch der Alltagsmensch über mehr oder minder ausgeprägte Konzeptsysteme verfügt und diese auch in seinem alltäglichen Lebensvollzügen einsetzt, explizit als Ausgangspunkt für ihre Forschung eingesetzt (siehe Heider 1958, Kelly 1955, Schütz 1953/54). Die Übergänge von Alltagsvorstellungen über Gesundheit und Krankheit zu wissenschaftlichen Theorien sind fließend. Wissenschaftliche Theorien und Alltagsvorstellungen beeinflussen sich

wechselseitig (Trojan u. Legewie 2001). Fragen, die sich mit alltäglichen Wissensbeständen zum Thema Gesundheit und Krankheit beschäftigen, gewinnen in der Gesundheitsforschung, -wissenschaft und -praxis heute zunehmend an Bedeutung. Eine zentrale Fragestellung lautet: „Welche alltäglichen Wissensbestände zum Thema Gesundheit und Krankheit finden sich neben den wissenschaftlichen Wissensbeständen, werden von diesen verdrängt, ersetzt oder auch erst im Kontakt mit ihnen herausgebildet?“ (Flick 1991, S.9).

Unabhängig von theoretischen Orientierungen gehen die verschiedenen Ansätze von der Annahme aus, dass der Mensch versucht, seine Umwelt kognitiv zu erfassen, Zusammenhänge zu erklären, um daraus Handlungskonsequenzen und Verhaltensvorhersagen abzuleiten. Wissensbestände und Verknüpfungsannahmen sind demnach zentrale Elemente. In der Literatur werden die Begriffe Alltagswissen, Laienvorstellungen bzw. Laintheorien, naive Theorien, subjektive Theorien, subjektive Konzepte oder auch subjektive Vorstellungen und subjektive Repräsentationen verwendet, um das Gesundheitsgeschehen aus der Sicht der Individuen zu analysieren.

Subjektive Vorstellungen von Gesundheit werden heute als Sammelbegriff verwendet, um die Gesamtheit aller Einzelrepräsentationen zu Gesundheit und deren Verknüpfungen zu bezeichnen (Bengel & Beltz Merk 1997, Faltermaier u. Bengel 2000). Sie umschreiben die Gesamtheit von Vorstellungen und Überzeugungen, die Laien im alltäglichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit entwickeln und die für sie handlungsleitend sind. Diese Vorstellungen werden durch persönliche Erfahrungen, Wissensaneignung und Kommunikation erworben und besitzen subjektiven Bedeutungsgehalt. Alltagswissen von Laien wird in Abgrenzung zu spezialisiertem Wissen von Experten gesehen und kann sowohl im Einklang als auch im Kontrast zu wissenschaftlichen Theorien stehen. Keinesfalls ist es jedoch als defizitär zu betrachten. Subjektive Vorstellungen werden seit längerer Zeit bei Laien im Alltag und bei Patienten untersucht. Dabei werden zum einen Inhalte solcher Vorstellungen analysiert. Eine andere Fragestellung beschäftigt sich damit, inwieweit sich diese Vorstellungen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterscheiden. Ein weiteres Forschungsinteresse bezieht sich darauf, ob das, was Laien über Gesundheit und Krankheit denken, dasselbe ist und woran sich Professionelle in der Praxis orientieren (Flick 2003). Solche Vorstellungen sind wichtig bei der Einschätzung, ob sich jemand selbst oder auch

jemand anderen für gesund hält. Daraus ergeben sich wiederum Folgen für den Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Die Untersuchung von Gesundheitsvorstellung bei Professionellen im Gesundheitswesen (Fischer 2003) ist ein relativ neuer Themenbereich.

2.3.1 Subjektive Vorstellungen und Konzepte von Gesundheit: Ein Forschungsüberblick

Ethnologische Studien

Die Ethnologie, hier insbesondere ihre im angloamerikanischen Bereich entstandene Teildisziplin „Medical Anthropology“ bzw. die „Ethnomedizin“ im deutschsprachigen Raum beschäftigte sich als erste sozialwissenschaftliche Disziplin mit subjektiven Vorstellungen und Konzepten von Gesundheit und Krankheit. Das Forschungsinteresse konzentrierte sich zunächst auf die Untersuchung der materiellen Kultur, den Bereich religiöser Vorstellungen und magischer Techniken in primitiven Kulturen. Dabei hat sich die Ethnologie stets bemüht, eine gegenstandsbezogene Methodik zu realisieren, die sich an die Sprache und den Lebensbedingungen der fremden Kultur orientierte. In den Arbeiten von Rivers (1924) und Evans-Pritchard (1937) finden sich erste Hinweise auf ätiologische Vorstellungen von Krankheit. Die Forschungsergebnisse aus dieser Zeit haben bis heute noch Gültigkeit und beinhalten vor allem folgende Erkenntnisse: Krankheiten, so wurde bereits damals deutlich, sind eng verflochten mit der jeweiligen Kultur und durch diese geprägt. Verhalten ist immer mit verborgenen Vorstellungen und Überzeugungen verwoben, die ihrerseits in Verbindung stehen mit der Weltsicht eines Menschen. Die Ethnologie hat vor dem Hintergrund kulturspezifischer Klassifikationsmuster das Erleben und Verständnis von Gesundheit und Krankheit untersucht. Insgesamt haben die Studien der Medical Anthropologie und der Ethnomedizin zu einem frühen Zeitpunkt dafür sensibilisiert, Reaktionen des Menschen auf Gesundheitsbedrohungen nur im Zusammenhang mit ihrem jeweiligen Lebenskontext und nicht als Einzelreaktionen zu verstehen sind. Feldforschungen bei nichtwestlichen Kulturen vermitteln einen Einblick in die vielseitigen und

variantenreichen Bedeutungen, die mit Gesundheit und Krankheit verknüpft sein können.

Soziologische und psychologische Studien

Soziologische Studien zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen gehen von der Theorie der sozialen Repräsentationen und vergleichbaren wissenssoziologischen Ansätzen aus. Die Idee sozialer Repräsentationen verbindet sich mit dem Namen des französischen Soziologen Durkheim (1898); er unterscheidet bereits zwischen individuellen und sozialen Repräsentationen. Ein erster Vertreter subjektiver Vorstellungen als Thema der Soziologie ist Alfred Schütz (1971). Er geht von der Prämisse aus, dass das gesamte Wissen von der Welt, – im wissenschaftlichen und im alltäglichen Denken, – Konstruktionen enthält, einen Verbund von Abstraktionen, Generalisierungen, Formalisierungen und Idealisierungen.

Moscovici (1961) hat den Begriff in die französische Sozialpsychologie und Psychoanalyse eingeführt. Soziale Repräsentationen sind demnach in einem sozialen Kontext erzeugte und geteilte Erkenntnisse (in diesem Fall über Gesundheit und Krankheit). Sie beschreiben die symbolischen Strukturen oder kognitiv-emotionalen „Landkarten“, in denen soziale Gruppen Ausschnitte aus der Realität oder Phänomene (wie Gesundheit und Krankheit) konzeptualisieren. Die französische Sozialpsychologin Herzlich (1973) hat eine bis heute sehr richtungsweisende Untersuchung zur sozialen Repräsentation von Gesundheit und Krankheit durchgeführt. (Auf ihre Forschungsarbeiten wird im Abschnitt „Dimensionen von Gesundheitsvorstellungen“ ausführlicher eingegangen.) Die Studie Herzlichs gilt als einer der bedeutendsten Beiträge zur Erforschung des subjektiven Verständnisses von Gesundheit. Sie macht deutlich, dass Gesundheit und Krankheit stets als ein Modus der Interpretation der Gesellschaft durch das Individuum und als ein Modus der Beziehung des Individuums durch diese Gesellschaft erscheinen. Die Ergebnisse ihrer Studie konnten durch neuere qualitative und quantitative Untersuchungen in Deutschland, England und Frankreich bestätigt und erweitert werden.

Die Psychologie hat sich im Vergleich zur Ethnologie und Soziologie erst später mit subjektiven Theorien befasst. Angeregt vor allem durch die „naive

Verhaltenstheorie“ von Uwe Laucken (1974) hat es sowohl im deutschsprachigen als auch im anglo-amerikanischen Raum, unter den verschiedensten Bezeichnungen, intensive Forschungsaktivitäten in diesem Bereich gegeben. In relativ konstanter Übereinstimmung beschreiben die Forschungsergebnisse das Individuum als eine verantwortlich handelnde, autonome Person, die durch ihr zielgerichtetes Handeln den Handlungsspielraum aktiv-kognitiv strukturiert und dabei auf erworbene Wissensbestände zurückgreift (Dann 1991). Forschungsarbeiten zu subjektiven psychologischen Theorien stammen u.a. aus den Bereichen der Selbstwahrnehmung, der Eindrucksbildung, der Entwicklungspsychologie und der Pädagogischen Psychologie.

Funktionen subjektiver Theorien

Das Forschungsprogramm subjektive Theorien erhebt die innere Struktur und Hintergründe des Handelns zum Forschungsgegenstand. Die Analyse der Inhalte, Strukturen und Funktionen der subjektiven Theorien wird als grundlegende Aufgabe dieses Forschungsprogramms gesehen (Filipp, Aymanns 1997). Subjektive Theorien werden als Wissenssysteme aufgefasst. Sie stellen mehr oder weniger überdauernde kognitive Strukturen eines Individuums dar, die durch Erfahrungen und Wissen verändert werden können. Sie enthalten vor allem eine implizite Argumentationsstruktur, die dem Individuum Schlussfolgerungen ermöglicht. Als zentrale Bestandteile subjektiver Theorien beschreibt Dann (1983) Orientierungsgewissheit, Rechtfertigung und Selbstwertstabilisierung.

Auch die Erforschung des Wohlbefindens geht von ähnlichen theoretischen Annahmen aus (Becker 1991). Subjektive Theorien lassen sich aufgrund ihrer Funktionsbestimmung nur begrenzt mit wissenschaftlichen Theorien gleichsetzen. Sie erfordern auch einen anderen Bewertungsmaßstab.

Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit stellen eine weitergehende Form von Gesundheitsvorstellungen da. Sie beziehen sich vor allem auf kausale Vorstellungen darüber, wie spezifische Krankheiten entstehen und wie die eigene Gesundheit bewusst beeinflusst werden kann (Faltermaier 2003). Subjektive Theorien von Gesundheit sind im Gegensatz zu subjektiven Theorien von Krankheiten (z.B. AIDS, Krebs etc.) deutlich weniger erforscht. Bei der

empirischen Rekonstruktion der Gesundheitstheorien stellt Faltermaier folgende vier Typen heraus:

- Risikotheorien von Gesundheit
- Ressourcentheorien von Gesundheit
- Ausgleichstheorien von Gesundheit
- Schicksalstheorien von Gesundheit

Dimensionen in Gesundheitsvorstellungen

Die empirischen Studien zur Erforschung subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit stehen in der Tradition der klassischen Studie von Herzlich (1973). Sie hat in den 60er Jahren mit Personen unterschiedlichsten Bildungsgrades und Alters Intensiv-Interviews durchgeführt. Es sollten die subjektiven Konzepte von Gesundheit und Krankheit, ihre wechselseitigen Beziehungen, die Vorstellungen zu Ursachen von Krankheit und Gesundheit sowie die Bezüge zu Normen und Verhaltensweisen untersucht werden. Auf inhaltsanalytischem Wege hat Herzlich versucht, soziale Repräsentanten zu rekonstruieren. Sie gelangte dabei zu facettenreichen Interpretationen, die insgesamt belegen, dass Laien Gesundheit und Krankheit zwar als verschiedene Zustände wahrnehmen. Diese sind jedoch keine klar definierten Einheiten, sondern komplexe, mehrschichtige Konzepte, die zudem keine sich einander ausschließende Kategorien sind; vielmehr kann eine Person eine Krankheit haben und sich dennoch gesund fühlen, gleichwohl kann sie gesund sein und sich dennoch krank fühlen. Viele Menschen, so zeigten die Studien weiter, konnten sich nicht eindeutig als gesund oder krank bezeichnen, sondern ordneten sich in einem Zwischenstadium („intermediate state“) ein. Gesundheit und Krankheit wurden vielmehr als ein Kontinuum gesehen. Eine Vorstellung also, die starke Ähnlichkeit zu einem wissenschaftlichen Gesundheitsmodell wie dem der Salutogenese von Antonovsky aufweist.

Herzlich (1973) ordnet die Vielfalt der Laienvorstellungen auf drei Dimensionen:

Abb. 1: Laienvorstellungen von Gesundheit- drei Dimensionen

(nach Herzlich 1973, Übersetzung von Faltermaier 1994 , S. 105)

	<i>Gesundheit als Vakuum</i>	<i>Reservoir an Gesundheit</i>	<i>Gesundheit als Gleichgewicht</i>
Inhalt	Sein ein positiv bestimmter Inhalt fehlt	Haben Robustheit und Stärke Widerstandspotential gegenüber äußeren Einflüssen	Tun - körperliches Wohlbefinden - gute Stimmung - Aktivität - gute Beziehungen zu anderen
Beziehung zur Person	unpersönliche Tatsache alles oder nichts	- persönliches Merkmal - messbar, stabil, veränderbar - sekundär bewusst	- persönliche Norm - alles oder nichts - unmittelbar bewusst
Beziehungen zu anderen Formen		Grundlage von Gesundheit als Gleichgewicht	basiert auf Reservoir an Gesundheit
Beziehung zur Krankheit	wird durch Krankheit zerstört	Widerstand gegen Krankheit	Störungen werden assimiliert

Nach heutigem Kenntnisstand zu subjektiven Vorstellungen ist davon auszugehen, dass Gesundheit in der Laienbevölkerung als komplexes und mehrdimensionales Konstrukt wahrgenommen wird. Als Synopse aus den vorliegenden Forschungsergebnissen hebt Faltermaier (1998) folgende Dimensionen hervor:

- Gesundheit als „Vakuum“ (Herzlich). Sie kann nur über ihr Gegenteil bestimmt werden, nämlich als Abwesenheit von Krankheit.
- Gesundheit bedeutet Leistungsfähigkeit oder „funktionale Fitness“ für die Erfüllung zentraler Aufgaben (Arbeit) und Rollen im Alltagsleben.
- Gesundheit wird als Reservoir oder Potenzial wahrgenommen und bedeutet eine meist körperlich verstandene Stärke und Energie.
- Gesundheit bedeutet psychisches Wohlbefinden im Sinne einer psychischen Ausgeglichenheit (innerer Ruhe) und einer positiven Stimmung (Zufriedenheit und Lebensfreude).

Flick (2003) benennt aus den Ergebnissen der vorliegenden Analysen zusammenfassend folgende Dimensionen: Gesundheit als

- Störungs- und Belastungsfreiheit
- Funktionalität

- Voraussetzung für Flexibilität und Anpassung
- Energie- und Widerstandsreservoir zur Bewältigung von Belastungen
- Wohlbefinden und (seelisches Gleichgewicht)

Altersspezifik von Gesundheitsvorstellungen

Ende der 70er Jahre gab es in kinderpsychologischen Forschungen vermehrt Untersuchungen, die die Entwicklung des Gesundheits- und Krankheitskonzeptes thematisieren. Mittlerweile liegen Übersichtsarbeiten zu diesem Forschungsbereich vor, die, ausgehend von verschiedenen Altersstufen, den aktuellen Forschungsstand zu Gesundheitsvorstellungen bei Kindern und Jugendlichen darstellen (Lohaus 1990, Seiffge-Krenke 1994 Bengel, Bucherer, Strittmatter & Bugge 1995). Die Ergebnisse machen deutlich, dass bereits bei Kindern und Jugendlichen Gesundheit und Krankheit eigenständige Konzepte sind, die sich in der Auseinandersetzung mit sozialen und kulturellen Einflüssen entwickeln. Kontrollüberzeugungen, sportliche Aktivität, Geschlecht, Selbstachtung und Gesundheitsvorstellungen der Eltern werden als weitere Einflussfaktoren benannt.

Schmidt und Föhling (1998) haben Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen von Kindern und Jugendlichen der Altersgruppen 5, 8, 12 und 16 untersucht. Wie ihre Ergebnisse zeigen, wird Gesundheit schon relativ früh auch positiv definiert und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit beschrieben. Bei der Definition und den Ursachen von Krankheiten dominiert ein medizinisches Modell, allerdings werden zusätzlich bestimmte Lebensgewohnheiten, vor allem Ernährung, Sport und Bewegung angeführt. Spätestens ab dem 12. Lebensjahr bestehen differenziert ausgebildete Vorstellungen hinsichtlich der meisten Aspekte von Gesundheit und Krankheit. Krebs und Aids werden als schlimmste Krankheiten wahrgenommen.

Kolip (1994, 1998) befragte mit Hilfe eines umfangreichen Fragebogens Jugendliche im Alter zwischen 12 und 16 Jahren zu körperlichen und psychosomatischen Beschwerden, zu emotionalen Befindlichkeitsbeeinträchtigungen und zum Ausmaß gesundheitsrelevanten Verhaltens. Die Ergebnisse machen folgendes deutlich: Das subjektive Wohlbefinden ist die

zentralste Komponente. Geschlechtsunterschiede zeigen sich sowohl bei den inhaltlichen Akzentuierungen – Mädchen nennen das subjektive Wohlbefinden häufiger als Jungen – als auch bei Gesundheitsdefinitionen, die bei den Mädchen mehrdimensional sind. Zusammenhänge zwischen subjektiven Gesundheitsdefinitionen und gesundheitsrelevantem Verhalten sind zwar vorhanden, allerdings nicht sehr deutlich ausgeprägt. Insgesamt stützen die Ergebnisse die erhobene Forderung, bei der Planung gesundheitsbezogener Maßnahmen die subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit zu berücksichtigen.

Den Gesundheitskonzepten Jugendlicher mit und ohne Behinderung gilt das Forschungsinteresse von Iris Schulte (1998). In einer schriftlichen Befragung hat sie verschiedene Aspekte der Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit von Jungen und Mädchen mit und ohne Behinderung (13-19 Jahre) erfasst und den Zusammenhang verschiedener Komponenten untereinander überprüft. Thematisiert wurden dabei u.a. die subjektive Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes, den Stellenwert von Gesundheit, die Krankheitserfahrungen und die Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit. Wie sich herausstellte, unterscheiden sich die Gesundheitskonzepte jugendlicher Jungen und Mädchen kaum aufgrund der Behinderung. Jugendliche mit unterschiedlicher Lebenserfahrungen, die unter verschiedenen Lebensbedingungen leben, kommen zu ähnlichen Gesundheitskonzepten. Auch konnte aufgrund der Sichtbarkeit der Schädigung kein Unterschied nachgewiesen werden, sodass möglicherweise die subjektive Einschätzung für die Gesundheitskonzepte Jugendlicher bedeutsamer ist als die Reaktionen der Umwelt. Krankheitserfahrungen haben nach Erkenntnis dieser Studie einen minimalen Einfluss auf die Gesundheitskonzepte Jugendlicher und führen nicht zwangsläufig zu einer negativen Beurteilung des Gesundheitszustandes. Diese Qualität der Jugendlichen, sich unter unterschiedlichsten Lebensbedingungen subjektiv gesund zu fühlen, bietet nach Ansicht Schultes Ansatzpunkte für die Praxis der Gesundheitserziehung. Je mehr Möglichkeiten bekannt sind, Gesundheit (subjektiv) zu erleben, zu erhalten und zu unterstützen, desto eher können individuelle Lösungen entwickelt werden, um sich subjektiv gesund zu fühlen.

Die Ergebnisse der Studie von Frank, Belz-Merk, Bengel und Strittmatter (1998) zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen gesunder Erwachsener zwischen 30 und 55 Jahren bestätigen ein multidimensionales und bio-psychosoziales Gesundheitsverständnis. Die Komplexität der subjektiven Gesundheitsdefinitionen und des Gesundheitserlebens kann mit Hilfe der Dimensionen Bezugssystem, Befindlichkeit und Zuständigkeit beschrieben werden. Gesundheit wird von den Befragten stets im Zusammenhang mit aktuell wichtigen Lebensbereichen und weniger als isoliertes Lebensziel gesehen.

D'Houtaund & Field (1984) befragten im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung 400 erwachsene Teilnehmer nach deren Gesundheitsdefinition. Sie gelangten zu einer sehr differenzierten Klassifikation, die sie zu folgenden zehn Oberkategorien gruppierten: Hedonistische Lebensform, Gleichgewicht, Körperbezug, Vitalität, psychisches Wohlbefinden, Gesundheitshygiene, Gesundheit als Wert, Prävention, physische Funktionsfähigkeit und Abwesenheit von Krankheit.

Geschlechtsspezifik von Gesundheitsvorstellungen

Alexa Franke (1989) hat auf der Basis ausführlicher Interviews folgende gesundheitsrelevante Bezugsdimensionen von Frauen herausgestellt: Leistungsfähigkeit, Rollenerfüllung innerhalb der Erwerbs- und Familienarbeit, subjektiv empfundene Beschwerdefreiheit und habituelles Wohlbefinden. Die befragten Frauen sahen Gesundheit weniger als „höchstes Gut“ als viel mehr pragmatisch im Sinne einer grundlegenden Voraussetzung, um private und berufliche Lebensperspektiven zu realisieren.

Nach den Untersuchungen von Kleese et. al. (1992), die sich innerhalb ihres Forschungsprojektes mit „Gesundheitshandeln und Lebensweisen von Frauen aus unteren und mittleren sozialen Schichten“ beschäftigt haben, ist Wohlbefinden eine zentrale Kategorie zur Bestimmung des Gesundheitsbegriffes von Frauen. Der Begriff findet sich bei allen der befragten Altersgruppen, allerdings in unterschiedlicher Einbettung. Sieben Elemente eines expliziten Gesundheitsbegriffes konnten aus den Interviews extrahiert werden: Risikoverhalten (Ernährung, Sport), körperliches und seelisches Gleichgewicht, keine Krankheit oder Schmerzen, positive Lebenseinstellung, Sozialgefüge,

Familie und Arbeit. Zudem thematisierten die Probandinnen häufiger Leistungsfähigkeit, ohne diese jedoch als zentrales Thema zu benennen. In den offengelegten frauenspezifischen Alltagsstrategien und Alltagsdimensionen wird die Vielfalt des Gesundheitsverständnisses von Frauen deutlich.

Schulze und Welters (1998) haben eine Fragebogenuntersuchung bei Männern und Frauen durchgeführt – zur Hälfte im Alter von 20-29 Jahren, zur Hälfte im Alter von 60-69 Jahren – und detaillierte Ergebnisse zu geschlechts- und altersspezifischen Besonderheiten im Gesundheitsverständnis und in der subjektiven Wahrnehmung von Einflüssen auf die eigene Gesundheit herausgearbeitet. Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich in den Bereichen Körper, Psyche und Soziales. Darüber hinaus gibt es auch noch andere Gesundheitsdimensionen: In den Gesundheitskonzepten der jungen Frauen ist Wohlbefinden der wichtigste Indikator, gefolgt von Zufriedenheit und Körperlichkeit. Bei den jungen Männern ist Körperlichkeit das entscheidendste Kriterium, erst an zweiter Stelle folgt Wohlbefinden. Alle Gruppen erlebten „Soziales“ als stärkste Belastung; junge Frauen stehen an der Spitze der Nennungen. Im Belastungsumfang liegt der größte Unterschied zwischen jungen und älteren Männern, wobei ältere Männer deutlich öfter als jüngere eine Lösung durch soziale Strategien anstreben.

Kuhlmann (1996) geht in einer Studie mit Professorinnen und Professoren der Frage nach, welche Bedeutung berufliche und geschlechtsspezifische Erfahrungen für das subjektive Gesundheitsverständnis und das präventive Handeln haben. Es zeigen sich positive und mehrdimensionale Vorstellungen von Gesundheit, die stark durch berufliche Erfahrungen und Arbeitsbedingungen strukturiert sind. Der Geschlechtervergleich ist durch Gemeinsamkeiten charakterisiert. Allerdings entfällt der in anderen Studien nachgewiesene Geschlechtsunterschied nicht einfach, sondern er erhält vielmehr neue Deutungen.

Kulturspezifik von Gesundheitsvorstellungen

Kulturelle Modelle von Gesundheit gehen von der Grundannahme aus, dass Vorstellungen über Gesundheit innerhalb einer Kultur einen gemeinsamen Kern haben, der in seiner Grundstruktur für alle Mitglieder zutreffend ist. Zugleich wird

impliziert, dass in Kulturen Vorstellungen von Gesundheit unterschiedlich strukturiert und in ihren Inhalten verschieden gestaltet sind.

D'Andrade (1976) hat mit seiner Untersuchung einen ersten Versuch unternommen, ein kulturelles Modell davon zu konstruieren, was Amerikaner über Krankheit denken. Dieses bezieht sich allerdings nicht explizit auf Gesundheitsbegriffe.

In einer internationalen Studie vergleicht Schaefer (1992) Gesundheitsvorstellungen von Jugendlichen im Alter zwischen 15-25 Jahren in verschiedenen Kulturen. Dabei zeigte sich, dass in den meisten Ländern ein statischer Gesundheitsbegriff dominierend ist und Negativdefinitionen von Gesundheit (als Fehlen von Krankheit) gewählt werden. Bei jungen Erwachsenen und Jugendlichen in Deutschland überwiegt ein stark negativer und überwiegend partieller Gesundheitsbegriff. Zwischen den Gesundheitsbegriffen der verschiedenen Kulturen lassen sich deutliche Unterschiede feststellen.

Spezifik von Gesundheitsvorstellungen bei Patienten und Angehörigen

In einer kombinierten Fragebogen- und Interviewstudie beschäftigt sich Ulrike Frank (2000) mit subjektiven Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsförderlichen Lebensstilen von Herzinfarktpatientinnen und -patienten. Ebenso wie Gesunde, haben Patienten nach einem Herzinfarkt differenzierte Vorstellungen bezüglich positiver und negativer Einflüsse auf ihre Gesundheit. Sie verfügen über mehrdimensionale, zumeist positiv formulierte Gesundheitsdefinitionen. Für Personen mit einem ausgeprägteren gesundheitsbezogenen Verhalten sind persönlicher Lebensstil und soziale Unterstützung relevante Einflussfaktoren auf die eigene Gesundheit.

Faller, Gößler und Lang (1998) beschreiben Gesundheitsvorstellungen bei Psychotherapiepatienten. Ausgehend von der Annahme, dass Vorstellungen über seelische Gesundheit in den Therapiezielen beim Erstgespräch zum Ausdruck kommen, werden die Gesundheitsvorstellungen rekonstruiert und analysiert. Seelische Gesundheit ist demnach eine Erweiterung der eigenen Erlebens-, Verhaltens- und Erkenntnismöglichkeiten im Sinne von Selbstakzeptanz, Lebenszufriedenheit und besserem Selbstverständnis. Sie dient nicht allein der

Milderung von Beschwerden. Gesundheitsvorstellungen der Patienten sollten deshalb als Zielkriterien in die Psychotherapieforschung mit einbezogen werden. Alltagskonzepte von Angehörigen psychisch Kranker stehen im Mittelpunkt der Untersuchung von Anke Buchholtz (1998). Anhand ausgewählter Kategorien und im Bezug auf Vorstellungen über die Entstehung, Symptomatik und Behandlungsformen psychischer Erkrankungen werden die subjektiven Theorien der Angehörigen interpretiert.

In einer repräsentativen Untersuchung (4350 Fälle im Rahmen einer ZUMA-Allbus- Befragung) analysierten Lettke et. al. (1999) Gesundheitsvorstellungen und Krankheitsbilder. Sie erfragten u.a. die Zustimmung zu vier Gesundheitsdefinitionen: Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, als Instrument, als Stärke und als Gleichgewicht. Wie deutlich wurde, variiert die Zustimmung mit dem Bildungsgrad der Befragten. Die Untersuchungsergebnisse bestätigen insgesamt die Annahme, dass der individuelle Stellenwert von Gesundheit und die jeweilige Gesundheitsdefinition sowohl die Beschaffung von Gesundheitsinformationen als auch den Umfang und die Art des Kontaktes zum Gesundheitssystem beeinflussen.

Untersuchungen zu Gesundheitsvorstellungen von Professionellen aus dem Gesundheitswesen

Bei einer vergleichenden Untersuchung zur Analyse von Gemeinsamkeiten und Unterschieden von Gesundheitsvorstellungen im Bezug auf die Merkmale Berufsgruppe (Krankenpfleger – Verwaltungsangestellte), Geschlecht und biografische Herkunft (Ostdeutschland – Westdeutschland) zeigen Flick und Niewiarra (1994), dass Pflegekräfte auf der Dimension „Bewusster Umgang versus Verdrängung“ sich in ihrem Antwortverhalten tendenziell häufiger zum Pol „bewusster Umgang“ orientieren, während die „Verdrängung“ in der Auseinandersetzung mit Gesundheit bei Verwaltungsangestellten aus Ostdeutschland deutlich ausgeprägter ist.

Morant (1998) untersuchte die Vorstellungen über psychische Krankheit bei verschiedenen Berufsgruppen in England und Frankreich. Er stellte fünf verschiedene Dimensionen heraus: Psychische Krankheit wird beschrieben als

„Neurose“, „Psychose“, „Notlage“, „Anderssein“ und „Zersetzung“. Morant unterscheidet nicht nach verschiedenen Berufsgruppen, auch nennt er keine Dimensionen der psychischen Gesundheit.

Gesundheits- und Alterskonzepte von Ärzten und Pflegekräften in der ambulanten Versorgung älterer Menschen stehen im Mittelpunkt des angelaufenen Forschungsprojektes GAP (Gesundheits- und Alterskonzepte Professioneller in der ambulanten Versorgung älterer Menschen (Walter, Flick & Schwarz 2000, Fischer, Flick, Neuber, Schwarz, Waller 2003). Die Untersuchungsergebnisse sollen Hinweise darauf geben, ob und in welcher Weise subjektive Gesundheits- und Altersbilder das berufliche Handeln von Ärzten und Pflegekräften beeinflussen. Dabei geht es auch um die Frage, inwieweit Wissensbestände, die aus den Diskussionen um die WHO Definition sowie der Entwicklungen um Public Health resultieren, in die Denkweise der untersuchten Ärzte und der Pflegekräfte eingegangen sind. Über solche Analysen lassen sich Indikatoren identifizieren, die etwas aussagen über beginnende oder vollzogene Innovationsprozesse durch New Public Health (Flick 2002).

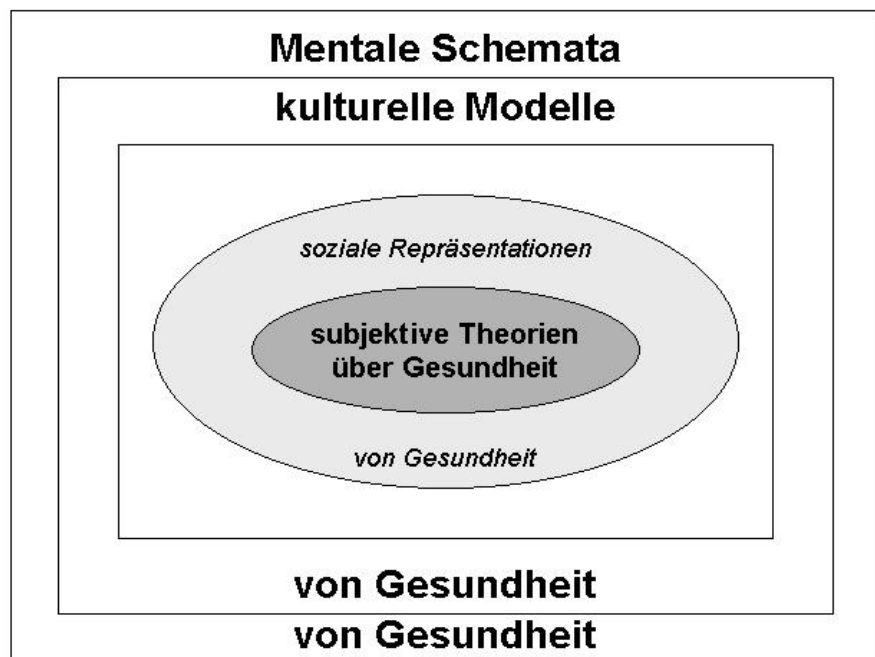
Integration der verschiedenen Forschungsansätze

Die verschiedenen Forschungsansätze und Modelle zu Gesundheitsvorstellungen lassen sich in folgender Weise integrieren (Flick 1997):

- Mentale Schemata streben ein Modell universeller Gültigkeit an und enthalten Aussagen über den allgemeinen Kern von Gesundheitsvorstellungen jenseits verschiedener Kontexte.
- Kulturelle Modelle bilden den Rahmen ab, was in der jeweiligen Gesellschaft oder Kultur über Gesundheit gedacht und gesprochen wird.
- Soziale Repräsentationen erklären soziale Unterschiede im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Sie können beispielsweise die Frage beantworten, warum Programme zur Gesundheitsförderung in bestimmten sozialen Kontexten und für spezifische Personengruppen funktionieren oder scheitern.

- Subjektive Theorien von Gesundheit bilden die Ebene, auf der sich Individuen mit Gesundheit auseinandersetzen: Es geht darum, was Menschen über ihre Gesundheit denken und wissen. Nur so können sie ihre gesundheitsbezogenes Verhalten beeinflussen.

Abb. 2: Integration der Ansätze zu Gesundheitsvorstellungen
(nach Flick 1997, S.198)



2.3.2 Gesundheitsverhalten und Gesundheitshandeln

Gesundheitsverhalten wird zumeist in einem präventiven Sinne verstanden. Kasl / Cobb (1966) bezeichnen in ihren Arbeiten Gesundheitsverhalten als „any activity undertaken by a person believing himself to be healthy, of the purpose of preventing disease or detecting it in an asymptomatic stage“ (p. 246). Sie beschränken Gesundheitsverhalten damit auf Verhaltensweisen, wie beispielsweise die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen etc.. In amerikanischen Untersuchungen findet sich generell ein enger Bezug zwischen Gesundheitsverhalten und professionellem Gesundheitssystem.

Becker (1992) versteht unter habituellem Gesundheitsverhalten alle mehr oder weniger regelmäßig ergriffenen Maßnahmen einer Person, die darauf zielen, die Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Dazu zählen ein präventives Verhalten, Bewegung, Entspannung und Erholung sowie eine gesunde Ernährung. Nach Faltermaier (1991) geht es, entsprechend der etymologischen Bedeutung von Bewusstsein, gerade darum, „...dass Menschen sich wissend um die eigene Gesundheit zurechtfinden und ihr Gesundheitshandeln entsprechend ausrichten“ (S. 54). Er problematisiert den Begriff der subjektiven Theorie und präferiert den Begriff Gesundheitsbewusstsein. Motiviert durch sein Gesundheitsbewusstsein kann ein Mensch demnach aktiv seine Position im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum verändern. Gesundheitsbewusstsein ist nach Faltermaier „... ein komplexes Aggregat von subjektiven Vorstellungen von der eigenen Gesundheit, die kognitive, emotionale und motivationale Momente beinhalten, die sich auf das eigene Selbst (als Person, Körper) und das Verhältnis zur sozialen und materiellen Umwelt beziehen, die sich in ständiger biographischer Entwicklung befinden und sozial abgestimmt werden“ (Faltermaier 1994, S.163).

Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln verschiedener Berufsgruppen

In einer explorativen Studie hat Faltermaier (1994) das Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln in drei Kontrastgruppen untersucht (Personen aus Gesundheitsberufen, Arbeiter aus verschiedenen Arbeitsfeldern und „Engagierte“, d.h. Mitglieder von Selbsthilfe- und Initiativgruppen). Er bezieht Fragestellungen der Salutogenese mit ein und legt eine Rahmentheorie von Gesundheit vor. Sie enthält die Komponenten Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln: Für die Aufrechterhaltung der eigenen Gesundheit, als einem relativ bewussten Prozess der Gesunderhaltung, sind demnach personale und soziale Ressourcen sowie das subjektive Handeln bedeutsame Größen. Gesundheit kann, in Ergänzung zu Antonovskys Modell, auch aktiv und gezielt über motivierte Handlungen hergestellt werden und nicht nur reaktiv über die Bewältigung von Stressoren. Über ein solches Handeln ist somit eine direkte Einwirkung auf die Gesundheit möglich. Gesundheitshandeln bedarf sowohl einer Motivation zur

Gesunderhaltung als auch eines subjektiven Verständnisses von Gesundheit. In dieses Verständnis gehen u.a. die Vorstellungen ein, wie Gesundheit am besten zu erhalten ist. Gesundheitsförderliches Handeln wird durch ein positives Gesundheitsbewusstsein, als einem Teil des Kohärenzgefühls ermöglicht, und beruht auf bestimmten Lebenserfahrungen im Umgang mit Gesundheit, die das Gesundheitsbewusstsein in die eine oder andere Richtung lenken. Gesundheitsbewusstsein entsteht somit auf der Grundlage der persönlichen Auseinandersetzung mit Gesundheit, dem Umgang mit Gesundheitsereignissen und durch Sozialisation. Gesundheitsbewusstsein als Konstrukt lässt sich durch folgende Komponenten beschreiben und auch rekonstruieren:

- die subjektive Bedeutung von Gesundheit
- das subjektive Konzept von Gesundheit
- Körperbewusstsein als körperlicher Teil der Identität
- Wahrnehmung körperlicher Belastungen und Risiken
- Wahrnehmung gesundheitlicher Ressourcen
- Subjektives Konzept von Krankheit
- Soziale Abstimmung mit der Umwelt

Das Gesundheitsbewusstsein ist für Faltermaier Teil des Kohärenzgefühls. Ein positives Gesundheitsbewusstsein bildet die Grundlage für ist Gesundheitshandeln, verstanden als „... Handlungseinheiten, die für das Subjekt sinnvolle Schritte zum Erhalt seiner Gesundheit sind; sie stehen aber immer in einem Gesamtzusammenhang und können – wie widersprüchlich auch immer – als gesundheitliche Lebensweisen im Kontext der gesamten Lebenspraxis eines Menschen verstanden werden“ (ebd. S.174).

Komponenten für Gesundheitshandeln sind:

- Bewusstes Handeln für die eigene Gesundheit
- Umgang mit dem eigenen Körper und seinen Beschwerden
- Umgang mit bzw. die Bewältigung von Krankheiten
- Umgang mit Risiken und Belastungen
- Herstellung und Aktivierung von Ressourcen
- Soziale Gesundheitsselbsthilfe
- Veränderung der Lebensweise im Lebenslauf

Auf der Basis des Modells von Antonovsky beschreibt Faltermaier in den Konzepten „Gesundheitshandeln“ und „Gesundheitsbewusstsein“ einen Ausschnitt aus dem salutogenetischen Prozess. Die beiden theoretischen Konstrukte integrieren verschiedene Ebenen von Gesundheit: Sie stellen das Individuum in einen individuellen und sozialen Kontext und in ein Verhältnis zur gesellschaftlichen ökonomischen Umwelt. Dabei berücksichtigen sie kognitive, emotionale und körperliche Prozesse des Individuums und bringen diese in Verbindung mit der Handlungsebene. Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln sind immer im Lebenskontext eines Menschen zu sehen. Persönliche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen können eine Förderung von Gesundheit ermöglichen und/ oder behindern bzw. zuweilen auch verhindern.

Pohle (1994) entwickelt ausgehend von einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis einen alternativen Ansatz als Rahmenmodell. Ihr Modellansatz „Gesundheitsbewusstsein“ zeichnet sich dadurch aus, dass Verhalten und Handeln im Sinne gesundheitsbezogener Performanz einbezogen werden. „Gesundheitsbewusstsein“ meint hier die Einheit von Kompetenz (Kognition, Emotion, Konation), Performanz (Verhalten, Handeln) und deren spezifischer Struktur. Die kognitiven, affektiven und konativen Elemente machen als gesundheitsbezogene Kompetenz den mentalen Anteil von Gesundheitsbewusstsein aus. Sie umfassen das gesundheitsbezogene Wissen, die Wertstrukturen und die praktischen Fähigkeiten einer Person. Die Performanz hingegen bezeichnet die Aktion, das auf dieser Wissens- und Wertstruktur basierende tatsächliche Verhalten. Es impliziert eine ständig neue aktive Auseinandersetzung mit der Gesundheit im Sinne eigenverantwortlichen Handelns. Ausgehend von diesen Strukturmerkmalen werden fünf gesundheitspsychologische Grundorientierungen postuliert, die als Ansatzpunkt für die Konzeption zielgruppenspezifischer Maßnahmen mit den inhaltlichen Schwerpunkten Bewegung und Entspannung dienen können. Der Modellansatz, so lässt sich kritisch anmerken, weist eine starke Personorientierung auf, situative Einflussfaktoren finden hier kaum Berücksichtigung. Insgesamt betrachtet gibt das Rahmenmodell „Gesundheitsbewusstsein“ neue Impulse und kann als Bindeglied zwischen Theorie und Praxis im Sinne „technischer Hilfestellung“

Ansatzpunkte für die Planung und Gestaltung gezielter Maßnahmen der Gesundheitsförderung liefern.

2.3.3 Gesundheitsvorstellungen und ihre Bedeutung für die Gesundheitswissenschaften

Gesundheitsvorstellungen lassen sich in alltäglichen Handlungs- und Interaktionsbezügen sowie in verschiedenen Wissensbeständen identifizieren und untersuchen, darüber hinaus jedoch auch an bestimmten kulturellen Objekten und ihrer Bedeutung, beispielsweise dem Auftreten der Gesundheitswissenschaften als neuem Bestandteil der Wissenskultur. Die nachstehenden Ausführungen gehen der Frage nach, welche Bedeutung Gesundheitsvorstellungen für die Gesundheitswissenschaften haben können :

1. Wissenschaftliche Fundierung des Gesundheitsbegriffes

Die Erforschung von Gesundheitsvorstellungen, ob unter dem Aspekt subjektiver Theorien, der sozialen oder kulturellen Repräsentationen oder der mentalen Schemata von Gesundheit, ist ein Weg zur wissenschaftlichen Fundierung des Gesundheitsbegriffes, der von Alltagsbegriffen der Gesundheit ausgeht. Der auf diesem Wege entwickelbare wissenschaftliche Gesundheitsbegriff ist ein wesentlicher Beitrag der Theoriebildung in den Gesundheitswissenschaften. An dieser Stelle werden Beiträge zur Analyse von Inhalt, Funktion und Genese subjektiver Vorstellungen und Konzepte von Gesundheit relevant. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, subjektive Gesundheitskonzepte in ihrer inneren Struktur weiter zu klären: Welche Begriffe von Gesundheit verwenden Menschen? Verwenden sie gleichzeitig mehrere Begriffe von Gesundheit und welche Konsequenzen sind damit verbunden? Wie sind subjektive Gesundheitsvorstellungen mit anderen Gesundheitsvorstellungen z.B. Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit, Einflussfaktoren oder dem Gesundheitsbegriff im Bezug auf behinderte Menschen verbunden? Wie sind Gesundheitsvorstellungen in Vorstellungen über das eigene Selbst eingebunden? Wie sind Gesundheitsthemen subjektiv mit anderen

Entwicklungsthemen (z.B. der Sozialisation) verbunden? Viel zu wenig wissen wir über den Stellenwert von Gesundheitsvorstellungen auf das gesundheitsbezogene Handeln im Alltag sowie die Funktion subjektiver Gesundheitsvorstellungen im Kontext des beruflichen Handelns (beispielsweise in der Behindertenhilfe).

Die Forschung zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen ist vorwiegend an gesunden Personen orientiert (Faltermaier, Bengel 2000). Werden subjektive Vorstellungen einzelner Patientengruppen untersucht, so dominiert eine krankheitsorientierte Sichtweise, die sich vor allem mit den Vorstellungen über Krankheitsursachen, Krankheitsbewältigung und Behandlungserwartungen befasst. Sinnvoll und notwendig wäre es, Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen bei gesunden und kranken Menschen zu untersuchen. Hier haben auch Untersuchungen zu Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen behinderter Menschen ihren Platz.

Einen Beitrag zur Entwicklung eines wissenschaftlichen Gesundheitsbegriffes, der von Alltagsbegriffen der Gesundheit ausgeht, kann auch die Untersuchung von Unterschieden im Laien- und Expertenwissen leisten. Schließlich lassen sich Vorstellungen von Gesundheit auch an bestimmten kulturellen Gegenständen und ihrer Bedeutung untersuchen. So sind beispielsweise das Auftreten der Gesundheitswissenschaften als neuer Bestandteil der Wissenskultur oder auch der Wandel von der klassischen Großklinik (oder psychiatrischen „Anstalten“) zu gemeindenahen Wohnformen Indizien für sich wandelnde Gesundheitsvorstellungen, die eine beachtenswerte Rolle im Zusammenhang mit einer wissenschaftlichen Fundierung des Gesundheitsbegriffs spielen.

2. Ansatzpunkt für Interventionsangebote

Studien zu subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit im Sinne von Faltermaier (1994) gehen davon aus, dass explizite und implizite Gesundheitsvorstellungen handlungsleitende bzw. handlungssteuernde Funktion haben. Zentrales Kriterium für subjektive Bewertung ist daher die Funktionalität für bestimmte Handlungsfelder. Die Frage, ob eine Theorie

widerspruchsfrei ist bzw. sich empirisch verifizieren lässt, steht erst an zweiter Stelle. Wird ferner berücksichtigt, dass die Veränderung des Gesundheitsverhaltens- und handelns, als Ziel von Gesundheitsförderung und Prävention, vor allem dann gelingt, wenn sie das Lebensgefühl und die subjektive Denkweise der Menschen berücksichtigen und beeinflussen, so kann die Untersuchung von subjektiven Gesundheitsvorstellungen in zweifacher Hinsicht aufschlussreich sein (Flick 1997):

Zum einen können weitere Studien allgemeine Aufschlüsse über die Vielfalt und Variation von Vorstellungen geben. Diese sind eine wichtige Voraussetzung um abzuschätzen, in welchem Bereich möglicher Gesundheitsvorstellungen solche Angebote formuliert werden müssen und wie sie zugeschnitten sein sollten, damit sie ihre Adressaten tatsächlich erreichen. Zum anderen kann die Untersuchung von Gesundheitsvorstellungen bei spezifischen Personen und Gruppen (z.B. Menschen mit körperlicher, geistiger oder mehrfacher Behinderung) Hinweise geben, um für diese spezifische Angebote präventiver oder auch therapeutischer Art zu formulieren.

3. Transformation von Gesundheitsvorstellungen

Untersuchungen zu sozialen und kulturellen Unterschiedlichkeiten der Gesundheitsvorstellungen in der Tradition von Herzlich sind eine Möglichkeit, um lokal spezifizierte Analysen über die Besonderheiten von Gesundheitsbegriffen bestimmter Zielgruppen von Präventionsprogrammen vorzunehmen (Flick 1997). In der gesundheitswissenschaftlichen Perspektive könnte es stärker um Transformation solcher Vorstellungen durch unterschiedliche Interventionen gehen. So wäre beispielsweise zu untersuchen, inwieweit es über die Etablierung gesundheitswissenschaftlicher Programme gelungen ist, das Verständnis von Gesundheit in lokal spezifizierten Kontexten zu beeinflussen, nachdem über die Besonderheiten des Gesundheitsbegriffes zunächst die Ausgangsposition bestimmt wurde. Die Transformation von Gesundheitsvorstellungen ist somit ein entscheidender Indikator für die Evaluation von Gesundheitsförderung und für den Erfolg von Gesundheitswissenschaften insgesamt.

4. Etablierung von Selbsthilfegruppen

Ein konkretes Anwendungsfeld finden subjektive Gesundheitsvorstellungen auch bei der Etablierung von Selbsthilfegruppen. Innerhalb des letzten Jahrzehnts hat ihre Anzahl quantitativ erheblich zugenommen (Wanek, Schwab, Novak 1997). Ihre Funktion als „authentische Artikulation und als Vertretung von Konsumenteninteressen“ und als „Ergänzung der professionellen Versorgung“ können sie allerdings erst dann übernehmen, wenn die Gesundheitsvorstellungen (potentieller) Mitglieder bei der Gestaltung der Selbsthilfegruppe berücksichtigt werden. Über die Veränderung der Gesundheitsvorstellungen ihrer Mitglieder lassen sich dann wiederum auch Rückschlüsse auf die Effizienz von Selbsthilfegruppen ableiten.

5. Beitrag zur Stärkung personaler Kompetenzen

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und ihre persönlichen Kompetenzen zu stärken (WHO 1986). Entsprechend der WHO-Definition werden individuelle und soziale Ressourcen gleichermaßen betont. Um gesundheitsbezogenes Handeln zu modifizieren, muss zunächst einmal der Einzelne mit seinem subjektiven Wissen und seinen Erfahrungen ernst genommen werden. Nur so kann dieses Wissen schließlich im Hinblick auf ein angemesseneres Handeln erweitert und umgestaltet werden. Forschungen zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen sind von Bedeutung, weil sie dazu beitragen können, durch individuelle und durch strukturelle gesellschaftliche Anstrengungen Krankheiten zu verhindern und Gesundheit zu fördern.

6. Medium für verbessertes Qualitätsmanagement

In den letzten Jahren werden Patienten zunehmend als Klienten oder Kunden wahrgenommen. Gesundheitsrelevantes professionelles Handeln in den verschiedenen Gesundheitsberufen und auch ärztliches Handeln wird als Dienstleistung betrachtet und unterliegt, ähnlich wie andere Dienstleistungen, einer Bewertung hinsichtlich der Qualität. Die Berücksichtigung subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit

von Klienten ist ein zentraler Ansatzpunkt für die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten einer patientenorientierten Medizin sowie für Maßnahmen, die auf eine Erhöhung der Patientenzufriedenheit zielen (Flick 1998). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sind in diesem Sinne Medium für ein verbessertes Qualitätsmanagement.

7. Forschungsmethodische Anforderungen

Im Forschungsfeld subjektiver Gesundheitskonzepte stellen sich für die Gesundheitswissenschaften verschiedene forschungsmethodische Fragestellungen. Bei einem Blick auf die verwendeten methodischen Zugänge zeigt sich, dass qualitative Verfahren der Datenerhebung- und interpretation im Vordergrund stehen (Herzlich 1973, Faltermaier 1994 u.a.). Sie haben eine lange Tradition in den Sozialwissenschaften und werden allgemein als eine dem Gegenstand angemessene Methode erachtet. Allerdings finden sich auch zunehmend Beispiele für eine quantifizierende Ausrichtung der Forschung (Kolip 1994, Schmidt & Fröhling 1998). Eine wichtige Frage in diesem Zusammenhang ist, wie qualitative und quantitative Methoden sinnvoll kombiniert werden können (Faltermaier u. Bengel 2000).

8. Gesundheitsberatung

Gesundheitsberatung lässt sich als Dialog zwischen einem professionellen Berater und einem Hilfe suchenden Klienten beschreiben. Ziele und Zielgruppen einer Gesundheitsberatung können vielfältig sein. Sie kann sich auf gesunde wie auch kranke Menschen beziehen. Professionelle Beratung zeichnet sich dadurch aus, dass sie, um wirksam zu werden, die subjektiven Sichtweisen der Klienten berücksichtigt und systematisch in die mit Beratung einbezieht. In einer Perspektive der Salutogenese, wie sie von Faltermaier (2001) vertreten wird, ist es notwendig, Gesundheit und Krankheit auch in ihren positiven Ausprägungen wahrzunehmen und die Kräfte zu stärken, die Gesundheit fördern können. Forschungen über Gesundheitsvorstellungen belegen, dass subjektive Voraussetzungen dafür vorliegen, um die positiven Elemente von Gesundheit zu unterstützen. Solche Kompetenzen von Laien müssen allerdings erst erkannt werden. Ein wesentlicher Schritt professioneller Gesundheitsberatung ist es, subjektive

Gesundheitsvorstellungen des Klienten sensibel zu explorieren, um Ziele der Beratung gemeinsam zu entwickeln. Im weiteren Beratungsprozess kann dann mit diesen Ressourcen gearbeitet werden. Gesundheitsberatung lässt sich als Prozess der Aushandlung zwischen Klient und Berater über erreichbare Gesundheitsziele verstehen. Professionelle Beratung setzt auch voraus, dass der Berater eigene Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit reflektiert, um eine „Gegenübertragung“ zu vermeiden. Die Perspektive subjektiver Gesundheitsvorstellungen stellt insgesamt betrachtet eine Bereicherung für die Gesundheitsberatung dar. Sie ist Ausdruck einer subjektorientierten und partizipativen Grundhaltung, die im deutlichen Kontrast steht zu der verbreiteten Strategie, Gesundheitsziele von außen durch Experten zu definieren und Verhaltensveränderung zu erwarten, ohne die motivationalen und sozialen Aspekte, die ein Verhalten bedingen, zu berücksichtigen, die persönlichen Kompetenzen nicht wahrzunehmen u.a.. Für viele Berufe im Gesundheitswesen könnte die Entwicklung dieser Beratungskompetenz könnte neue Impulse liefern. Zugleich macht sie eine Umorientierungen in der Ausbildung von Gesundheitsberufen erforderlich.

2.3.4 Zusammenfassung

Der heutige Erkenntnisstand über subjektive Vorstellungen und Konzepte von Gesundheit stellt insgesamt eine solide Basis für weitergehende Forschungen dar (vgl. zum Überblick u.a. Bengel & Beltz-Merk 1997, Faltermaier 1994, 1998; Flick 1998 Schmidt, Fröhling 1998). Die Ergebnisse zeigen, dass Individuen komplexe und positiv gerichtete Vorstellungen von Gesundheit haben, die im Zusammenhang mit dem jeweiligen Lebenskontext stehen. Gesundheitsvorstellungen setzen sich aus unterschiedlichen Faktoren zusammen, die im Kontext von Geschlecht, Alter und sozialen und gesellschaftlichen Faktoren, der biografischen Entwicklung u.a. eine spezifische Gewichtung erfahren. Allerdings sagen sie noch nicht viel über das tatsächliche gesundheitsrelevante Verhalten aus. Die theoretische und empirische Auseinandersetzung mit subjektiven Gesundheitsvorstellungen erhält in der Gesundheitsforschung- und Praxis zunehmend an Bedeutung, weil diesen Konzepten eine handlungsleitende

Funktion für gesundheitsrelevantes Verhalten zugesprochen wird und sie Ansatzpunkte für gezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung liefern können. Dazu ist ratsam, den einzelnen mit seinem subjektiven Wissen und seinen Erfahrungen ernst zu nehmen. Subjektive Gesundheitsvorstellungen beeinflussen darüber hinaus explizit oder implizit Zielvorstellungen im Kontext professionellen Handelns: Sie beeinflussen die Vorstellungen von Professionellen hinsichtlich ihrer Haltung zur eigenen Gesundheit und prägen den Umgang mit Patienten/Klienten.

2.4 Gesundheit und Behinderung: Es ist normal, verschieden zu sein

„...so long as there is a breath of life in us, we are all in some measure healthy”

(Antonovsky 1987b, S. 50)

Menschliches Behindertsein ist eine Erscheinung, die allgegenwärtig ist. Sie konstituiert sich als allgemeine Kategorie menschlichen Lebens in der Lebenswirklichkeit moderner Gesellschaften.

Behinderung ist nicht mehr, wie in der Vergangenheit, etwas, das es zu verdrängen und zu verstecken gilt. Täglich berichten Medien von Problemen und Vernachlässigungen, mangelnder bedarfsgerechter Versorgung aber auch von den Hilfeleistungen für benachteiligte Menschen. Die öffentliche Wahrnehmung spiegelt wider, wie Einschränkung und Behinderung, Gesundheit und Krankheit in das Bewusstsein eingedrungen sind und eine gewollte Auseinandersetzung erfordern. Diese Prozesse haben Konsequenzen auf das Normalitätsbild des Menschen (Bleidick 1999).

Im umgangssprachlichen Gebrauch scheint es allgemein eine Übereinstimmung zu geben, wer oder was mit „Behinderten“ bzw. „Behinderung“ gemeint ist. Die Begriffe werden zumeist im Sinne einer weitreichenden Verallgemeinerung gebraucht. Nichtsdestoweniger bereitet es erhebliche Schwierigkeit eine Definition vorzulegen, die gleichermaßen Akzeptanz findet. Wir sind gewohnt,

Beispiele zu nennen, die menschliches Behindertsein charakterisieren: Sehbehinderung, geistige Behinderung, körperliche Behinderung, Verhaltensstörung, Schwerstmehrfachbehinderung u.a.. Jede der einzelnen Behinderungen ihrerseits ist wiederum ein Sammelbegriff für die unterschiedlichsten Lebensmöglichkeiten und Einschränkungen: Behinderte sind keine homogene Gruppe. Viel mehr meint die Bezeichnung eine Abweichung von einem nicht näher beschriebenen gesellschaftlichen Normbereich. Der Begriff „Behinderung“ ist ähnlich unbestimmt wie der Begriff „Normalität“, – denn wer hat schon als normal zu gelten, im Gegensatz zu Menschen mit Behinderung(en)? Ziel der nachstehenden Ausführungen zum Thema Behinderung ist es nicht, Forschungsergebnisse erschöpfend darzustellen, sondern einen Gesamteindruck von diesem Forschungsgebiet zu vermitteln mit der Perspektive, zu einem disziplinübergreifenden Dialog anzuregen, in dem sowohl die Besonderheiten gesundheitswissenschaftlicher Forschung wie auch die der Behindertenhilfe und der in diesem Berufsfeld tätigen Fachleute zur Sprache kommen.

2.4.1 Behinderung: Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis

Behinderung lässt sich, ebensowenig wie Gesundheit und Krankheit, kaum einheitlich definieren bzw. an einzelnen Untersuchungsparametern festmachen. Die Begriffe sind mehrdimensional zu betrachten und stehen im Kontext vielfältiger Lebensbezüge. Es gibt weder den Zustand völliger Gesundheit, noch den des ausschließlichen Krankseins, noch den der totalen Behinderung. Behinderung ist nichts Absolutes, sondern lässt sich erst als soziale Kategorie begreifen. Nicht die Schädigung, der Defekt, die Beeinträchtigung ist ausschlaggebend, sondern die Folgen, die sich daraus für das einzelne Individuum ergeben.

Definitiorische Annäherung an das Phänomen Behinderung

Behinderung und die Prozesse, die Behinderung erzeugen, sind eng mit Konzepten von Norm- und Normabweichungen verbunden. Behinderung

entspricht nicht dem landläufigen Normbegriff. Das Merkmal der Andersartigkeit, der Abweichung von einem gewohnten Maßstab und dessen, was als Normalität angesehen wird, bestimmt unser Urteil darüber, was als Behinderung bewertet wird. Behinderung ist "...ein Merkmal im körperlichen, geistigen und psychischem Bereich, das erstens Spontanreaktionen oder Aufmerksamkeit hervorruft (manifeste Andersartigkeit) und dem zweitens ein entschiedener negativer Wert zugeschrieben wird. Oder kurz: Behinderung ist eine manifeste Andersartigkeit, der allgemein ein entschieden negativer Wert zugeschrieben wird ... Sobald eine negative Bewertung vorliegt, ist natürlich auch bereits von manifester Andersartigkeit zu sprechen, denn Bewertung impliziert vorausgegangene Aufmerksamkeit. Ausgehend von diesem Behinderungsbegriff lässt sich auch der Begriff „Behinderte“ definieren: Behinderte sind Menschen mit einer Behinderung“ (Neubert/ Cloerkes 1987, S.35).

Behinderung ist keine feststehende Eigenschaft eines Menschen, sondern erscheint als eine Kategorie sozialer Geltung, die abhängig ist von lebensweltlich orientierten Überzeugungsmustern, die etwas darüber aussagen, was für Behinderung gehalten wird. Diese Situation zeichnet Behinderung vor. Die Formulierung des Behinderungsbegriffes ist somit ein konstruktiver Vorgang, denn das, was wir wahrnehmen und erkennen, verstehen wir nur deshalb, weil wir eine Vorstellung von dem haben, was es sein könnte.

Andere Definitionen orientieren sich stärker an der Art der Behinderung (körperlich, geistig, seelisch) oder legen den Grad der Behinderung zugrunde (Weber u. Raspe 1997). Der Grad der Behinderung wird unterschiedlich definiert: entweder als anerkannter Grad der Behinderung (GdB), abgestuft nach Zehnergraden von 20-100, oder als Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE). Die Begriffe beziehen sich ganz allgemein auf die Beeinträchtigung und sind ein Maß für die Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung. Rechtlich stellen sie einen wichtigen Rahmen dar und sind zugleich Zugangsvoraussetzungen zur Erlangung von sozialstaatlichen Leistungen (von steuerrechtlichen Begünstigungen bis hin zu auf Behinderung basierenden Renten im Sinne der Leistungsgesetze des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG)). Was allerdings als eine Einschränkung mit dem Schweregrad einer Behinderung angesehen wird, erscheint als relativ und ist abhängig vom Bewertungssystem sowie dem beurteilenden Anspruchsniveau. So sagt der Grad einer Behinderung nicht zwangsläufig etwas aus über das

Ausmaß der beruflichen Leistungsfähigkeit, die trotz Vorliegen eines gleich hohen Behinderungsgrades sehr unterschiedlich sein kann. Hier entscheidet, in welchem engeren oder weiteren Zusammenhang die Behinderung mit dem ausgeübten Beruf steht.

Bei allen Versuchen, Behinderung zu definieren, zeigt sich die Relationalität des Behinderungsbegriffs; Behinderung ist u.a. relativ im Zusammenhang mit der zeitlichen Dimension, den verschiedenen Lebensbereichen und Lebenssituationen. Sie ist abhängig von der subjektiven Verarbeitung, und schließlich bestimmen soziale und kulturspezifische Reaktionen, ob eine Behinderung vorliegt oder nicht. Behinderung ist stets eine komplexe Größe (Bleidick 1999), die beeinflusst ist von:

- den Gebieten, auf denen mit Konsequenzen der Beeinträchtigung zu rechnen ist: familiär, öffentlich, schulisch und beruflich (soziale Kontextfaktoren),
- der Art der Behinderung: Hörschädigung, Sehschädigung, körperliche Behinderung, Intelligenzschädigung, Verhaltensstörung, Anfallserkrankung, Geisteskrankheit, Altersgebrechen.
- dem Ausmaß der Schädigung: Sehbehinderung - Blindheit, Schwerhörigkeit - Gehörlosigkeit, Lernbehinderung - geistige Behinderung,
- der subjektiven Stellungnahme, der Verarbeitung und Kompensation.

Behinderung hat eine individuelle und eine soziale Seite: Es sind persönliche Lebenserschwernisse, die zugleich die soziale Dimension der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft betreffen. Als behindert gelten für Bleidick (1993, 1999) Personen „...die infolge einer Schädigung ihrer körperlichen, seelischen oder geistigen Funktionen soweit beeinträchtigt sind, dass ihre unmittelbaren Lebensverrichtungen oder ihre Teilnahme am Leben der Gesellschaft erschwert werden“ (Bleidick 1993, S.5).

Internationale Klassifikation (ICIDH)

Die World Health Organisation (WHO) unterscheidet im ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps), einem internationalen Begriffssystem drei Ebenen der Behinderung. Sie erfasst Behinderung (disablement) als Schädigung (impairment), Fähigkeitsstörung (disability) und Beeinträchtigung (handicap). Mit „impairments“ sind im wesentlichen die Störungen der biologischen und/ oder der psychischen Struktur und Funktion gemeint. Die Schädigung kann, muss jedoch nicht, eine Behinderung nach sich ziehen. Durch eine oder mehrere Funktionsstörungen, die den Ausfall oder die Reduktion von körperlichen und/ oder geistigen Fähigkeiten zur Folge haben, ergeben sich beschränkte Entfaltungsmöglichkeiten auf der Ebene des Individuums. Die Folgen dieser Fähigkeitsstörungen werden als „disabilities“ bezeichnet. „Handicaps“ beziehen sich auf die gesellschaftlichen Folgen von Schädigungen und Einschränkungen. Sie finden im sozialen und beruflichen Bereich statt und meinen die soziale Benachteiligung, die das Individuum als Folge der „impairments“ und „disabilities“ erfährt.

Die internationale Klassifikation verweist auf die verschiedenen Referenzebenen und macht die Mehrdimensionalität des Behinderungsbegriffes deutlich. Schädigung, Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen werden im Vergleich zu anderen Personen oder Gruppen definiert, die nicht behindert sind. Das Begriffssystem des ICIDH dient als Grundlage in der Forschung und ist von praktischem Nutzen im Bereich der Rehabilitation, bei medizinischer Diagnosen; es wird zur Bedarfserhebung und Planung auf kommunaler Ebene verwendet. Dennoch, und an dieser Stelle ist die Kritik Trösters sehr berechtigt (Tröster 1990), wird die soziale Bedingtheit von Behinderung ausgeblendet. Nach dem WHO-Konzept liegen die Ursachen von Behinderung auf der organischen Ebene einer Person, die Stufen folgen dann konsekutiv aufeinander. Im Gegensatz zu dieser Vorstellung können allerdings auch soziale Bedingungen, gesellschaftliche Zuschreibungen zu dauerhaften Aktivitäts- und Funktionseinschränkungen führen. Erst wenn dieser Aspekt berücksichtigt wird, bietet das Modell einen brauchbaren Rahmen. Mittlerweile ist dieses Grundmodell der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ ICIDH-I aus dem Jahr 1980 durch eine zweite Version ICDH-2 im Jahre 1997 abgelöst worden. Die Revision gegenüber

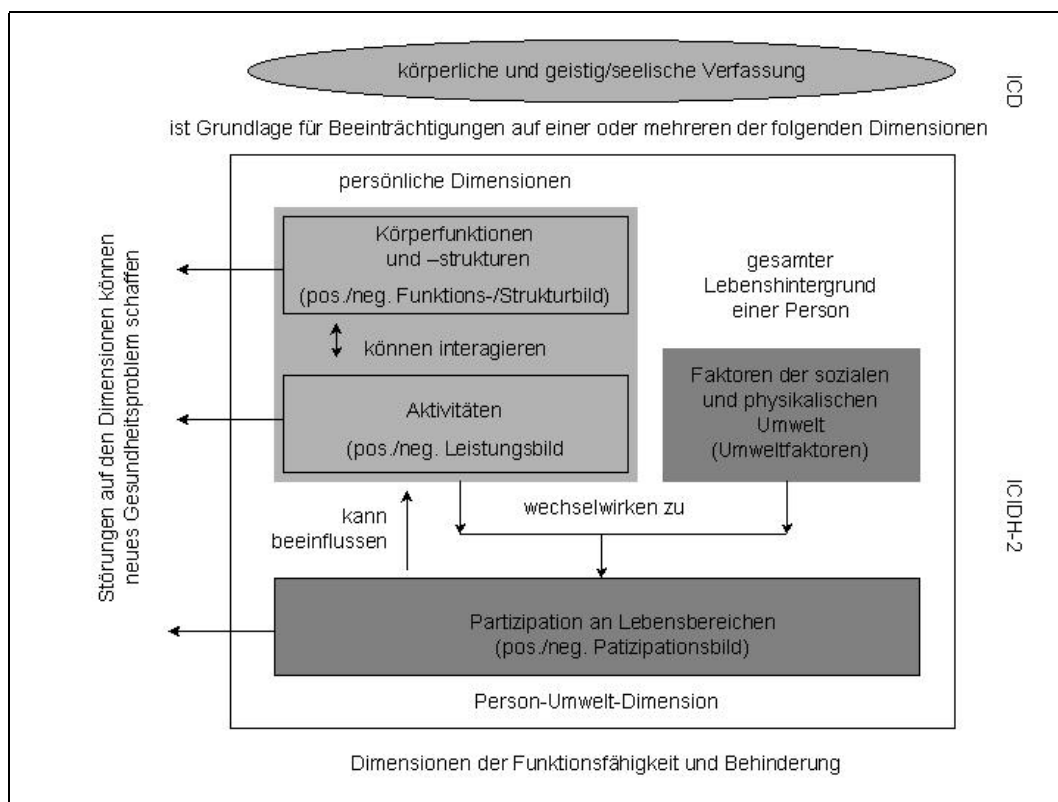
dem ICIDH sollte die Beachtung sozialer Konsequenzen deutlich machen. Die defektologische Orientierung ist zugunsten einer sozialaktiven Einstellung revidiert worden und Ausdruck eines veränderten Verständnisses der Entstehung von Behinderung. Chancengleichheit, Selbstbestimmung und Teilhabe in allen Lebensbereichen sollen als grundlegende Elemente zweckgerichtet in die Beschreibung des menschlichen Behindertseins eingehen. Die Begriffe impairment, disability und handicap wurden ersetzt durch impairment, activity und participation.

Die ICIDH-2 differenziert detailliert folgende Ebenen:

- Körperfunktionen und -strukturen und ihre Beeinträchtigungen (Schädigung, impairments)
- Aktivitäten und ihre Beeinträchtigungen
- Partizipation und ihre Beeinträchtigungen
- Kontextfaktoren (Bundesverband Evangelischer Behindertenhilfe e.V. 2001)

Umfang und Qualität von Einschränkungen der Aktivität und der Partizipation werden nicht linear bestimmt durch die individuellen/ funktionellen Einschränkungen und Fähigkeitsstörungen, sondern werden ganz maßgeblich beeinflusst durch soziale und physische Kontextfaktoren. Das der ICIDH-2 zugrunde liegende Paradigma basiert einerseits auf einem veränderten Verständnis von Behinderung, andererseits impliziert es ein verändertes Verständnis der Bedingungen von Gesundheit sowie der biologischen, persönlichen und sozialen Funktionsfähigkeit eines Menschen (Hollenweger, Haug, Prerost 2003). Behinderung ist, so die Prämisse, Ergebnis einer komplexen wechselseitigen Interaktion zwischen Person und Umwelt in ihren Kontextfaktoren. Behinderung ist weder eine Eigenschaft noch eine absolute Größe. Sie ist immer das Resultat einer Beziehung und somit immer relational zu „etwas“ oder „jemand“ anderes.

Abb. 3: Das bio-psycho-soziale Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung (ICIDH) (nach Schuntermann 2001, S.326)



Verbreitungshäufigkeit von Behinderungen

Die unterschiedliche Festlegung dessen, was unter Behinderung verstanden werden soll, erklärt Unsicherheiten und erhebliche Unterschiede der statistischen Erfassung (Bleidick 1999, Speck 1998). Die Behindertenpopulation in der Bundesrepublik ergibt sich aus denjenigen Menschen, die sich entweder selbst als behindert sehen oder von ihrer Umwelt als behindert bezeichnet werden (Pfäfflin u. Wolf 1998). Die Schwierigkeit, eine nicht definierte Gruppe zahlenmäßig zu erfassen führt dazu, dass die Zahl der Behinderten je nach Zuschreibung unterschiedlich ausfällt. Die Bezugssysteme der Messung nach Altersstufen, Gebieten (Schule, Berufs- und Arbeitswelt) und die Klassifikationen (medizinisch, sozialrechtlich, schulisch) sind nicht vergleichbar. Obwohl amtliche Quellen, wie z.B. die Schwerbehindertenstatistik, die Statistik der Kultusminister über Sonderschüler, Statistiken der Rentenversicherungsträger, die Gesundheits-

berichterstattung einzelner Bundesländer u.a., Zahlenmaterial zur Verfügung stellen, lässt sich die Zahl der Behinderten in Deutschland nicht verlässlich feststellen. Schätzungen gehen von einer Gesamtzahl von 6-7 Millionen, auch zwischen 6 und 10% der Gesamtbevölkerung (Bleidick 1999) aus. Die Schwankungen machen auf den hohen Grad der Relationalität von Behinderung aufmerksam. Die Bezugsgrößen sind vom Kontext der Behinderung abhängig. Schwerbehinderte werden vom Versorgungsamt nach dem Grad der Behinderung registriert (ein Drittel davon bezieht sich auf Altersgebrechen).

Das Statistische Bundesamt Deutschland (2003) gibt die Anzahl schwerbehinderter Menschen in Deutschland am Jahresende 2001 mit 6 711 797 (männlich 3 530 018, weiblich 3 181 779). Bezogen auf die Bevölkerung war somit jeder zwölfte Einwohner (8,1%) schwerbehindert, knapp über die Hälfte der Schwerbehinderten waren Männer.

2.4.2 Paradigmen der Behinderung

Als Beschreibung und Erklärung menschlichen Behindertseins ist es vielfach üblich, verschiedene wissenschaftliche Theorien deskriptiv nebeneinander zu stellen. Eine solche pluralistische Aufreihung übersieht allerdings, dass es ein erkenntnistheoretisch voraussetzungsvoller Schritt dafür ist, einen Menschen als „behindert“ zu bezeichnen (Bleidick 1999). Gleichwohl ist es nur so möglich, die einzelnen Facetten der komplexen Phänomene Behinderung deutlich zu machen, um so eine mehrperspektivische Betrachtungsweise zu ermöglichen, wie sie für die Gesundheitswissenschaften erforderlich ist. In dem Abschnitt „Aspekte einer Public Health relevanten Behindertenforschung“ wird das, was analytisch auseinandergenommen wurde, wieder zusammengesetzt.

Bleidick (1985, 1993, 1999) nennt verschiedene Behinderungsparadigmen.

Individualtheoretisches Paradigma von Behinderung

Zu diesem Erklärungsansatz gehören Ansätze aus der Medizin, dem Recht bzw. dem Sozialrecht sowie der Pädagogik bzw. Sonderpädagogik.

▪ *Medizinischer Erklärungsansatz*

Die medizinische Definition betont die Abgrenzung von Krankheit und Behinderung. Während Krankheit meist als ein vorübergehender Zustand aufgefasst wird, beginnt Behinderung dort, wo Krankheit aufhört. Erst wenn die der Behinderung zugrundeliegende Erkrankung nicht mehr geheilt werden kann, chronisch und/oder progredient verläuft, wird sie als Behinderung definiert. Behinderung gilt vor allem als Folgeleiden einer Erkrankung, als verbliebener Zustand nach einem Krankheitsprozess. Allerdings sind die Grenzen nicht starr zu ziehen. Die medizinische Sichtweise unterscheidet Krankheit von Behinderung. Bei vorliegender Behinderung wird versucht, sich durch medizinische Maßnahmen dem Zustand von Gesundheit anzunähern (Schulte 1998). Nach medizinischem Verständnis ist eine vollständige Gesundheit bei Behinderung nicht möglich. Die Beschäftigung mit Behinderung ist nur ein Randgebiet der auf Heilung ausgerichteten Medizin.

▪ *Sozialrechtlicher Erklärungsansatz*

Das Grundgesetz sichert allen Bürgerinnen und Bürgern das Recht auf Beachtung der Menschenwürde, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, freie Entfaltung der Persönlichkeit, gleiche Behandlung u.a. zu. Es macht keinen Unterschied zwischen behinderten und nicht behinderten Menschen. Der „Grad der Behinderung“ (GdB) ist für die soziale Gesetzgebung der Schlüsselbegriff in bezug auf behinderte Menschen. Der GdB ist durch das Bundesversorgungsgesetz (§§ 30, 34) festgelegt. Das Schwerbehindertengesetz definiert Behinderung folgendermaßen:

„ (1) Behinderung im Sinne dieses Gesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Regelwidrig ist der Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen abweicht. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als 6 Monaten. ... (3) Für den Grad der Behinderung gelten die im Rahmen des § 30 Abs.1 des Bundesversorgungsgesetzes festgelegten Maßstäbe entsprechend.“ (SCHwbG §3, Abs.1,3).

Die Kriterien im Schwerbehindertengesetz (SCHwbG) sind ausgerichtet an dem allgemeinen Behinderungsbegriff der WHO und dem zugrundeliegenden Drei-Stufen-Schema. Die sozialrechtliche Bestimmung von Behinderung geht von der funktionellen Beeinträchtigung eines Menschen aus, unabhängig von der Art, die der Schädigung zugrunde liegt. So ist der Status des Behindertseins nicht primär eine Eigenschaft des einzelnen Menschen, sondern vielmehr ein soziales Etikett. „Behindert wird man letztlich durch einen amtlichen Stempel“ (Bleidick 1998, S.22).

Die justitiable Definition benötigt der Gesetzgeber, um beispielsweise die Anerkennung als Behinderter zu regeln und den Anspruch auf Sozialleistungen des Staates bzw. der Sozialversicherungsträger zu bemessen. Es geht primär um den wirtschaftlichen Wert eines Menschen durch seine Behinderung.

▪ *Pädagogischer Erklärungsansatz*

„Als behindert im erziehungswissenschaftlichen Sinn gelten alle Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen, die in ihrem Lernen, im sozialen Verhalten, in der sprachlichen Kommunikation und in den psychomotorischen Fähigkeiten so weit beeinträchtigt sind, dass ihre Teilhabe am Leben der Gesellschaft erschwert ist. Deshalb benötigen sie besondere pädagogische Förderung“ (Deutscher Bildungsrat 1973, S.32).

Im pädagogischen Erklärungsansatz gilt der Begriff Behinderung nur in Bezug auf den Erziehungsprozess, sofern eine besondere pädagogische Förderung notwendig ist, d.h. Unterricht und Erziehung des behinderten Menschen erschwert sind. Behinderung wird als eine intervenierende Variable verstanden (Bleidick 1985, 1993) und bezeichnet die Gesamtveränderung der pädagogischen Förderung.

Interaktions- und gesellschaftstheoretisches Paradigma von Behinderung

Leitidee des interaktionistischen Paradigmas ist das Wissen um die soziale Abhängigkeit von Behinderungsbegriffen. Die neuere Sozialisationstheorie betont

die dynamische Perspektive und die wechselseitige Abhängigkeit von Persönlichkeits- und Gesellschaftsentwicklung. Nach dieser Vorstellung entwickelt sich das Individuum in keiner seiner Funktionen gesellschaftsfrei, sondern immer in einer gesellschaftlich gestalteten Lebenswelt, die über interaktive und kommunikative Prozesse vermittelt ist. Die Soziologie, oder innerhalb der Sonderpädagogik die Kritische Theorie, gehören zu den Vertretern dieser Sichtweise.

▪ *Soziologische Erklärungsansätze*

Ein sehr einflussreiches Konzept ist der Stigmatisierungsansatz von Goffman (1967). Er verwendet Begriff „Stigma“ im Sinne eines sichtbaren Zeichens, eines Merkmals oder einer Eigenschaft eines Menschen, das den Träger in den Augen eines anderen herabsetzt bzw. diskreditiert. Aufgrund eines Stigmas wird auf das Vorhandensein weiterer negativer Eigenschaften geschlossen, so dass ein Stigma nicht einfach nur unvorteilhafte, ungünstige Aspekte dieser Person zum Vorschein bringt, sondern die gesamte Person diskreditiert. Sie hat ein Stigma oder, anders ausgedrückt, die Person „...ist in unerwünschter Weise anders, als wir es antizipiert hatten“ (Goffman 1967, S.13). Jedes Attribut kann grundsätzlich zu einem Stigma werden, wenn es die soziale Identität einer Person gefährdet. Der Stigmatisierungsansatz bezieht sich nicht nur auf behinderte Menschen, sondern bezieht grundsätzlich alle Personen mit ein, die in unerwünschter Weise anders sind (Arbeitslose, Nicheseßhafte, Ausländer u.a.). Stigmatisierungsprozesse sind allgegenwärtig und außerordentlich schwer zu durchbrechen.

Im Gegensatz zur Theorie von Goffman, der Stigma als eine Eigenschaft oder den Merkmal beschreibt, das den Träger in den Augen anderer Menschen zutiefst diskreditiert, wird im „Labeling Approach“ die stigmatisierende Wirkung nicht mehr als Sosein der Person angesehen, sondern als Ergebnis eines sozialen Definitions- und Zuschreibungsprozesses. Das Stigmatisierungsgeschehen kennzeichnet den Betroffenen im sozialen Interaktionsgeschehen als „andersartig“ und grenzt ihn aus. Durch diese Prozesse wird zugleich die Andersartigkeit von Merkmalen festgelegt; die in dieser Weise diskreditierten Personen werden

den sozialen Kontrollmechanismen unterworfen. Die „Labeling-Theorie“ beschreibt ursachenorientiert den normativen Definitions- und Etikettierungsprozess und er behandelt phänomenorientiert die Folgen der aufgezwungenen Devianz (Bleidick 1999). Diese Theorie hat vor allem in der sozialwissenschaftlichen Literatur breite Akzeptanz für die Analyse abweichenden Verhaltens gefunden. Sie wird aber auch als theoretischer Zugang zur Analyse der Situation von behinderten Menschen genutzt. Soziale Einrichtungen und Organisationen übernehmen eine gewichtige Rolle im Zusammenhang mit Definitions- und Zuschreibungsprozessen; aufgrund ihrer Definitionsmacht initiieren sie auf diese Weise Etikettierungsprozesse und setzen Zuschreibungen durch.

▪ *Gesellschaftstheoretischer Erklärungsansatz*

Ausgehend von der marxistischen Gesellschaftstheorie wird in gesellschaftskritischen Erklärungsansätzen Behinderung als Ausdruck gesellschaftlicher Verhältnisse definiert. Jantzen (1987) definiert Behinderung folgendermaßen: „Behinderung kann nicht als naturwüchsig entstandenes Phänomen betrachtet werden. Sie sichtbar und damit als Behinderung erst existent, wenn Merkmale und Merkmalskomplexe eines Individuums aufgrund sozialer Interaktion und Kommunikation in Bezug gesetzt werden zu gesellschaftlichen Minimalvorstellungen über individuelle und soziale Fähigkeiten. Indem festgestellt wird, daß ein Individuum aufgrund seiner Merkmalsausprägungen diesen Vorstellungen nicht entspricht, wird Behinderung offensichtlich, sie existiert als sozialer Gegenstand erst von diesem Augenblick an“ (Jantzen 1987, S.18).

Behinderung erscheint in diesem Paradigma als ein Gesellschaftsprodukt. Wird Behinderung in der Gesellschaft wahrgenommen, so würde auf diese immer mit positiven oder negativen Sanktionen reagiert. Diese Reaktion hängt nach Ansicht Jantzens maßgeblich mit den kapitalistischen Produktionsverhältnissen zusammen: Menschen mit Behinderungen könnten danach nur unzureichend reproduzieren, da ihre Arbeitskraft minderer Güte sei. Behinderte Menschen würden so ausgegrenzt und Isolation sei ein wesentliches Charakteristikum, das sich mit Behinderung verbinde.

Systemtheoretisch orientiertes Paradigma

Systemtheoretisch orientierte Sichtweisen von Behinderung sind vor allem von Forschenden der Sonderpädagogik entwickelt worden (vgl. u.a. Bleidick 1985, 1998, Sander 1990, Speck 1996). Gemeinsam vertreten diese Ansätze die Auffassung, dass der Mensch als Teil des Systems im Zusammenhang mit seinem Umfeld zu sehen ist und dass Behinderung in diesem Kontext definiert wird. Die zugrundegelegten Systembegriffe unterscheiden sich allerdings voneinander. Ein Leben mit Behinderung ist Bestandteil dieses Systems. Bleidick betont die systemerhaltende Funktion von Behinderung: Behinderung ist das Resultat von Selektionsprozessen, wobei den Ausdifferenzierungsprozessen nach Leistung durch das Bildungs- und Ausbildungssystem eine entscheidende Rolle zukommt.

Die Ausdifferenzierung nach Organisationsebenen und deren Spezifizierungen gehört dabei zu einer Systemstruktur. Die Sonderpädagogik ist Produkt einer solchen Systemdifferenzierung der allgemeinen Pädagogik und bedient sich des systemtheoretischen Organisationsmodells (Bleidick 1998). Systemsoziologisch betrachtet können Behinderung und Sonderpädagogik als eine Folge des Schulsystems betrachtet werden. Bleidick betont die systemstabilisierende und systemerhaltende Funktion von Behinderung: Würde Schülerinnen und Schülern keine Behinderung zugeschrieben, gäbe es keine Sonderschulen. Behinderung, bzw. die Schöpfung des Begriffs Behinderung, wirkt systemstabilisierend.

Für Speck (1996) ist Behinderung mit einem speziellen Anforderung an die Erziehung verbunden. Behinderung ist nach seiner Auffassung ein normativer Ordnungsbegriff, pädagogisch relevant sei nicht die Behinderung, sondern die besondere Erziehungserfordernis. Spezielle Erziehungserfordernisse beziehen sich einerseits auf die subjektiven Bedürfnisse der Menschen, die in ihren Lebensfunktionen beeinträchtigt sind, andererseits beziehen sie den sich daraus ergebenden Erziehungsbedarf mit ein.

Sander (1990) geht von der WHO-Definition aus, die zwischen Schädigung (impairment), Leistungsminderung (disability) und Behinderung (handicap) unterscheidet. Er sieht Behinderung in einem Mensch-Umfeld System: Behinderung müsse nicht auf Schädigung oder Beeinträchtigung folgen, sondern sei abhängig von der Gesellschaft.

Einstellungen zu behinderten Menschen

Die Lebensqualität behinderter Menschen ist nicht allein durch ihre Funktions- und Aktivitätsbeeinträchtigung zum Teil erheblich beeinträchtigt, sondern darüber hinaus erschweren auch soziale Reaktionen (Gesamtheit der Einstellungen und Verhaltensweisen) die gleichberechtigte Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Über die Beziehung zwischen den Einstellungen und dem Verhalten Nichtbehinderter gegenüber Behinderten liegen nur wenige Untersuchungsergebnisse vor (Tröster 1990). Eine allgemeine und recht selten hinterfragte Annahme geht davon aus, dass Denken und Empfinden eines Individuums seinem Handeln vorausgehen und beeinflussen. Dieser Denkweise liegt eine „Konsistenz-Konzeption“ zugrunde, nach der Menschen bestrebt sind, die einzelnen Komponenten ihrer Einstellungen in Einklang zu bringen und entsprechend zu reagieren. Im Licht sozialpsychologischer Forschung greift diese Sichtweise allerdings zu kurz. Die Begriffe, die wir für jemanden verwenden, geben Hinweis darauf, wie das Gegenüber wahrgenommen wird. „Unsere Sprache ist ein sensibler Gradmesser für die Einlösung der Forderung nach einem partnerbezogenen Dialog zwischen nichtbehinderten und behinderten Menschen und der Achtung des Personenwertes von Behinderten“ (Bleidick 1994, S.425). Menschen mit Behinderung sind in besonderer Weise von abwertenden und diskriminierenden Begriffen betroffen. Im Alltag der Behindertenhilfe wie auch in Fachkreisen besteht erhöhte Sensibilität im Umgang mit Begriffen für Menschen mit Behinderung.

Einstellungen Pflegender und Angehöriger anderer Gesundheitsberufe zu behinderten Menschen

Insgesamt weisen die Ergebnisse von Einstellungsforschern auf Vorbehalte gegenüber Menschen mit Behinderungen hin. Da für den deutschsprachigen Raum meines Wissens keine Untersuchungen vorliegen, werden ausgewählte Arbeiten aus dem englischen Sprachraum vorgestellt, wohlwissend, dass Voraussagen über sich daraus ergebende Verhaltensweisen nicht zuverlässig gemacht werden können.

Nach dem Erkenntnisstand von Einstellungsforschern unterscheiden sich Angehörige von Gesundheitsberufen kaum in ihrer Haltung gegenüber Menschen mit Behinderung von der übrigen Bevölkerung. Die Einstellungen von Professionellen sind eher noch negativer (Rothe, Süß 2003). Es ist davon auszugehen, dass die negativen Einstellungen von Pflegenden, Sozialarbeitern und Ärzten die soziale Integration reduzieren und zu einer abwertenden Sichtweise behinderter Klienten in der Öffentlichkeit beitragen. Auf Menschen mit geistiger Behinderung reagierten Pflegende in einem Allgemeinkrankenhaus sehr viel ablehnender als auf körperbehinderte oder alte Menschen. Sie fühlten sich nicht in der Lage, mit ihnen zu kommunizieren. (Fitzsimmons & Barr 1997). Die Empathie gegenüber behinderten Menschen nahm bei Medizinstuden im Verlauf ihrer Ausbildung ab. Eine Erklärung für ihr Verhalten könnte darin liegen, dass Ärzte während ihrer Ausbildung primär rein medizinische Modelle von Behinderung lernen, ohne sozialpsychologische oder soziale Aspekte zu berücksichtigen. Die meisten Ärzte sehen ihren professionellen Auftrag in der Diagnose, Behandlung und Heilung. Pflegende wie auch Ärzte übernehmen im Umgang mit behinderten Menschen sozial akzeptierte Stereotype und verstärken damit ablehnende Einstellungen hinsichtlich des Verhaltens von Menschen. Angehörige von Gesundheitsberufen haben einen starken Einfluss auf die Gestaltung von Pflege- und Versorgungsangeboten für behinderte Menschen. In jedem Fall beeinflussen negative Einstellungen der Professionellen das Selbstbild eines behinderten Menschen in negativer Weise. Negative Haltungen gegenüber behinderten Menschen berühren auch die Einstellungen jüngerer Pflegender und können auf diesem Wege fortgesetzt werden. Es ist unbedingt erforderlich, dass eine zusätzliche Professionalisierung hinsichtlich des komplexen Sachverhaltes Behinderung stattfindet.

2.4.3 Zum Diskurs über Behinderung – gesundheitswissenschaftliche Überlegungen

Es gibt keinen von allen gesellschaftlichen Gruppen gleichermaßen genutzten verbindlich geltenden und keinen objektiv wissenschaftlich „richtigen“ Begriff von Behinderung. Wo von Behinderung zu sprechen ist und wo nicht, lässt sich nicht exakt bestimmen; die Grenzen sind fließend. Was als Behinderung bezeichnet wird, ist immer nur relativ. So gesehen, ist jeder mehr oder weniger behindert (Lindmeier 1993).

Theoretische Einordnung

Davis (1961) und im Anschluss daran Amseln Strauss (1970) liefern einen theoretischen Zugang, wie Behinderung aus Public-Health Perspektive gesehen werden kann (Weber, Raspe 1997). Die Begriffe Normalisierung und Normalität verwenden sie als Bezugsgrößen, um Stadien der Situationsbewältigung zu beschreiben. Über „Normalzustände“ gibt es ein gesellschaftliches Selbstverständnis, einen Konsensbegriff, der einen ordnenden Umgang mit der Welt ermöglicht ohne zunächst zu hinterfragen, ob dieses oder jenes normal sei. Normen und Werte spielen zweifellos eine große Rolle im Hinblick auf den Umgang mit von eben diesen Normen abweichenden Menschen.

Dem personenorientierten Normalitätsbegriff liegt die Annahme einer vorgegebenen Normalität zugrunde. Behinderung entspricht nicht diesem landläufigen Normbegriff. Sie wird zunächst als eine Belastung von Normalität gesehen, die erst in einem Interaktionsprozess aufgelöst werden kann.

Einen weiteren Zugang für eine gesundheitswissenschaftliche Theoriebildung der Thematik Behinderung ermöglicht das Konzept der Salutogenese (Antonovsky (1978, 1989). Antonovsky entwickelte seine Forschungstätigkeit an der Frage, wie es unter schwierigsten Bedingungen gelingen kann, gesund zu bleiben. Der zentrale Begriff ist der „sense of coherence“, eine Grundhaltung, die Welt als zusammenhängend, sinnvoll und in sich stimmig zu erleben. Er zielt darauf ab, die Fähigkeiten des Individuums trotz Krankheit(en) und Einschränkung(en) zu stärken und das persönliche Leben zu gestalten. Gesund ist, wer den Fluss, in dem

er schwimmt, einigermaßen bewältigt und in der Lage ist, seine Wünsche, sein Handeln und sein Können darauf abzustimmen. In dieser Perspektive von Gesundheit als Bewältigungsprozess, der aktives und selbstbestimmtes Handeln in einer sozialen Umwelt weitgehend zulässt, muss Behinderung nicht zwangsläufig als „Negativphänomen“ (Lindmeier 1993) erscheinen, versehen mit dem Etikett „krank“, „abweichend“, nicht normal“. Gestützt wird diese Sichtweise vor allem durch das Prinzip der Solidarität – als handlungsleitenden Motiv des Gesundheitssystems –, den Grundüberzeugungen von Eigenverantwortlichkeit eines jeden Menschen sowie dem Prinzip der Subsidiarität (Weber, Raspe 1997). Der wichtigste Gedanke des Solidaritätsprinzips ist die Gleichheit aller Menschen.

Aspekte und Interessen der Public- Health-relevanten Behindertenforschung

1. Interdisziplinärer Behinderungsbegriff

In den vergangenen Jahren hat unter dem Stichwort „Paradigmenwechsel“ verstärkt ein Diskurs über die Neubestimmung des Behinderungsbegriffes stattgefunden, der allerdings im wesentlichen innerhalb der Sonderpädagogik geführt wurde (Eberwein, Sasse 1998). Behinderung ist nicht allein unter dem Aspekt verschiedener Paradigmen der Theoriebildung zu betrachten, vielmehr muss an die Stelle der unreflektierten Paradigmenkonkurrenz eine mehrperspektivische Betrachtungsweise rücken. Als interdisziplinäres Forum darf Public-Health an dieser Stelle nicht fehlen. Eine besondere Funktion kommt ihr bei der handlungstheoretischen Verknüpfung von Theorien der Behinderung zu, verbunden mit der Anforderung, die analytisch gewonnenen Perspektiven unter einem sozialtechnologischen Leitbegriff (Bleidick 1999) zu untersuchen. Der Begriff Behinderung wird dabei, realistisch gesehen, unverzichtbar sein. Seine Ambivalenz steht auch unter Berücksichtigung einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive nicht in Frage.

2. Gesellschaftliches Bewusstsein für Behinderung

Leiden behinderte Menschen unablässig an ihrer Behinderung? Oder leiden sie ausschließlich an einer ignoranten Gesellschaft und einem Medizinsystem, das mit seinen Bemühungen um Therapie und Prävention dazu führt, dass behinderte Menschen kein positives Verhältnis zu ihrem Dasein entwickeln können? (Kuhlmann 2001). In seinem Diskurs über Behinderung macht der körperlich behinderte Publizist auf die Gefahr aufmerksam, ein Stereotyp durch ein anderes zu ersetzen. Die Überzeugung, Behinderung sei generell etwas, mit dem man gut leben könne, sei ebenso simplifizierend wie die Einschätzung, dass gesellschaftliche Rahmenbedingungen die wahre Ursache für die Behinderung darstellen und die selbstverständlich zu ihren Gunsten geändert werden müssen. Diese Devise wurde 1997 und 1999 unter Federführung der „Aktion Sorgenkind“ von zahlreichen Behindertenverbänden unter dem Motto verkündet: „Behindert ist man nicht. Behindert wird man“. Diesen Bestrebungen, ein neuartiges Verständnis von Behinderung zu verbreiten, Behinderung ins verklärende Licht des Allzumenschlichen zu tauchen, liegt ein sehr verständliches Motiv zugrunde: Werden Menschen mit Behinderung nicht länger als „bedürftige Kreaturen“ wahrgenommen, die mit ihrem Schicksal hadern, dann begegnet man ihnen mit einem gleichsam habituellen Mitleid. Es wird nicht mehr danach gefragt, welche Fähigkeiten in einem Menschen stecken und wie sie erkannt und gefördert werden können. Wichtig erscheint nur noch, ob Mängel beseitigt oder kompensiert werden können. Ein solches Bestreben, das behinderte Menschen bevormundet und es nicht möglich macht, sie als eigenständige Persönlichkeiten wahrzunehmen, verhindert Entwicklung. Verzerrte Wahrnehmungen lassen sich eben nicht dadurch überwinden, indem das eine Stereotyp durch ein anderes ersetzt wird. Auch das Argument, dass behinderte Menschen nur dann angemessene Beachtung finden würden, wenn sie als Menschen mit besonderen Fähigkeiten gesehen werden, sei nicht zutreffend. Hier bleibt die Tatsache unberücksichtigt, dass die physische und psychische Realität von Behinderung mit Ängsten, Entwürdigungen, Schmerzen und Einschränkungen unterschiedlichster Art verbunden ist. Leiderfahrungen werden bagatellisiert. Damit verfehlt eine solche Darstellung die Lebenswirklichkeit der Menschen die man zu

unterstützen vorgibt und wird nicht den Situationen gerecht, in denen die behinderten Menschen eben doch auf besondere emotionale Zuwendung bedarfsgerechte gesundheitsbezogene Leistungen angewiesen sind. Ein solches Auseinanderklaffen der Wahrnehmungshorizonte kann fatale praktische Konsequenzen mit sich bringen, denn warum sollte man sich in besonderer Weise um Menschen bemühen, die wie öffentlich verkündet „ganz normal“ sind? So könnte bereits schon jegliche Geste der Hilfsbereitschaft als „Herablassen“ fehl interpretiert werden und die Gesellschaft als Ganze müsste sich die Frage stellen, warum Behinderte in besonderer Weise unterstützt werden sollten. Dürfen behinderte Menschen nicht mehr als Behinderte wahrgenommen werden und findet eine allzu robuste Charakterisierung von Behinderung als „leidfrei“ statt, so wird dieses nicht mehr den Situationen gerecht, in denen behinderte Menschen eben doch auf besondere emotionale Zuwendung und tatkräftige und bedarfsgerechte Unterstützung angewiesen sind. Die Public-Health Relevanz und Aufgabe liegt an dieser Stelle darin, die Verständigung über Behinderung sensibel zu begleiten. Wird ein solcher Verständigungsprozess auf völlig inadäquaten Prämissen geführt, so besteht die Gefahr, dass die Interessen der betroffenen Menschen nicht angemessen berücksichtigt und organisiert werden können und auf zwischenmenschlicher Ebene wichtige emotionale Quellen der Unterstützung versiegen. Gesundheitswissenschaften sind aufgerufen, hier Beiträge zu leisten und das Thema Behinderung trotz aller tagespolitischen Aktualität nicht auf Einzelaspekte zu reduzieren.

3. Stärkung der Individualität und bedarfsgerechte Gestaltung gesellschaftlicher Bedingungen

Neben der Stärkung der Individualität des behinderten Menschen auf der individuellen Ebene sollte eine Public-Health Orientierung dazu beizutragen, strukturelle und gesellschaftliche Bedingungen behindertengerecht (umzu)gestalten (Weber, Raspe 1997). Dieses bezieht sich nicht nur auf spezifische Frühförderungs- und Rehabilitationsmaßnahmen, den problemlosen Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln, die Etablierung behindertengerechter Wohnformen etc.. Darüber hinaus ist die

behindertengerechte Adaptierung und der Zugang von und mit modernen Kommunikationsmitteln Aufgabe von Public- Health. Es ist zu überlegen, wie die Möglichkeiten und Chancen technischer Innovationen möglichst vielen behinderten Menschen zugute kommen können. Durch frühzeitige Prävention und/ oder frühzeitige Rehabilitation kann es oft gelingen, vorhandene Gesundheitspotenziale zu stärken und weiteren Beeinträchtigungen entgegenzuwirken.

Der Status behindert zu sein vereint zugleich Vor- und Nachteile, die nur gleichzeitig zu haben sind: Steuererleichterungen, finanzielle Unterstützung, kostenfreie Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel, zugleich aber auch das Etikett „behindert“ im Ansehen Nichtbehinderter, reduzierte Lebensqualität, gesellschaftliche Ausgrenzung. Public-Health als eine politiknahe und umsetzungsorientierte Disziplin ist gefordert darauf zu achten, dass für behinderten Menschen die Vorzüge nicht geschmälert und die Nachteile nicht vergrößert werden.

4. Integration und Partizipation

Als Maßstab einer sozialen Politik wurde bereits in den 60er Jahren gefordert, konsequent verbesserte Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderungen zu schaffen, damit sie ein Leben „so normal wie möglich“ oder auch „so gut wie möglich“ führen können. Die Glaubwürdigkeit der Integration behinderter Menschen in die Gesellschaft zeigt sich spätestens in der Zügigkeit der Umsetzung von Maßnahmen in der Gesetzgebung, der Gestaltung öffentlicher Einrichtungen, die Bereitstellung der notwendigen materiellen Unterstützung u.a. (Bengel & Maurischat 2002). Notwendig sind darüber hinaus Möglichkeiten der Einstellungs- und Verhaltensänderungen gegenüber behinderten Menschen beispielsweise durch die Ermöglichung persönlicher Kontakte zu Behinderten, die Erprobung von Umgangsweisen im Rollenspiel (auf Kindergarten- und Schulebene, in der Ausbildung). Aber auch staatlich geförderte Aufklärungen über Behinderte und Behinderungen tragen zur Integration und Partizipation behinderter Menschen bei. Diese ökologischen Aspekte haben entscheidenden Einfluss auf die Integrationschancen Behinderter: Behinderte Menschen erfahren ihre Umwelt zum einen als „behindernd“

durch bauliche und verkehrstechnische Gegebenheiten, zum anderen vor allem durch Vorurteile in Interaktionsvermeidungstendenzen. Public-Health kann dazu beitragen, Maßnahmen, die Partizipation und Teilhabe ermöglichen, mutig umzusetzen.

5. Bevölkerungsbezogene Perspektive von Behinderung und Sozialpolitik

Das Public Health Konzept von Behinderung betont kontextorientierte Strategien zur Stärkung von Gesundheit: Es unterscheidet sich von individuumzentrierten bzw. stärker biologisch ausgerichteten Strategien durch die Konzentration auf Verhältnisprävention (Weber, Raspe 1997). Als Handlungsgrundlage für bevölkerungsmedizinische Interventionen sind zunächst fundierte epidemiologische Studien notwendig. Bislang vorliegende Studien zur Erfassung von Behinderung bzw. von Hilfe- und Pflegebedarf weisen beträchtliche Diskrepanzen auf. In der jeweiligen Anlage und in den Ergebnissen der Studien spiegeln sich auch die konzeptionellen Probleme dieses Bereiches wider (Häußler, Wacker, Wetzler 1996). Je nach Ausgangspunkt sind Untersuchungen zur Identifikation der Gruppen der Behinderten oder Beeinträchtigten (Harris 1971, Socialdata 1980 und 1984, Herrmann et. al. 1990 in Häußler 1996) von solchen zu unterscheiden, die den „Hilfe- und Pflegebedarf“ erfassen wollen. Behinderung ist keinesfalls zwangsläufig mit der Notwendigkeit pflegender bzw. helfender Unterstützung verbunden. Schließlich finden sich als weitere Kategorie Studien zum Hilfe- und Pflegebedarf, die das Konzept der „Activities of Daily Living“ zur Grundlage nehmen. Auf der Basis einer umfassenden Konzeption von „Behinderung“ bzw. „Hilfe und Pflegebedarf“ sollten qualitative Untersuchungen folgen, „... die im Sinne einer relationalen, Person- und Umweltmerkmale umfassenden Perspektive die bislang unzureichenden empirischen Erkenntnisse zur Situation von Menschen mit Behinderung ergänzen“ (Häußler 1996, S.78).

6. Social support

Gleichberechtigung und Partizipation am gesellschaftlichen Leben sind vorrangige und erklärte sozialpolitische Paradigmen der Behindertenhilfe (Bundesverband Evangelischer Behindertenhilfe e.V. 2001). Bedarfs-

gerechte gesundheitsbezogene Leistungen sowie alle medizinischen und technischen Errungenschaften für behinderte Menschen sind allerdings wenig nutzbringend ohne multifunktionale Unterstützungsnetzwerke. Stärker noch als Menschen ohne Behinderung sind Menschen mit Behinderungen auf funktionierende soziale Netzwerke angewiesen. Funktion, Qualität und strukturelle Beschaffenheit der Beziehungen in diesem Netzwerk entscheiden über das Unterstützungspotenzial. Integrationsbemühungen auf allen gesellschaftlichen Ebenen können dazu beitragen, dass der einzelne betroffene Mensch seine eigene Identität aufbauen und seine Situation in der Begegnung mit dem Nichtbehinderten aktiv gestalten kann. Dieses ermöglicht ihm, seine individuellen Fähigkeiten einzusetzen, seine Rechte einzufordern und so aktiv zur Gestaltung des Gemeinwesens beizutragen (z.B. Selbsthilfegruppen). Unterstützung auf individueller Ebene schließt auch Fragen der behindertengerechten Adaptierung von und/ oder zu modernen Informations- und Kommunikationstechnologien als Aufgabe von Public-Health ein.

2.4.4 Gesundheitsförderung und Behinderung

Gesundheit ist für jeden Menschen ein zentraler Aspekt eines erfülltes Leben und eine wesentliche Voraussetzung für die Teilhabe und Partizipation am Leben in der Gemeinschaft. Die Weltgesundheitsorganisation hat mit ihrer Definition zur Gesundheitsförderung (1986), ähnlich wie beim Begriff Gesundheit, eine bis heute anhaltende, intensive Diskussion initiiert. Zentrale Fragestellung eines Programms der Gesundheitsförderung ist, wie und mit welchen Mitteln das Gesundheitspotenzial von Menschen durch persönliche, strukturelle und politische Interventionen gefördert werden kann (Kickbusch 1996). Die Ottawa-Charta der WHO wurde 1986 auf der ersten internationalen Konferenz der WHO zur Gesundheitsförderung verabschiedet und nimmt folgende Definition vor:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre

Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können“ (WHO 1986). Als Grundvoraussetzungen werden in diesem Dokument gesamtgesellschaftliche Aufgaben genannt, Gesundheit ist keine Aufgabe des Medizin- bzw. „Gesundheitssystems“, sondern kann nur mit Hilfe anderer Sektoren, insbesondere der Sozial- Umwelt- und Wirtschaftspolitik erreicht werden (Tojan, Legewie 2001).

Die Ottawa Charta hat programmatische Bedeutung und gilt mittlerweile weltweit als konzeptionelle Grundlage interdisziplinärer Gesundheitsförderung. Sie macht ein neuartiges Denken und Handeln zu Fragen von Gesundheit und Krankheit deutlich. Die Konzeption zeichnet sich aus durch einen Gesundheits- statt Krankheitsbezug, einen Lebens- und einen Umweltbezug, durch eine Handlungsorientierung sowie eine Gemeindegewesenorientierung, die sich auf Populationen und nicht nur auf einzelne Individuen bezieht. Wesentliche Leitprinzipien, die einer umfassenden Gesundheitsförderung zugrunde liegen, bestehen darin, persönliche Kompetenzen für ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu unterstützen, positive Bedingungen für die Stärkung der Gesundheit in Umwelt und Gemeinde zu schaffen und Schritte für eine „gesundheitsfördernde Gesamtpolitik“ einzuleiten.

Gesundheitsförderung als Aufgabe im Sinne der WHO soll sich nicht allein auf professionelle Anbieter und Institutionen beziehen, sondern auch informelle Systeme und Privatorganisationen ansprechen und über institutionelle Grenzen und Berufsgruppen sowie unterschiedlicher gesellschaftlicher Sektoren und Organisationen hinweg angelegt sein (Hurrelmann 2003). Nach diesem Verständnis setzt Gesundheitsförderung bei der Analyse und Stärkung von Gesundheitspotenzialen von Menschen in allen gesellschaftlichen Bereichen an. Ihr liegt ein breit angelegtes Verständnis von Gesundheit zugrunde. Mit dem Begriff Gesundheitsförderung lassen sich alle gestaltenden Aktivitäten zur Stärkung individueller und umweltbezogener Bedingungen von Gesundheit zusammenfassen. Gesundheitsförderung zielt auf die Entwicklung individueller Kompetenzen und Ressourcen, auf soziale und gesellschaftliche Verhältnisse, die Gesundheit bedingen und ausmachen. Zielgruppen der Gesundheitsförderung sind Menschen aller Lebensphasen und Altersstufen. Menschen mit Behinderungen oder chronisch Kranke sind dabei ausdrücklich eingeschlossen. Gerade und

ausdrücklich geht es im Verständnis der Weltgesundheitsorganisation darum, Menschen ein gesundes Leben trotz der Beeinträchtigung oder Behinderung sicherzustellen und sie zum lebenslangem Leben zu befähigen, um ihnen so zu helfen, die verschiedenen Phasen ihres Lebens mit eventuellen Beeinträchtigungen entsprechend bewältigen zu können.

Gesundheitsförderung bedient sich dabei vor allem solcher Strategien, die sich auf die Änderung von Gesundheitsbedingungen beziehen und in erster Linie die Beeinflussung sozialer Faktoren einschließlich des Versorgungsangebotes zum Ziel haben. Aktivitäten der Gesundheitsförderung können in unterschiedlichen Bereichen erfolgen (medizinisch, psychisch, sozial, ökologisch, kulturell etc.) Gemeinsamkeit besteht darin, dass es sich um Interventionen handelt, deren Ziel es ist, Menschen in ihrer Gesundheit zu unterstützen und zu fördern bzw. Gesundheit aufzubauen und zu stabilisieren. Unterschiede bestehen jedoch in den Zielgruppen, die sie erreichen wollen, in den Bereichen, an denen sie ansetzen, in ihren Zielen und in den Methoden, die sie einsetzen.

In enger Beziehung mit dem Konzept der Gesundheitsförderung steht die „Krankheitsprävention“. Krankheitsprävention bezieht sich auf Maßnahmen, die geeignet sind, das Auftreten einer Erkrankung durch vorbeugende Strategien zu verhindern. Krankheitsprävention richtet sich an „Risikogruppen“ d.h. an Personen(gruppen), die Merkmale für das Auftreten einer bestimmten Erkrankung aufweisen, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu Gesundheitsstörungen, Beeinträchtigungen und Krankheiten führen können. Sie hat das Ziel, gesundheitliche Risiken zu verringern und absehbare Folgen zu verhindern. Die wichtigsten Aktivitäten der Krankheitsprävention liegen in vorbeugenden Früherkennungsmaßnahmen von Gesundheitsstörungen, Abwehrstrategien von Krankheiten und Risikoverhalten sowie gezielten Hilfen und Unterstützungen im Frühstadium eingetretener Erkrankung (Walter und Schwartz 1998).

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind Interventionsstrategien eines ganzheitlichen Handelns im Kontext von Gesundheit und Krankheit unabhängig davon, ob eine Behinderung vorliegt oder nicht. Beide Handlungsstrategien stehen im Spannungsbogen besonderer Anforderungen, die durch eine Behinderung vorgegeben sind. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind zunächst Aufgabe jedes einzelnen Menschen: Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung werden dabei je nach

Schwere und Beeinträchtigung von Angehörigen bzw. von Mitarbeitern im Wohnbereich und dem Mitarbeitern des zweiten Lebensraumes (Werkstätten, Tagesförderstätten) unterstützt (Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe 2001).

Die Lebensqualität von Menschen mit körperlicher, geistiger und mehrfacher Behinderung hängt neben einer flexibel auf den jeweiligen Behinderungszustand abgestimmten medizinischen und pflegerischen Versorgung in einem nicht unerheblichen Maße von gesundheitsförderlichen Bedingungen der sozialen Umwelt ab. Auch die äußeren Lebensbedingungen, der Bereich von Wohnen und Arbeiten, die Freizeit und Sportangebote u.a. müssen gezielt unter präventiven und gesundheitsförderlichen Aspekten gestaltet sein.

Für Menschen mit geistiger Behinderung erschließen sich die allgemein zugänglichen Informationen zur Gesundheitsförderung nur sehr schwer oder gar nicht. Eine spezielle Vermittlung, Unterstützung und Anleitung ist erforderlich. Bei Menschen mit Behinderungen ist oftmals die gesundheitsbezogene Selbstwahrnehmung beeinträchtigt, Schmerzen oder auch frühe Krankheitsanzeichen werden bisweilen nicht wahrgenommen bzw. mitgeteilt. So obliegt den Professionellen die Aufgabe der Wahrnehmung und der Interpretation krankheitsbedingter Beschwerden und Erscheinungen. Gleichwohl ist jedoch die Förderung von gesundheitsbezogener Selbstwahrnehmung durch die Betroffenen und die Übung dieser Fähigkeit wichtige Aufgabe der Mitarbeiter bzw. Angehörigen. Auch der adäquate Umgang mit gesundheitlichen Risiken und Problemlagen, die oftmals im Zusammenhang mit einer Behinderung stehen, beispielsweise Verletzungsrisiken infolge von Koordinationsstörungen, Sinnesbeeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten, stellt einen wichtigen Teil des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements dar. Dieses ist zunächst Aufgabe des Betroffenen selbst. Sofern er selbst dazu nicht in der Lage ist, wird er darin von Professionellen oder/und auch Angehörigen unterstützt. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind ein multidimensionales Aufgabenfeld in der Behindertenhilfe. Es lässt sich anhand unterschiedlicher Kriterien systematisieren und differenzieren: Zielgruppen, Anwendungsfelder, Interventionsbereiche u.a..

Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Professionellen in der Behindertenhilfe – ein Thema für die Gesundheitswissenschaften

Die Beschäftigung mit Gesundheitsvorstellungen von Professionellen aus dem Gesundheitswesen gilt als ein relativ neuer Arbeitsbereich subjektiver Gesundheitsforschung. Mit der Gruppe der pädagogisch und pflegerisch Fachleute in der Behindertenhilfe wird eine Gruppe ausgewählt, die in der Forschungsarbeit meines Wissens bislang nicht berücksichtigt wurde. Die Erwartung, dass sie allein von Berufswegen besonders sensibilisiert sind für Fragen im Umgang mit Gesundheit und Behinderung, ist noch zu prüfen. Als Professionelle, die nahezu täglich in unterschiedlichster Weise mit Behinderung konfrontiert sind und die ständig mit gesundheitsbezogenen Fragen und Problemen umgehen, sind sie eine besonders interessante Untersuchungsgruppe für Fragestellungen im Zusammenhang mit Gesundheit und Behinderung.

Die Arbeit mit behinderten Menschen in institutionellen Einrichtungen der Behindertenhilfe zeichnet sich durch ein besonderes Anforderungsprofil aus: Zu den besonderen Merkmalen gehören die Dauerhaftigkeit der Beziehung zu den Klienten, die Arbeit in einem multiprofessionellen Team, die Heterogenität der Aufgaben sowie die Vielschichtigkeit der Tätigkeitsfelder innerhalb der Versorgungsstrukturen. Entscheidend für den beruflichen Kontakt ist die Entwicklung einer Grundhaltung, die den behinderten Menschen in seiner Besonderheit wertschätzt. „Ich und die Anderen müssen... ein Verhältnis finden. Je nachdem, wie das gelingt, sieht die Landschaft der Behinderten aus“ (Dörner, Plog 1996, S.67). Voraussetzung allen Handelns ist ein Verständnis von Behinderung: Die Wahrnehmung von Behinderung als etwas zum Menschen Gehörendes, statt einer pathologischen, defizitorientierten Sichtweise. Daraus lassen sich als übergeordnete handlungsleitende Ziele in der Arbeit mit behinderten Menschen ableiten:

- möglichst selbstverantwortliche Lebensgestaltung
- maximale Reduzierung von Hilflosigkeit und Abhängigkeit
- Erhalt oder Wiederherstellung von Gesundheit
- Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen
- Steigerung der Lebensqualität (Rothe, Süß 2000)

Bei der Realisierung dieser Ziele kommt den pädagogisch und pflegerisch tätigen Mitarbeitern eine wichtige Funktion zu. Neben der eigenen Grundhaltung zum Phänomen Behinderung spielt das persönliche Verhältnis zu Gesundheit und Krankheit eine wesentliche Rolle. Im beruflichen Kontakt mit den behinderten Menschen werden immer auch (gesundheitsbezogene) Grundhaltungen, Erfahrungen sowie Denk- und Verhaltensweisen kommuniziert. Berufliches Handeln wird davon stärker beeinflusst als von abstrakten Definitionen. Subjektive Gesundheitsvorstellungen können möglicherweise eine Art Gegenübertragung herstellen. Die Reflexion subjektiver Vorstellungen ist somit wichtiges Element professionellen Handelns.

Pädagogisch und pflegerisch tätige Fachleute sind professionelle Akteure der gesundheitlichen Versorgung behinderter Menschen. Sie sind tätig im Sinne von „providers of health“, „negotiators of health“ und „mediators of health“ (Graham 1985) und somit wichtige Ansprechpartner für die Gesundheitsförderung im Bereich Behindertenhilfe. Mit ihren Gesundheitsvorstellungen verbinden sich persönliche wie auch berufliche Handlungskompetenzen, um in Bezug auf die eigene und die Gesundheit von Menschen mit Behinderungen aktiv eingreifen zu können. Dabei werden vor allem solche subjektiven Kompetenzen and Voraussetzungen angesprochen, die gesundheitsbezogenes Handeln erst ermöglichen.

Gesundheitsvorstellungen von Fachleuten in der Behindertenhilfe können Hinweise auf Innovationsprozesse im Verständnis von Gesundheit und Behinderung geben. So müsste sich der Perspektivwechsel von Gesundheit mittel- und langfristig auch in den Gesundheitsvorstellungen der Fachleute in der Behindertenhilfe niederschlagen. Präventive, rehabilitative und gesundheitsfördernde Konzepte der Versorgung von Menschen mit Behinderung werden vor allen dann Akzeptanz finden, wenn sie sich mit den Gesundheitsvorstellungen der Professionellen vereinbaren lassen.

Ergebnisse der Präventionsforschung können ebenfalls als Aspekt benannt werden, warum es nützlich sein kann, sich mit subjektiven Gesundheitsvorstellungen in der Behindertenhilfe zu beschäftigen. Zunehmend setzt sich die Erkenntnis durch, dass Angebote der Gesundheitsförderung nur dann Wirkung zeigen, wenn sie die subjektive Denkweise und das Lebensgefühl der Menschen berücksichtigen. Im Hinblick auf Angebote der Gesundheits-

förderung für pädagogisch und pflegerisch tätige Fachleute können ihre Gesundheitsvorstellungen somit aufschlussreich sein.

Sich um Gesundheit und Wohlbefinden der MitarbeiterInnen in Organisationen zu bemühen ist nicht ein „soziales Anhängsel“ der Firmenpolitik, sondern ein gestaltendes Element zeitgenössischer Personal- und Organisationsentwicklung.

Gesundheitsförderung und Prävention sind schließlich integraler Bestandteil in allen Gesundheitsberufen. Gesundheitsförderung sollte nicht zusätzliches Aufgabengebiet im Sinne weiterer Aufgabenstellung verstanden, sondern als ein konstituierender Bestandteil beruflichen Handelns begriffen werden. In einem solchen ganzheitlich orientierten Konzept meint Gesundheitsförderung etwas ganz anderes als das Hinzufügen gesundheitsförderlicher Einzelmaßnahmen.

2.4.5 Der Fachbereich Epilepsie im Stiftungsbereich Behindertenhilfe der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel

Die von Bodelschwingschen Anstalten in Bethel sind die größte diakonische Einrichtung Europas. Hier werden mehr als 14.000 Menschen in Kliniken, Heimen, Schulen und Kindergärten, Wohngruppen, Werktherapien und Werkstätten für Behinderte betreut (<http://www.bethel.de>. 2004). Die zentralen Arbeitsbereiche der von Bodelschwingschen Anstalten sind die Behindertenhilfe, Altenhilfe, Jugendhilfe und Wohnungslosenhilfe, Psychiatrie, Arbeit und Rehabilitation sowie die medizinische Versorgung in Akutkrankenhäusern. Etwa 11.000 Mitarbeiter in Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung sind in den verschiedenen Arbeitsfeldern tätig. In der Erforschung und Behandlung von Epilepsie gehören die von Bodelschwingschen Anstalten zur internationalen Spitze.

Die vorliegende Untersuchung findet, wie bereits erwähnt, im Arbeitsgebiet der Behindertenhilfe im Fachbereich Epilepsie statt. Das Arbeitsfeld Epilepsie wurde im Rahmen der Reorganisation der von Bodelschwingschen Anstalten zu Stiftungsbereichen als eigener Fachbereich etabliert (Siedersleben 2002). Eine besondere Aufgabe dieses Fachbereiches ist es, mittel- und langfristige Hilfen für behinderte Menschen mit Epilepsien anzubieten, diese zu gestalten und im Sinne

bedarfsgerechter Angebote weiter zu entwickeln. Die Hilfen verstehen sich als ein Beitrag zum Angebotsspektrum des Epilepsiezentrum Bethel. Der Fachbereich gliedert sich in vier Einrichtungsverbände, denen jeweils zwischen zwei und vier Einrichtungen (Fachkrankenhaus, Wohnheim) zugeordnet sind. Aus diesen Einrichtungen werden im Rahmen dieser Pilotstudie 45 Professionelle zu ihren subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Behinderung befragt. Die Einrichtungen erbringen Leistungen der stationären Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen gemäß §§ 39/ 40 Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Rechtsgrundlage für die Angebote des Fachbereiches ist das Bundessozialhilfegesetz. Betreut werden Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert sind (§§ 39 und 40 BSHG). Die angebotenen Eingliederungshilfen sind darauf ausgerichtet, die Fähigkeiten und Möglichkeiten der behinderten Menschen zu stärken, zu entwickeln und zu fördern. Ziel ist eine möglichst umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben, kurz: eine Lebenszufriedenheit. Das Hilfeverständnis der Einrichtungen des Fachbereiches Epilepsie, wie aller Einrichtungen der von Bodenschwingschen Anstalten, leitet sich von der ethischen Grundhaltung ab, dass jeder Mensch seinen Wert und seine Würde hat. Er hat einen bedingungslosen Anspruch auf Anerkennung und die Wahrnehmung seiner Bedürfnisse und Wünsche, unabhängig von seiner Leistungsfähigkeit.

Die Bewohner werden von Mitarbeiterteams betreut, die über unterschiedliche pädagogische und pflegerische Qualifikationen verfügen. Die Professionellen arbeiten nach dem Bezugspersonensystem. Jeder Bewohner hat somit einen festen Ansprechpartner. Grundlage der psycho-sozialen und medizinischen Arbeit in den Einrichtungen ist eine individuelle Betreuungsplanung. Die personellen und räumlichen Bedingungen in einzelnen Einrichtungen ermöglichen es, auch Menschen mit gravierenden Verhaltensauffälligkeiten und Pflegerfordernissen ihren Bedürfnissen entsprechend zu betreuen. Die ärztliche Versorgung wird durch einen eigenen Ärztlichen Dienst geleistet und durch Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten ergänzt. Zusätzlich stehen auch die anderen Fachdienste zur Verfügung z.B. der Psychosoziale Dienst, der Bewegungs- und Sozialtherapeutische Dienst, die Sprachtherapie, Reit- und Musiktherapie und der Seelsorgerische Dienst.

2.4.6 Zusammenfassung

Behinderung ist eine unter vielen möglichen Eigenschaften eines Menschen und prägt nicht allein sein Wesen. Behinderung ist keine Krankheit. Viele behinderte Menschen erfreuen sich einer guten Gesundheit. Der Begriff „Behinderung“ wird von medizinischer, pädagogischer, psychologischer, sozialpolitischer, juristischer u.a. Sichtweise mit jeweils fachspezifischen Akzentuierungen definiert; dabei ist jeweils entscheidend, mit welcher Zielperspektive die Definition vorgenommen wird. Behinderung ist allerdings ein Phänomen, das einer interdisziplinären Betrachtungsweise bedarf. Für die Gesundheitswissenschaften ist das Handlungsfeld der Behindertenhilfe ein Aufgabenbereich mit vielfältigen neuen Herausforderungen. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention als zentrale Handlungsstrategien im Kontext von Gesundheit und Krankheit gelten gleichermaßen für Menschen mit und ohne Behinderungen. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind zunächst Aufgabe des Betroffenen selbst. Menschen mit Behinderungen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, werden in ihren Bemühungen um Gesundheit von Mitarbeitern im ersten Wohnbereich (Wohngruppe, Wohnheim u.a.) und des zweiten Wohnbereiches (Werkstätte, Arbeitsbereich) unterstützt.

3. Fragestellungen und Forschungsansatz der Untersuchung

In diesem Kapitel werden aus dem Forschungsstand zu Gesundheit und Behinderung Implikationen für die eigene Untersuchung (Kapitel 3.1) sowie für einen angemessenen methodischen Zugang (Kapitel 3.2) abgeleitet.

3.1 Ziele und Fragestellungen

Die Untersuchung beschäftigt sich mit Vorstellungen und Handlungskonzepten zu Gesundheit und Behinderung bei pädagogisch und pflegerisch tätigen Fachleuten in der Behindertenhilfe. Was sie zu ihrer eigenen Gesundheit denken und was für sie Gesundheit bei Menschen mit Behinderung(en) bedeutet, steht im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Dazu sollen die individuellen Erscheinungsformen der Gesundheitsvorstellungen der Professionellen analysiert und rekonstruiert werden, um diese anschließend in den Kontext berufsspezifischen Handelns zu stellen. Eine salutogenetische Orientierung, deren Fokus auf einer positiven gesundheitlichen Entwicklung von Individuen und von Bevölkerungsgruppen liegt, ist Grundlage für die Konzipierung der eigenen Untersuchung. Die pädagogisch und pflegerisch tätigen Fachleute werden dabei als Experten ihrer eigenen Gesundheit und als Koproduzenten der Gesundheit von Menschen mit Behinderung angesprochen.

Die Untersuchung ist als Pilotstudie konzipiert, die einen ersten Einblick in ein wenig erforschtes Untersuchungsfeld vermitteln soll. So beschränkt sie sich auch nur auf eine relativ geringe Anzahl von pädagogisch und pflegerisch tätigen Fachleuten aus dem Fachbereich Epilepsie. Intention der Untersuchung ist eine ausschnitthafte erste Bestandsaufnahme zu Gesundheitsvorstellungen bei Fachleuten in der Behindertenhilfe, nicht repräsentative Ergebnisse. Die subjektiven Gesundheitsvorstellungen der Professionellen sind von Bedeutung, weil sie eigenes gesundheitsbezogenes Handeln wie auch professionelles Handeln in der Behindertenhilfe mitgestalten. Um Gesundheit zu stärken und stabile Veränderungen im Alltag der Behindertenhilfe zu erreichen, ist es ratsam, ihre Gesundheitsvorstellungen zu thematisieren und als Elemente professioneller Interaktion mit einzubeziehen (siehe dazu auch Kapitel 2.3). Eine besondere

Akzentuierung erhält dieser Aspekt darüber hinaus dadurch, dass pädagogisch und pflegerisch tätige Fachleute wichtige Bezugspersonen für Menschen mit Behinderungen sind, für die sie zeitweise oder dauerhaft und in unterschiedlichem Umfang gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen. Die Professionellen übernehmen damit eine bedeutungsvolle Funktion für die Gesundheit der behinderten Menschen, die sie betreuen. Möglicherweise (unbewusst) einfließende eigene subjektive Gesundheitsvorstellungen können dabei eine Variable darstellen, deren Reflexion wichtig für den beruflichen Kontakt mit behinderten Menschen ist.

Subjektive Vorstellungen und Konzepte von Gesundheit stellen gegenwärtig ein Forschungsgebiet dar, das zunehmend an Aktualität gewinnt. Die Analyse von Gesundheitsvorstellungen, wie sie in dieser Untersuchung vorgenommen wird, lenkt den Blick stärker auf das Phänomen Gesundheit. Sie soll Aufschluss darüber geben, welchen Stellenwert gesundheitsorientiertes Handeln, Gesundheitsförderung und Prävention im Handeln bei Fachleuten in der Behindertenhilfe haben. Umgekehrt betrachtet, können die Ergebnisse einen Beitrag zur Differenzierung der Gesundheitstheorie leisten. Mit der Analyse von Gesundheitsvorstellungen bei Professionellen in der Behindertenhilfe wird zugleich eine Berufsgruppe im Gesundheitswesen angesprochen, über die in der Literatur vergleichsweise wenig bekannt ist. Viele offene Fragen gibt es ferner im Bezug auf gesundheitsbezogene Kognitionen im Zusammenhang mit Behinderung: Die für diese Untersuchung relevanten Fragen repräsentieren nur einen kleinen Teilaspekt gesundheitswissenschaftlicher Fragestellungen im Zusammenhang mit Behinderung.

Hauptanliegen der Untersuchung ist also die Erfassung und Deskription subjektiver Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsbezogener Kognitionen und Vorstellungen im Zusammenhang mit Behinderung. Die Ergebnisse sollen zum Abschluss der Arbeit (Kapitel 5) auf dem Hintergrund interdisziplinärer Theorien zu Gesundheit und Behinderung diskutiert werden und können zur konzeptionellen Weiterentwicklung bzw. Modifizierung von Gesundheitsförderung in der Behindertenhilfe genutzt werden. Sie können möglicherweise dazu beitragen, Gesundheitsförderung als Unternehmenskultur in den Einrichtungen der von Bodelschwingschen Anstalten zu etablieren. Darüber hinaus soll die Untersuchung einen Beitrag leisten, Ergebnisse der

Salutogeneseforschung für den Bereich der Behindertenhilfe zu nutzen und zum Dialog anzuregen. Sie richtet damit zugleich den Blick auf einen Aufgabenbereich der Public-Health-Forschung, der bislang vergleichsweise wenig berücksichtigt wird. Die Untersuchung soll insgesamt einen Beitrag zur Orientierung auf eine im eigentlichen Sinne des Wortes konzipierte Gesundheitswissenschaft leisten.

Aus den genannten Zielen lassen sich folgende untersuchungsleitende Fragestellungen ableiten:

- Was verstehen Fachleute in der Behindertenhilfe unter Gesundheit?
- Was bedeutet für sie persönlich Gesundheit?
- Welche Lebensbereiche beeinflussen ihrer Meinung nach Gesundheit?
- Was tun sie persönlich für ihre Gesundheit?
- Wie schätzen sie ihren eigenen momentanen Gesundheitszustand ein?
- Was bedeutet für sie Gesundheit bei Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung?
- Welche Lebensbereiche beeinflussen ihrer Meinung nach die Gesundheit von Menschen mit Behinderungen?
- Wie erleben und bewerten sie den täglichen Umgang mit Behinderung?
- Welchen Stellenwert hat Gesundheitsförderung in ausgewählten Bereichen der Behindertenhilfe
- Was halten sie für wichtig, um die Gesundheit der behinderten Menschen zu unterstützen?
- Welche Konsequenzen lassen sich aus den Untersuchungsergebnissen für Gesundheitsförderung in der Behindertenhilfe ableiten?

3.2 Methoden der Untersuchung

Die Erforschung subjektiver Vorstellungen von Gesundheit steht in der Tradition subjektorientierter Forschungsansätze (vgl. Herzlich 1973, die Übersichten bei Dann 1991, Flick 1991, 1998, Belz-Merk, Bengel & Strittmatter 1992, Faltermaier 1994, Belz-Merk 1995, Strittmatter 1995, Bengel & Belz-Merk 1996). Sie gehen überwiegend von einem qualitativen Zugang aus und belegen die Komplexität und Multidimensionalität subjektiver Vorstellungen. Die Frage, ob

sich Aspekte gesundheitsbezogener Kognitionen auch im Rahmen von Fragebogenstudien erfassen lassen, lässt sich, wie u.a. die Studie von Kolip (1998) deutlich macht, eindeutig bejahen. Ein solches Verfahren ist zwar mit einigen inhaltlichen Einschränkungen verbunden, da den Gesundheitsvorstellungen nicht in allen Dimensionen nachgegangen werden kann, gleichwohl eröffnet es andere interessante Perspektiven, da gesundheitsbezogene Wissens- und Erfahrungsbestände mit andern quantitativ erhobenen Variablen in Beziehung gebracht werden können. Die Kombination eines qualitativen und quantitativen Verfahrens zur Erfassung von Gesundheitsvorstellungen in dieser Untersuchung wurde nach den aus der Literatur vorliegenden Erfahrungen (Kolip 1994, 1998; Strittmatter 1994, Kuhlmann 1996) entwickelt und auf die untersuchungsleitenden Fragestellungen ausgerichtet. Die Untersuchung orientiert sich u.a. an Studien von Faltermaier (1994) und Kuhlmann (1996), die thematische Bezüge zu dieser Arbeit aufweisen, was den Teil der subjektiven Vorstellungen von Gesundheit betrifft. Mit der Frage nach Gesundheitsvorstellungen im Zusammenhang mit Behinderung wird allerdings ein thematisches Neuland betreten.

3.2.1 Qualitative und quantitative Forschungsmethoden

In der vorliegenden Untersuchung kommt eine Methodenkombination von mündlicher und schriftlicher Befragung zum Einsatz. Der Hauptakzent liegt dabei auf qualitativen methodischen Vorgehen; die Ergebnisse werden durch die Fragebogenauswertung ergänzt. Die Methodenauswahl basiert auf folgenden Überlegungen:

Qualitatives wie quantitatives Denken zeigen sich in der Regel in jedem Forschungs- und Erkenntnisprozess (Mayring 2002). Qualitative und quantifizierende Methoden, so das methodische Verständnis dieser Untersuchung, sind keine Gegensätze, sondern sie ergänzen sich gegenseitig. „Jeder liefert eine Art von Information, die sich nicht nur von der anderen unterscheidet, sondern auch für deren Verständnis wichtig ist. ... Die Anwendung einer bestimmten Methode kann man nicht mit seinem „Paradigma“ oder seinen Neigungen begründen, sondern sie muß von der Eigenart des jeweiligen Forschungsproblems ausgehen“ (Wilson 1982, S.501). Die Auswahl der Methode ist allerdings nicht

nur abhängig von der Fragestellung der Untersuchung und den theoretischen Prämissen, sondern auch von den zur Verfügung stehenden personalen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen.

Qualitative und quantitative Verfahren konkurrieren nicht miteinander, sie unterscheiden sich ausschließlich hinsichtlich ihres Abstraktionsgrades und den sich daraus ableitenden Erfordernissen (vgl. dazu Sturm 1994).

Qualitative, nicht standardisierte Methoden bieten sich vor allem dann an, wenn über den Forschungsgegenstand wenig bekannt ist bzw. wenn die vorhandenen Erklärungsmuster als die einzig möglichen angezweifelt werden. Sie sind aber auch angebracht, wenn ein Forschungsgegenstand sehr komplex, differenziert und nicht auf wenige Aspekte reduzierbar erscheint. Subjektive Vorstellungen sind charakterisiert durch diese Komplexität und Vielschichtigkeit. Qualitative Methoden können generell in deskriptiv-explorativer Funktion eingesetzt werden. Sie eignen sich zur empirischen Überprüfung theoretischer Modelle und zur Hypothesen- bzw. Theoriegenerierung. Die Theoriebildung erfolgt dann schrittweise und wird während der Untersuchung weiterentwickelt (vgl. dazu Strauss & Corbin 1996, Mayring 2000).

Subjektive Vorstellungen erfordern demnach ein Verfahren, das geeignet ist, die Wirklichkeit anhand der subjektiven Sicht der Gesprächspersonen entsprechend zu erfassen. Die Offenheit und Flexibilität eines qualitativen Vorgehens ermöglicht es, neue, bisher nicht bekannte Sachverhalte zu entdecken. Es besteht damit die Möglichkeit, reflexives Datenmaterial zu erheben; widersprüchliche Aussagen, Ambivalenzen, Uneindeutigkeiten der Befragten sind ausdrücklich zugelassen, um „Aufschluß (...) über verwickelte Details von Phänomenen“ zu erhalten (Strauss/ Corbin 1996).

Quantitative Verfahren mit ihrer standardisierten Befragungs- und Beobachtungsform hingegen eignen sich allgemein sehr gut zur objektiven Messung zahlenmäßiger Ausprägungen und Zusammenhänge von Sachverhalten, zum Testen von Hypothesen und zur Überprüfung statistischer Zusammenhänge. Sind zu einem Forschungsgegenstand bestimmte Verallgemeinerungen bereits bekannt und kann auf einen soliden Erkenntnisstand zurückgegriffen werden, ist eine sich auf bestimmte Fragestellungen beschränkende Quantifizierung durchaus sinnvoll. Ein Vorteil quantitativer Methoden besteht in der Standardisierung, die

es z.B. erlaubt, Antworten leicht und auf ökonomische Weise miteinander zu vergleichen. In der Methodologie quantitativer Verfahren wird der Untersuchungsablauf vorstrukturiert bzw. standardisiert; in einem Fragebogen wird beispielsweise der Kommunikationsablauf zwischen Forscher und Befragten standardisiert, um auf diese Weise u.a. die intersubjektive Überprüfbarkeit herzustellen und die Reproduzierbarkeit der Erhebung und Auswertung zu sichern.

Mit der Kombination verschiedener Methoden (häufig auch mit dem Stichwort Triangulation verknüpft), sollen vor allem die Grenzen beider methodischen Zugänge kompensiert werden (Flick 2000). Nachdem Triangulation zunächst als Instrument zur Validierung der Ergebnisse verstanden wurde, wird sie heute als methodisches Verfahren diskutiert, das eine breitere und tiefere Erfassung des Untersuchungsgegenstandes ermöglicht. So lassen sich über die Kombination verschiedener methodischer Zugänge und Perspektiven beispielsweise unterschiedliche Bereiche des untersuchten Gegenstandes erfassen. Aufgrund ihrer Schwerpunktsetzung heben die Verfahrensweisen sehr unterschiedliche Seiten eines möglicherweise gleichen Gegenstandsbereiches hervor, deren Abbildungen sich zu einem einheitlichen Bild ergänzen können.

Die Verbindung qualitativen und quantitativen Vorgehens in der vorliegenden Untersuchung entspricht dem Grundverständnis, dass die kombinierten Verfahren untereinander als gleichwertig wahrgenommen werden und nicht vorab ein Verfahren als das zentrale und das andere im Sinne einer Vorstufe oder Illustration Beachtung findet.

Die Kombination von Interview und Fragebogen leitet sich zum einen aus dem Forschungsstand zu Gesundheitsvorstellungen und Behinderung ab, zum anderen aus dem pragmatischen Forschungsinteresse, das sich mit dieser Untersuchung verbindet. Indem beide Verfahren zur Anwendung kommen, lassen sich auch die Vorteile beider Vorgehensweisen nutzen. Zusammenfassend kann festgestellt werden:

1. Die Fragestellung der Untersuchung beinhaltet sowohl ein theoriegeleitetes wie auch ein gegenstandsbezogenes Forschungsinteresse, so dass prinzipiell beide Forschungsmethoden zur Anwendung kommen bzw. eine Kombination sinnvoll erscheint.

2. Subjektive Gesundheitskonzepte zeichnen sich durch ihre Komplexität und Vielfältigkeit aus. Qualitative Methoden bieten sich hier an, um subjektive Vorstellungen und Kognitionen zu beschreiben und zu interpretieren, um Zusammenhänge zu verstehen und Klassifikationen oder Typologien aufzustellen. Aus den gewonnenen Erkenntnissen sollten sich dann relevante Beurteilungskriterien für den Sachverhalt und Konsequenzen für die Praxis ableiten lassen. Gleichwohl enthalten die subjektiven Gesundheitskonzepte Teilaspekte, die sich unter Anwendung statistischer Prüfverfahren mit anderen qualitativ erhobenen Daten in Beziehung setzen lassen. So können Sachverhalte objektiv gemessen und objektive Daten verglichen werden. Die Kombination Interview und Fragebogen versteht sich in dieser Untersuchung als Ergänzung von Ergebnissen und Perspektiven, „als Strategie, Erkenntnisse durch die Gewinnung weiterer Erkenntnisse zu begründen und abzusichern“ (Flick 2000, S.311). Sie richtet sich dabei auf eine größtmögliche Berücksichtigung der Kriterien qualitativer und quantitativer Forschung, um den Theorieentwurf möglichst dicht zu gestalten.

3. Die gesundheitswissenschaftliche Forschung in der Behinderungshilfe steht noch am Anfang. Weiterentwicklungen im Bereich der Gesundheitsforschung sind nach Meinung Faltermaiers (1997) nur möglich „...by combined disciplinary efforts and by a plurality of methods approaching and integrating a diversity of questions“ (Faltermaier, p. 362).

3.2.2 Konzeption von Fragebogen und Interview

Grundlage der Untersuchung ist ein Fragebogen, der Elemente einer mündlichen und schriftlichen Befragung enthält. Er ist auf der Grundlage thematischer Blöcke (Module) konzipiert, zu denen Fragen formuliert wurden. Diese beziehen sich auf folgende Themenbereiche:

1. allgemeine Gesundheitsdefinition
2. subjektive Gesundheitsvorstellungen
3. Bedingungen, Einflussfaktoren, Gestaltungsmöglichkeiten im Hinblick auf Gesundheit
4. subjektive Vorstellungen zu Gesundheit bei Menschen mit Behinderung
5. Bedingungen, Einflussfaktoren, Gestaltungsmöglichkeiten im Hinblick auf Gesundheit bei Menschen mit Behinderung
6. Gesundheitsförderung in der Behindertenhilfe

In einer ersten Sequenz enthält der Fragebogen fünf offene Fragen zu den vorgestellten Modulen. Dabei wird das Interview als Instrument eingesetzt, um spontan kommunizierbares persönliches Handlungs- und Erfahrungswissens der Fachleute zum Thema Gesundheit und Behinderung zu erfassen. Durch die mündliche Befragung verschiedener Personen über identische Sachverhalte lassen sich u.a. alternative Wahrnehmungsmuster kontrastieren. Das Interview in dieser Untersuchung ist als Kurzinterview konzipiert. Es entspricht damit institutionsinternen Überlegungen, möglichst vielen Mitarbeitern des Fachbereiches Epilepsie ohne zusätzlichen Zeit- und Belastungsaufwand die Teilnahme an einem Interview zu ermöglichen. Das Interview findet ausschließlich mit Fachleuten aus Einrichtungen des Fachbereiches Epilepsie statt, die im Tagdienst tätig sind.

Die mündliche Befragung wird als Einzelinterview durchgeführt und geht der schriftlichen Befragung voraus. Die Äußerungen werden in Stichworten mitprotokolliert und, das Einverständnis der Befragten vorausgesetzt, mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet. Als zeitlicher Rahmen wird von ca. 15-20 Minuten je befragter Person ausgegangen.

Die erste Frage (01) „*Was verstehen Sie unter Gesundheit?*“ ist als Einstiegsfrage konzipiert. Sie soll in die Thematik einführen und das Reden über die persönliche Gesundheit (02) „*Wenn Sie jetzt an sich ganz persönlich denken - was bedeutet da Gesundheit für Sie?*“ erleichtern. Die Frage zielt darauf ab, die persönlichen Vorstellungen von Gesundheit zu erfassen und einen Eindruck von der Vielfältigkeit der Bedeutungen zu erhalten.

Mit der dritten Frage wird das persönliche Gesundheitsverhalten (03) angesprochen. Es geht hier um die persönlichen Aktivitäten der Befragten: „*Was tun Sie persönlich in gesundheitlicher Hinsicht?*“

Die sich anschließenden beiden Fragen thematisieren Gesundheit in Bezug zu Menschen mit Behinderungen. Zu der Frage (04) „*Wenn Sie jetzt an Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung denken, - was bedeutet da für Sie Gesundheit?*“ sollen die Fachleute ihre Vorstellungen darüber äußern, was für Sie Gesundheit bei Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung bedeutet: Ihre subjektiven Erfahrungs- und Wissensbestände sollen dabei im Vordergrund stehen. Ähnlich wie bei der Frage zum Gesundheitsbegriff geht es darum, Einblick in die verschiedenen Inhalte und Dimensionen des Gesundheitsbegriffs zu erhalten, hier allerdings mit spezifischem Bezug zu behinderten Menschen.

In der fünften Frage wird der Aspekt Unterstützung und Förderung der Gesundheit von Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen des Fachbereiches Epilepsie angesprochen. Die Frage (05) „*Was halten Sie persönlich für wichtig, um die Gesundheit der behinderten Menschen, die sie in ihrer Einrichtung betreuen, zu unterstützen?*“ zielt darauf, von den Fachleuten zu erfahren, welche Elemente ihrer Meinung nach eine Rolle spielen für die Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung der behinderten Menschen, die sie betreuen.

Den zweiten Teil des Fragebogens bilden geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien zu verschiedenen Aspekten der Gesundheit. Die Fragen enthalten immer eine persönliche Ansprache (wie schätzen Sie ..., welche Bedeutung haben aus ihrer Sicht etc.) und beziehen sich auf subjektive Überzeugungen und Erfahrungen. Dieses Vorgehen soll den Befragten verdeutlichen, dass ihre persönlichen Kenntnisse und Erlebensweisen von Interesse sind und ihre Antworten nicht im Sinne einer sozialen Erwünschtheit reduziert werden. Zu den Fragen werden Ratingskalen vorgelegt, mit deren Hilfe

sie eine quantifizierende Einschätzung ihrer Überzeugungen und Einstellungen vornehmen können. Die Pole der fünfstufigen Ratingskalen sind jeweils definiert. Das Fragebogenmodul *subjektive Gesundheitsvorstellungen* beinhaltet neben der offenen Frage im Interview die Frage nach dem Stellenwert von Gesundheit im Leben (06), der persönlichen Beschäftigung mit Gesundheit (23) sowie der Einschätzung des persönlichen Gesundheitszustandes (07/ 08).

Zum Themenbereich *Einflussfaktoren, Voraussetzung und Gestaltungsmöglichkeiten von Gesundheit* zählt zum einen der Fragenkomplex zur Bedeutung verschiedener Lebensbereiche für Gesundheit. Die 14 Items (09-22) berücksichtigen relevante Aspekte subjektiver Einschätzungen von Gesundheit und umfassen die Bereiche soziales Umfeld im näheren und weiteren Sinn, körperliches und psychisches Erleben, die Bereiche Ernährung, Genussmittel, Bewegung und Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems. Die Einzelangaben wurden so ausgewählt, dass sie sowohl für die Lebenswelt nicht behinderter wie auch behinderter Menschen zutreffend sein können und prinzipiell die Möglichkeit eines Vergleiches beider Lebenswelten bereitstellen. Eine andere Frage zu diesem Themenbereich bezieht sich auf die berufliche Zufriedenheit als Einflussfaktor auf die persönliche Gesundheit. Gestaltungsmöglichkeiten von Gesundheit beziehen sich auf konkrete Gesundheitsaktivitäten der Befragten und thematisieren den persönlichen Beitrag zur Gesundheit (25-35) Die Items berücksichtigen Verhaltensweisen, die mit Lebensgewohnheiten und Gesundheitsvorsorge zu tun haben und ergeben sich auch hier aus der Schnittmenge relevanter Möglichkeiten. Sie beschreiben eine Auswahl von Aktivitäten, die allgemein als gesundheitsförderlich gelten und prinzipiell, wenngleich mit teilweise sehr unterschiedlicher Gewichtung, auch für die Gesundheit behinderter Menschen zutreffend sein können. Auf diese Weise können einzelne Aspekte zur persönlichen Gesundheit und zur Gesundheit behinderter Menschen untereinander verglichen werden.

Das Modul *subjektive Gesundheitsvorstellungen zu Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen* wird primär durch die Frage nach der Bedeutung von Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen abgedeckt (04). Eine Ergänzung dazu ist die Frage, ob sich der tägliche Umgang mit behinderten Menschen auf das persönliche Gesundheitserleben auswirkt. Sie ist zugleich Überleitungsfrage zum Modul *Bedingungen Einflussfaktoren, Gestaltungsmöglichkeiten für Gesundheit*

bei Menschen mit Behinderung. Bei der Frage nach der Bedeutung verschiedener Bereiche für die Gesundheit behinderter Menschen (38-51) kommen die gleichen Items zur Anwendung wie bei der entsprechenden Fragestellung (Item 09-22) im vorangegangenen Modul. Das gleiche Prinzip liegt auch den Items zum Stellenwert verschiedener Aspekte im Umgang mit behinderten Menschen zugrunde (54-65), deren Gegenstück die persönlichen gesundheitsförderlichen Verhaltens -und Lebensweisen (25-35) sind. Allerdings wurde in Bezug auf die Gesundheit behinderter Menschen eine Erweiterung durch das Item Medikamenteneinnahme vorgenommen, da regelmäßige Medikamenteneinnahme bei bestimmten Erscheinungsformen von Behinderung (z.B. bei vorliegender Epilepsie) in den meisten Fällen unverzichtbar ist. Ergänzend zu diesem Modul sind die beiden Fragen, bei denen es um gesundheitsbezogene Kommunikation mit den behinderten Menschen (52) und persönliche Überzeugungen (53) geht.

Dem letzten Modul *Gesundheitsförderung in der Behindertenhilfe* ist zum einen die letzte Frage des Interviews („Was halten Sie persönlich für wichtig um die Gesundheit der Menschen, die sie in Ihrer Einrichtung betreuen zu unterstützen?“) sowie die Fragen nach dem Stellenwert von Gesundheitsförderung in ausgewählten Bereichen (66-69). Ein letzter Aspekt zu diesem Modul bezieht sich auf die Einschätzung ausgewählter Maßnahmen zur Unterstützung von Gesundheit im Arbeitsbereich der Befragten.

Die letzte Seite des Fragebogens erfasst soziografische Daten der Befragten und Fragen zu ihrem Tätigkeitsfeld in der Behindertenhilfe.

Vor der Untersuchungsphase wurden vier Probebefragungen (zwei Frauen, zwei Männer, davon zwei in der Behindertenhilfe tätig) durchgeführt, um die Akzeptanz, Dauer und Länge des Erhebungsinstrumentes zu überprüfen. Die Probebefragung führte zu einer Neuformulierung einzelner Fragen und zu einer Kürzung der Fragebogenlänge.

3.3 Durchführung der Untersuchung

3.3.1 Datenzugang und Datenerhebung

Die Zusammensetzung der Stichprobe berücksichtigt zunächst allgemeine Grundsätze des samplings: Danach soll die Stichprobe den theoretischen Überlegungen und der Fragestellung der Untersuchung angepasst werden, heterogen zusammengesetzt sein und möglichst typische Vertreter enthalten. Die Auswahl der Untersuchungsgruppe wird gestützt durch die forschungsrelevanten Fragestellungen der Untersuchung und durch forschungsmethodische Überlegungen sowie den institutionsinternen Erfordernissen zur Umsetzung des Projektes (organisatorische Zuständigkeiten und pragmatische Umsetzbarkeit). Ihr ging die grundsätzliche institutionsinterne Entscheidung voraus, die Untersuchung nur innerhalb des Fachbereiches Epilepsie im Stiftungsbereich Behindertenhilfe der von Bodelschwingschen Anstalten durchzuführen. So war das Untersuchungsfeld klar begrenzt und überschaubar. Zugleich hatte es ein eigenes Profil, das durch fachspezifische Anforderungen im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild Epilepsie und den besonderen Aufgaben des Fachbereiches Epilepsie vorstrukturiert ist. Mit der Begrenzung auf den Fachbereich Epilepsie konnte ferner sicher gestellt werden, dass das Aufgabenspektrum der Mitarbeiter weitgehend vergleichbar ist.

An der Untersuchung waren Mitarbeiter aus jedem der vier Einrichtungsverbände beteiligt. Die Auswahl der Stichprobe erfolgte nach dem Kriterium pädagogische Tätigkeit – pflegerische Tätigkeit in der Behindertenhilfe sowie dem Geschlecht. Die Kontakte zu den Befragten entstanden auf dem Weg über die Fachbereichsleitung Epilepsie zu den Teamleitungen der einzelnen Einrichtungen. Das Projekt wurde zunächst in einer Mitarbeiterbesprechung auf der Ebene von Einrichtungsleitern vorgestellt und motivierende Impulse für die Unterstützung gegeben. Über die Einrichtungsleitung wurden die Teamleitungen der Wohngruppen von dem Vorhaben informiert. Es bestand das grundsätzliche Angebot, das Forschungsprojekt innerhalb der Dienstbesprechungen in den einzelnen Einrichtungen vorzustellen. Die Rückmeldung interessierter Mitarbeiter an dem Projekt teilzunehmen, erfolgte vorwiegend auf dem Weg über die Teamleitung; einige Mitarbeiter meldeten sich auch im telefonischen Kontakt

persönlich und nannten teilweise weitere Interessenten. Die Terminabsprachen mit den jeweiligen Mitarbeitern erfolgten persönlich.

Durchführung der Untersuchung

Die Untersuchung fand in der Zeit von Dezember 2002 bis April 2003 in Einrichtungen des Fachbereiches Epilepsie im Stiftungsbereich der von Bodenschwingschen Anstalten Bethel statt.

Die Interviews wurden in Räumen der jeweiligen Einrichtungen durchgeführt. In der Regel fanden sie in einem Dienstzimmer der jeweiligen Wohngruppe statt. Ein Interview wurde im Zimmer einer schwerst-mehrfachbehinderten bettlägerigen Bewohnerin durchgeführt, ein weiteres in einem gemeinschaftlich benutzten Wohnraum in Anwesenheit einer schwerbehinderten Frau, die sich während des Interviews immer wieder durch lautes Rufen bemerkbar machte. Bei einem anderen, ebenfalls in einem gemeinschaftlich genutzten Wohnraum durchgeführten Interview, war ebenfalls ein schwer- und mehrfach behinderter Bewohner anwesend.

Zu Beginn eines jeden Interviews wurde nochmals ein Hinweis auf das Ziel der Untersuchung, die Zusicherung von Anonymität, die Vorgehensweise der Untersuchung und das Ausfüllen des Fragebogens gegeben (auf der Grundlage eines vorbereiteten Skripts). Alle Daten wurden von mir selbst erhoben. Die Interviews dauerten in der Regel zwischen 15 und 30 Minuten und wurden mit dem Einverständnis der Befragten aufgezeichnet. Nur einer der Probanden lehnte ein Interview ab und beantwortete ausschließlich den Fragebogen. Keiner der Befragten war der Autorin persönlich bekannt. Häufig schlossen sich längere, nicht aufgezeichnete Gespräche an, in denen die Mitarbeiter über ihre tägliche Arbeit mit den behinderten Menschen berichteten. Nach jedem Interview wurden persönliche Eindrücke in Kurzform notiert. Überwiegend im Anschluss an das Interview haben die Probanden den Fragebogen ausgefüllt und zurückgegeben; in jedem Fall erfolgte die Beantwortung des Fragebogens selbständig und anonym. In Einzelfällen (3) wurde der Fragebogen per Post zugesandt und zwar nur dann, wenn eine unmittelbare Bearbeitung aufgrund aktueller Ereignisse in den Wohngruppen oder aus terminlichen Gründen nicht mehr möglich war. Die

Probanden zeigten insgesamt Interesse an dem im Interview angesprochenen Themenbereichen. Ihre anfangs recht kurz gehaltenen Antworten auf die Interviewfragen wurden in dem Maße detaillierter und persönlicher, wie sie sich auf die Interviewsituation und die Thematik einlassen konnten.

Eine zurückhaltende Gesprächsstrukturierung auf der Basis der vorgegebenen Fragestellungen stand im Vordergrund, um den Gesprächspartnern Raum für individuelle Darstellungen, Erklärungen, Sinndeutungen u.a. zu geben. Nicht die Richtigkeit von Annahmen und Kognitionen standen im Interesse, sondern deren Inhalte, über die die Befragten selbst bestimmen sollten. Die Distanz zu wahren zwischen Offenheit, Neugier, und Sensibilität sowie der notwendigen Zurückhaltung zum Gegenstand der Untersuchung, wie es für ein wissenschaftliches Vorgehen notwendig ist, war eine ständige Herausforderung im Gespräch mit den Probanden. Anlässe für interessante Diskussionen, Fragen, Stellungnahmen, Kommentare und Bewertungen standen ausreichend zur Verfügung. Auch wurden häufig Aspekte angesprochen, die persönlich berührten, beispielsweise die tägliche Konfrontation der MitarbeiterInnen mit pflegebedürftigen behinderten Menschen. Sie machten das Nachdenken über die eigene Gesundheit und über Gesundheit im Zusammenhang mit Behinderung unumgänglich.

Alle Interviews wurden wörtlich vollständig transkribiert. Die Transkripte umfassen insgesamt ca. 180 Seiten, jedes Interview durchschnittlich vier Seiten. Wörtliche Zitate aus dem Interview sind ohne Anführungszeichen kursiv gedruckt und werden mit der Zeilenangabe des Interviewtranskriptes angegeben. Kurze Pausen sind durch Punkte im Satz „...“., inhaltliche Brüche, gedankliche Sprünge und längeres Überlegen sind durch Gedankenstriche (–) kenntlich gemacht. Auslassungen sind durch Klammern mit Punkten markiert (...), Betonungen fett gedruckt und Hinweise auf wichtige nonverbale Äußerungen werden in Klammern gesetzt.

3.3.2 Beschreibung der Stichprobe

Die Untersuchungsgruppe besteht aus 45 Probanden: 23 sind weiblich, 22 männlich. Die Altersstufe umfasst den Rahmen von 19-51 Jahren; das Durchschnittsalter beträgt 41 Jahre. Der Anteil der über vierzigjährigen ist deutlich größer als die Anzahl der Probanden jüngeren Alters. Die befragten Fachleute sind als ErzieherInnen, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen, Krankenschwestern/Krankenpfleger, HeilerziehungspflegererIn, PflegehelferIn und AltenpflegerIn in der Behindertenhilfe tätig. Sie arbeiten dort im Durchschnitt seit ca. 14 Jahren.

Der überwiegende Teil der Befragten hat einen mittleren Bildungsabschluss (29%) oder verfügt über eine Fachhochschulreife (27%). Ein Proband mit Hauptschulabschluss sowie eine Fachkraft mit Promotion repräsentieren den niedrigsten bzw. höchsten Bildungsabschluss. Ein abgeschlossenes Studium haben 22% der Befragten, 16 % Abitur.

Von den Probanden arbeiten 21 Personen (46%) in einem Fachkrankenhaus, 23 (51%) sind in einem Heim für Behinderte tätig. 22 (49%) haben eine Vollzeitbeschäftigung in der Behindertenhilfe, ebenso viele (49%) sind in Teilzeit Beschäftigte. 18 der befragten Personen (40%) geben als Familienstand „ledig“ an, 17 (38%) „verheiratet“, 5 Personen leben in einer Lebensgemeinschaft, 3 sind geschieden, eine Person ist verwitwet, eine macht keine Angaben zum Familienstand. 20 Personen (44%) der Untersuchungsgruppe haben keine Kinder. Die Eltern unter den Fachleuten haben überwiegend zwei Kinder (27%) bzw. ein Kind (20%).

3.4 Datenauswertung

Für die Analyse bzw. Auswertung der Untersuchungsergebnisse liegt zum einen qualitativ erhobenes Untersuchungsmaterial vor, zum anderen Datenmaterial zum Fragebogen. Die Interviews werden auf der Grundlage und Technik der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2000) ausgewertet. Die Auswertung erfolgte ohne EDV- gestützte Verfahren. Für die quantitative Datenanalyse wurde das Pogrammsystem SPSS Version 10 benutzt.

3.4.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse eignet sich als klassische Vorgehensweise zur Analyse von Textmaterial gleich welcher Herkunft. Sie zeichnet sich unter anderem durch „ihre kommunikationswissenschaftliche Verankerung“, ihr „systematisches, regelgeleitetes Vorgehen“ als Kriterium der Reliabilität und dem „Kategoriensystem“ als zentralem Instrument der Analyse aus (Mayring 2000, S.42ff). Kritiker einer Orientierung an Kategorien werfen Mayring zuweilen vor, dass die Kategorienbildung eine analytisch-zerlegende Vorgehensweise bedeute, die ein synthetisches Verstehen des Materials behindere. Diesem Einwand entgegnet Mayring, dass gerade die Inhaltsanalyse Verfahren anbietet, „bei denen die synthetische Kategorienbildung im Vordergrund steht“ und somit „das Kategoriensystem erst das Ergebnis der Analyse darstellt“ (Mayring 2000, S.44). Der folgenden Abschnitt der Arbeit soll die Aufmerksamkeit auf die genannten Anforderungen wie Systematik und regelgeleitetes Vorgehen lenken, die Kategorienbildung ist dabei ein zentraler Aspekt. Es wird zunächst ein Aussagenkatalog gebildet, der die Interviews gliedern, vereinfachen und systematisch darstellen soll. Die folgenden Schritte entsprechen den Stationen des allgemeinen inhaltsanalytischen Ablaufmodells nach Mayring (2000, S.54ff).

Bestimmung des Ausgangsmaterials und Fragestellung der Analyse

Nach Mayring ist es zunächst erforderlich, darzulegen, „von wem und unter welchen Bedingungen das Material produziert wurde“ (2000, S.47). Er schlägt vor, das zu untersuchende sprachliche Textmaterial „in ein inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell einzuordnen“, um die Richtung der Aussagen, die gemacht werden sollen, bereits im Vorfeld festzulegen (2000, S.50). Er geht von der Lasswell'schen Kommunikations-Formel aus, („Wer sagt was, mit welchen Mittel, zu wem, mit welcher Wirkung ?“) und erweitert diese um die Komponenten: Hintergrund des Kommunikators, soziokultureller Hintergrund des Gegenstandes, intendierte und nicht intendierte Veränderungen bei den Zielpersonen und das Vorverständnis, die Fragestellungen und den Hintergrund des Inhaltsanalytikers.

In der vorliegenden Analyse sollen, ausgehend vom Textmaterial, Aussagen zu subjektiven Vorstellungen zu Gesundheit und gesundheitsbezogenen Kognitionen zu Behinderung gemacht werden. Durch das Interview sollen die Fachleute dazu angeregt werden, über ihre subjektive Vorstellungen, Erfahrungen und Wissensbestände zu Gesundheit zu sprechen und ihre Vorstellungen zu äußern, was für sie Gesundheit bei Menschen mit körperlicher, geistiger und mehrfacher Behinderung bedeutet. Die Richtung der Analyse bezieht sich darauf, Aussagen über emotionale, kognitive und handlungsbezogene Aspekte zum Gesundheitsbegriff der Professionellen zu erhalten. Daraus ergeben sich für die inhaltsanalytische Auswertung folgende Fragen:

1. Was sind die hauptsächlichen Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen bei Fachleuten in der Behindertenhilfe?
2. Welche Aussagen werden von Fachleuten in der Behindertenhilfe zu persönlichen Gesundheitsaktivitäten gemacht?
3. Was sind die hauptsächlichen Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitskonzepte mit spezifischem Bezug zu Menschen mit körperlicher, geistiger und mehrfacher Behinderung?
4. Was ist nach Meinung der Fachleute wichtig, um die Gesundheit der Menschen mit Behinderungen, die sie betreuen, zu unterstützen und zu fördern?

Bestimmung der Analysetechnik und Festlegung des Ablaufmodells

Mayring leitet unter anderem aus Überlegungen zum alltäglichen Umgang mit sprachlichem Material „drei Grundformen des Interpretierens“ (2000, S.58) ab: Die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. Ziel einer zusammenfassenden Interpretation soll sein, „das Material so zu reduzieren, daß die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (ebd.). Da es bei dem vorliegenden Textmaterial darum geht, den Diskurs sehr vereinfacht darzustellen, kommt die Technik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse zur Anwendung. Sie bietet sich immer dann an, wenn sich das Interesse primär auf die inhaltliche Ebene des Materials bezieht und eine Komprimierung zu einem überschaubaren Kurztext benötigt wird.

Dabei wird durch den Einsatz von „Makrooperationen“ wie das Auslassen, Generalisieren, die Selektion, das Bündeln u.a. das Untersuchungsmaterial auf eine höhere Abstraktionsebene gebracht und dann Schritt für Schritt verallgemeinert (2000, S.59). Die Zusammenfassung wird so „immer abstrakter“; es bildet sich schließlich ein Kategoriensystem heraus, das das ursprüngliche Material repräsentiert. Die qualitative Inhaltsanalyse zeichnet sich gegenüber anderen Auswertungsverfahren vor allem dadurch aus, dass die Analyse in einzelne Schritte zerlegt wird; sie erhöhen die Präzision der Inhaltsanalyse.

Die Kodiereinheit legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann und ausgewertet werden darf. In dieser Untersuchung wird dazu jede Aussage der Fachleute über Definition, Bedeutung, Erleben und Verstehen zu Gesundheit sowie zu persönlichen Gesundheitsaktivitäten aufgenommen. Ferner jede Aussage über gesundheitsbezogene Kognitionen und Erfahrungen (Definitionen, Bedeutung, Erleben und Verstehen) mit Bezug zu Menschen mit Behinderungen sowie Aussagen dazu, wie die Gesundheit behinderter Menschen unterstützt werden kann.

Die Kontexteinheit, die den größten Textbestandteil festlegt, der unter eine Kategorie fallen kann, ist in der vorliegenden Analyse bis zur zweiten Reduktion die konkrete Frage bzw. der einzelne Fall. Danach werden die Abstraktionen fallübergreifend gebildet. Bei der Zusammenfassung fallen Auswertung- und Kontexteinheit zusammen.

Kategorienbildung

Für die Definition der Kategorien als zentraler Prozess der Inhaltsanalyse bieten sich prinzipiell zwei Vorgehensweisen an: eine deduktive sowie eine induktive Kategorienbildung (Mayring 2000, S.74). Im Unterschied zu einem deduktiven Vorgehen zeichnet sich eine induktive Kategoriendefinition dadurch aus, dass die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess abgeleitet werden, ohne sich auf vorab formulierte Theorien zu beziehen. Auf diese Weise soll das Material möglichst naturalistisch und gegenstandsnah abbildet werden. In der Analyse des vorliegenden Textmaterials wird induktiv vorgegangen, um den Gegenstand in der Sprache des Materials zu erfassen. Die entwickelten Kategorien werden in einer Rückkopplungsschleife überprüft und einer Realitätsprüfung unterzogen. Auf diese Weise entsteht ein System von Kategorien zu den Fragen verbunden mit konkreten Textpassagen, die dann im Sinne der einzelnen Fragestellungen interpretiert werden. Die Rekonstruktion der Inhalte und Dimensionen subjektiver Vorstellungen wird unter Einbeziehung von Zitaten beschrieben, die nicht die Funktion von Belegen haben, sondern eine Generalisierung durch konkretes Füllmaterial deutlich machen sollen.

Für die weitere Analyse des Textmaterials werden in dieser Untersuchung zudem quantitative Analysen vorgenommen. Die Ergebnisse der Auswertungsfragen werden jeweils in Tabellen dargestellt und erläutert (Kapitel 4).

Die empirisch konstruierten Kategorien zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen und subjektiven Vorstellungen zu Gesundheit im Zusammenhang mit Behinderung umreißen das Spektrum gesundheitsbezogener Kognitionen bei Fachleuten der Behindertenhilfe. Sie bilden Schwerpunkte, denen sich die einzelnen Äußerungen der Probanden mehr oder weniger zuordnen lassen. Sie vermitteln damit einen ersten Eindruck über qualitative Ausprägungen zum subjektiven Verständnis von Gesundheit. Die einzelnen Kategorien sind als idealtypische Konstruktionen auf der Basis von Einzelfallanalysen zu verstehen, die nicht ganz trennscharf sind und auch die Vorstellungen nicht vollständig repräsentieren. Zudem kann die Gleichwertigkeit und Gleichzeitigkeit verschiedener Kategorien nur unzureichend vermittelt werden; auch kommt die Dynamik und der Prozesscharakter von Gesundheit nur sehr begrenzt zum Ausdruck.

3.4.2 Auswertung der Fragebögen

Von den ausgehändigten 45 Fragebögen kamen alle zurück. Die hohe Rücklaufquote hängt sicherlich damit zusammen, dass die Fragebogen bis auf wenige Ausnahmen häufig im Anschluss an das Interview bearbeitet und zurückgegeben wurden. Zugleich gibt sie Hinweise auf die positive Bereitschaft der pädagogischen und pflegerisch tätigen Mitarbeiter zur Unterstützung der Untersuchung und signalisiert ihr Interesse an einer Thematik, die von ihnen als interessant und neuartig eingeschätzt wurde.

Die Ergebnisse des Fragebogens sollen die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung ergänzen. Die Auswertung der Fragebögen erfolgte mit SPSS Version 10 / Windows. Für die geschlossenen Fragen wurden Häufigkeitstabellen erstellt. Auf statistische Testverfahren wurde verzichtet, da die einzelnen Items aufgrund der geringen Samplegröße nur gering besetzt sind und dies zu methodischen Problemen bei der Auswertung führen kann. Weiterführende statistische Korrelationsüberprüfungen zu einzelnen Items sind denkbar, wurden jedoch nicht vorgenommen, da das kleine Sample die Aussagekraft solcher Vorgehensweisen in jedem Fall relativiert. Bei der nachfolgenden Ergebnisdarstellung ist stets zu berücksichtigen, dass die Datenbasis sehr schmal ist, es können allenfalls Tendenzen für die betrachtete Berufsgruppe der pädagogischen und pflegerisch tätigen Fachleute in der Behindertenhilfe aufgezeigt werden.

4. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Untersuchungsergebnisse präsentiert:

- In einem ersten Teil erfolgt zunächst die Darstellung der Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung der Interviews.
- In einem zweiten Teil werden anhand von fünf ausgewählten Fallstudien verschiedene Personenportraits skizziert, die exemplarisch Gesundheitsprofile der Fachleute abbilden.

4.1 Ergebnisse der Qualitativen Inhaltsanalyse

Die Interviews wurden mit dem Ziel geführt, subjektive Vorstellungen von Gesundheit und gesundheitsbezogene Kognitionen mit spezifischem Bezug zu behinderten Menschen bei Fachleuten in der Behinderhilfe zu erfassen und zu rekonstruieren. Die einzelnen Schritte dazu wurden in Kapitel 3.3.2 erläutert.

Kategorienbildung zu Inhalten und Dimensionen des subjektiven Gesundheitsbegriffes

Die Kategorienbildung zur Frage „Was sind die hauptsächlichen Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen bei Fachleuten in der Behindertenhilfe? basiert auf den Aussagen der Probanden zu Frage 1 („Was verstehen Sie unter Gesundheit?“) und Frage 2 („Wenn Sie an sich ganz persönlich denken- was bedeutet da Gesundheit für Sie?“) des Interviews. Sowohl allgemeine wie auch persönliche Definitionen zum Gesundheitsbegriff fließen in die Kategoriebildung ein. Die explizite Differenzierung nach allgemeinen und persönlichen Bedeutungszusammenhängen von Gesundheit, wie sie in der Fragestellung vorgegeben war, wurde für die inhaltsanalytische Auswertung aufgehoben: Vielmehr wird von einem komplexen Gesundheitsbegriff ausgegangen, der Elemente einer allgemeinen und persönlichen Gesundheitsdefinitionen enthält.

Das Vorgehen wird damit begründet, dass:

- die Probanden die ersten beiden Fragen des Interviews häufig umdeuteten: Die Frage nach allgemeinen Aspekten von Gesundheit wurde schon mit einer persönlichen Definition und („...dass es mir körperlich und geistig gut geht“; Interview 43, 1) die Frage nach Aspekten persönlicher Gesundheit wird mit Hinweis auf einen allgemeinen Gesundheitsbegriff beantwortet („Eben das Gesagte, ganz genau“; Interview 1, 1). Als Einzelfragen wären die Antworten in der vorliegenden Form so nicht auswertbar, da die Antworten häufig erst im Kontext beider Fragestellungen zu verstehen sind. Die Angaben wechseln zudem oftmals zwischen Abstraktionen und persönlichen Aussagen.
- wissenschaftliche Theorien den Gesundheitsbegriff als komplex und vielschichtig ausweisen (vgl. Kap. 2 dieser Arbeit); allgemeine und persönliche Definitionen sind dabei Teilaspekte.
- die Anforderungen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ein solches Vorgehen zulassen, sofern es theoriegeleitet ist.

Aus dem Textmaterial wurden zunächst die hauptsächlich genannten Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen zu Kategorien zusammengefasst. Sie machen den Standpunkt der einzelnen Person deutlich und bilden Schwerpunkte, denen sich die Äußerungen der Probanden über die gesamte Anzahl der Fälle mehr oder weniger zuordnen lassen. Sie enthalten allgemeine und subjektive Erfahrungs- und Wissensbestände zu Gesundheit, d.h. Äußerungen über Inhalte, Erfahrungen, Bedeutungen und Dimensionen des Gesundheitsbegriffs.

4.1.1 Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen

In den subjektiven Vorstellungen zu Gesundheit spiegelt sich überwiegend ein Gesundheitsbegriff wider, der körperliche, psychische und soziale Aspekte von Gesundheit enthält. Die gesundheitsbezogenen Vorstellungen sind komplex und lassen ein ganzheitliches, umfassendes Gesundheitsverständnis der Befragten

vermuten. Die subjektiven Gesundheitsvorstellungen enthalten positive und negative Bestimmungselemente.

Gesundheit wird von den Professionellen als eine positive Qualität im Sinne eines körperlichen und psychischen Wohlbefindens wahrgenommen, als Fähigkeit zur Teilnahme am Leben, als eine Form von Vitalität, als Wert im Leben. Negative Bestimmungselemente beschreiben Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, das Fehlen von Schmerzen, Beschwerden und Beeinträchtigungen. Mit den subjektiven Gesundheitsvorstellungen der Fachleute verbinden sich auch ihre persönlichen Krankheitserfahrungen. Als Bezugsgrößen für Gesundheit spielen gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, das soziale Umfeld (Familie, Arbeitsplatz, Freunde) sowie gesellschaftliche Faktoren und Umweltbedingungen eine Rolle. Keine Person versteht Gesundheit nur auf einer dieser Ebenen; vielmehr prägen verschiedene Dimensionen und Inhalte die subjektiven Vorstellungen zu Gesundheit. Gesundheit wird im hohem Maße als ganzheitlicher und vielschichtiger Begriff assoziiert.

„...eigentlich finde ich das mehrschichtig. Einmal psychische Gesundheit und körperliche Gesundheit, also organisch oder eben psychisch und ...Wohlfühlen. Auch Ernährung und Bewegung gehören dazu, Essen zu haben, Umgebung, solche Dinge halt auch“ (Interview 32, 1).

Die im folgenden aufgeführten neun Kategorien benennen als Schwerpunkte die Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen bei Fachleuten in der Behindertenhilfe:

- Gesundheit als Wohlbefinden
- Gesundheit als Fähigkeit zur Teilhabe am Leben
- Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, Schmerzen und Beeinträchtigungen
- gesundheitsrelevante Verhaltensweisen als Bezugsfaktor für Gesundheit
- Gesundheit als Vitalität
- Krankheitserfahrungen als Bezugsfaktor für Gesundheit
- Gesundheit als Wert im Leben
- soziales Umfeld als Bezugsfaktor für Gesundheit
- gesellschaftliche Bedingungen und Umweltfaktoren als Bezugsfaktoren für Gesundheit

Gesundheit als Wohlbefinden

Den größten Stellenwert für das persönliche Verständnis von Gesundheit nimmt die Kategorie „Wohlbefinden“ ein. Von den Befragten wird „Wohlbefinden“ meistens als ein ganzheitlicher Begriff verwendet, der verschiedene Ebenen einschließt.

„Körperliches, geistiges, seelisches ,allgemeines und psychisches Wohlbefinden verstehe ich darunter. ... Ja was Umfassendes, Ganzheitliches ja, das ist das Schlagwort, das ist Gesundheit“ (Interview 19, 1).

Der Begriff Wohlbefinden wird überwiegend im Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden genannt. Psychisches Wohlbefinden lässt sich näher bestimmen als ein Mit-sich-im-Einklang sein, als Zufriedenheit, Balance, als positive Stimmung. Beide Aspekte sind miteinander verbunden, Übergänge werden als fließend wahrgenommen, wobei dieses Befinden in der Regel nicht weiter ausdifferenziert wird.

„... Wohlbefinden,...sowohl körperlicher als auch seelischer Natur und ja eine Ausbalanciertheit... Ja im Sinne des Wohlfühlens, gut mit sich selber im Einklang sein und dass es eine Umwelt und ein Umfeld gibt, dass quasi mit dazu beiträgt, also auch gesund zu bleiben, auch das Körperliche und Seelische ja auch. Ja, das was man selber aktiv machen kann an Fürsorge, an Vorsorge, um gesund zu bleiben“. (Interview 41, 1)

Mit körperlichem Wohlbefinden ist ein positiv bestimmter körperlicher Zustand gemeint; ein Sich-wohl-fühlen, ein Befinden, das zu Aktivitäten unterschiedlichster Art befähigt.

Die Bedeutung von Wohlbefinden im Hinblick auf die eigene Gesundheit bringt ein Proband auf die Kurzformel:

„Wenn ich gesund bin, fühle ich mich wohl und wenn ich mich wohlfühle bin ich gesund“ (Interview 29, 1).

Wohlbefinden als inhaltlicher Aspekt des Gesundheitsbegriffes ist nahezu gleichermaßen für Frauen und Männer wichtig (64%/ 70%). Auch bei der Differenzierung nach Berufsgruppen wird Wohlbefinden am häufigsten genannt.

Gesundheit als Fähigkeit zur Teilhabe am Leben

Diese Kategorie beschreibt Gesundheit als grundlegende Voraussetzung und Bedingung, am Leben teilzuhaben und das persönliche Leben zu gestalten. Mit Gesundheit ist hier etwas sehr Grundlegendes gemeint im Sinne von:

„Ja, dann habe ich Energie, fühle mich gut. Ja, dann habe ich gute Laune, „...“ kann alles mögliche machen, all so positive Sachen, aber auch mit den anderen Dingen, was mal nicht so gut läuft, kann ich dann auch besser“
(Interview 32, 1).

Gesund fühlen sich die Befragten in diesem Sinn, wenn sie machen können, was sie wollen und was zu ihrem Leben gehört. Gesundheit verbindet sich mit einem positiven psychischen Erleben und bezeichnet eine grundlegende Handlungsfähigkeit. Zudem ist sie eine wichtige Ressource, die hilft, mit Belastungen des Alltags besser zurecht zu kommen, denn

„Wenn ich gesund bin, dann läuft alles irgendwie schon besser“ (Interview 13, 1).

Gesundsein als grundlegende Fähigkeit zur Teilhabe am Leben, als Leistungs- und Bewältigungsfähigkeit bezieht in der Sichtweise der Fachleute auch den Aspekt der Rollenerfüllung als Erwerbstätiger ein.

„Gesundheit ist für mich erst mal eine wichtige Sache, um überhaupt hier funktionstüchtig zu sein, d.h. ich bin nicht gerne krank, ich arbeite auch relativ gerne und wenn ich zuhause bin und krank bin, das macht mich auch unzufrieden. ... Gesundheit ist für mich immer auch ein Zeichen von „ich habe alles richtig gemacht“. Gesamtheitlich sehe ich das.“ (Interview 14, 1)

Gesundheit wird als ein Zustand beschrieben, der praktisch alle Lebensbereiche beeinflusst. Diese gestaltende Funktion bezieht sich sowohl auf den beruflichen wie auch auf den privaten Lebensalltag.

„...Na ja, ich würde schon – aber das ist eher mein Problem – gesund sein wollen, um Menschen, die ich gern habe, irgendwie zu unterstützen. Das wäre sehr wichtig. Also eigentlich auf dem Hintergrund sehe ich auch so meine Gesundheit“ (Interview 28, 2).

Frauen (73%) sehen tendenziell häufiger als Männer (48%) Gesundheit als Potenzial, am Leben teilzunehmen. Diesen Aspekt nennen pädagogischen wie pflegerische Fachkräften fast gleich häufig als Bestimmungselement für Gesundheit.

Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, Schmerzen und Beschwerden

Diese Kategorie des Gesundheitsbegriffs orientiert sich an einem medizinischen Verständnis und beschreibt Gesundheit in Abgrenzung zum Krankheitsbegriff.

„Ja – die Abwesenheit von Krankheit, würde ich erst mal denken Keine Schmerzen haben, beweglich sein, alles schaffen, was man so vor hat, überhaupt eigentlich gar nicht denken an Gesundheit, das ist für mich gesund. ...wenn man gar nicht merkt das es irgendwo zwackt oder einen behindert oder irgendwelche Einschränkungen so vom Körper, dass der Körper sich meldet“ (Interview. 28, 1).

Gesundheit betont hier den körperlichen Aspekt im Sinne des Fehlens von Krankheiten, Schmerzen und Beschwerden. Es wird impliziert, dass Organe und physiologische Abläufe im Körper reibungslos funktionieren. Erst wenn „das Schweigen der Organe“ (Helfferich 1993) gebrochen wird, weil es irgendwo „zwackt“ oder sich eine Einschränkung bemerkbar macht, wird Gesundheit erkennbar und zwar im Sinne einer Störung oder Funktionseinbuße. Das Bestimmungselement „Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, Schmerzen und Beschwerden“ nennen weibliche als auch männliche Befragte (50%/ 48%).

Dass Gesundheit kein statischer Begriff ist und immer Stadien von relativer Gesundheit und relativer Krankheit existieren, macht folgende Aussage eines Probanden deutlich, für den Gesundheit bedeutet,

„... außer den normalen Krankheiten keine außergewöhnlichen zu haben. Mal 'ne Grippe oder so was zu haben, ist trotzdem gesund, letztlich“ (Interview 3, 1).

Die Spannbreite möglicher Erkrankungen wird hier differenziert nach „außergewöhnlichen“ Krankheiten, womit schwere Erkrankungen (Krebs u.a.) gemeint sind und sogenannten „Bagatellerkrankungen“ wie Grippe u.a.), die zum Lebensalltag gehören. Es entscheidet immer die subjektive Sichtweise, was „letztlich“ als gesund bzw. krank empfunden wird.

Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen

Die Kategorie „gesundheitsbezogene Verhaltensweisen“ thematisiert gesundheitsförderliche Lebens- und Verhaltensweisen als Bezugsgröße subjektiver Gesundheitsvorstellungen der Fachleute. Sie werden hier im Sinne allgemeiner Bestimmungselemente zum Gesundheitsbegriff genannt und berücksichtigen als Hauptbestandteile die Aspekte *Ernährung, Bewegung,*

Entspannung, auf Körpersignale achten. Im Zusammenhang mit der Frage nach Inhalten und Dimensionen werden sie an dieser Stelle nicht weiter differenziert bzw. quantifiziert, denn es erfolgt eine separate Bearbeitung im Zusammenhang mit der Frage nach persönlichen Gesundheitsaktivitäten. Die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen werden häufig global umrissen oder auch aufgezählt.

„... und natürlich, das ich dafür etwas tun muss. ...da spielt Ernährung eine große Rolle (-- in bezug auf Gesundheit (langes Überlegen) Für sich sorgen können auch in Hinsicht auf Psyche. ...Ja Reisen, Rauskommen. Viel Sonne tanken, viel Bewegung, ich bin ungeheuer gern draußen. Ich fahre gern Fahrrad, fahre gern im November in die Sonne, um für ein paar Monate Sonne zu tanken“ (Interview 16, 2).

„Also was für mich auch zur Gesundheit gehört, ist also auch so auf Körpersignale zu achten. Wann meldet mir mein Körper zurück, es geht mir gut oder ich überfordere ihn sozusagen. So dass ich dann nicht mehr mithalten kann, z.B. zu viel arbeite oder es mir nicht so gut geht, in diese Richtung halt“ (Interview 10, 1).

Gesundheit als Vitalität, Fitness

Elemente dieser Kategorie sind Aussagen, die Gesundheit als Vitalität im Sinne von Lebendigkeit, Lebenskraft definieren. Der Begriff Fitness beschreibt sowohl körperliche Fähigkeiten im Sinne sportlicher Aktivitäten als auch psychische Potenziale im Sinne von Erlebnis- und Widerstandsfähigkeit. Gesundheit wird, ähnlich wie in der Kategorie „Gesundheit als Potenzial“, mit etwas Funktionalem in Verbindung gebracht. Allerdings steht bei dieser Kategorie nicht so sehr der Aspekt der Leistungsfähigkeit (Leistung wofür und welche Leistung) im Vordergrund, sondern das körperliche und psychische aktiv- und beweglich sein:

„Ja, dann geht`s mir gut, dann bin ich fit, ich sag mal so, wenn es dem Körper gut geht, geht`s dem Geist auch gut. Ja, dann fühle ich mich einfach fit, ich strotze vor Kraft, könnte Bäume ausreißen“ (Interview 22, 2).

Körperliches und geistiges Fitsein haben Einfluss auf Sensibilität und Bewusstsein im Umgang mit dem eigenen Körper.

„Ja , für mich ist es eben so, dass ich mich wirklich körperlich und geistig fit fühle und dass ich so das, was ich denke, dass ich das auch machen kann

ohne dass ich jetzt denke „ach, das kannst du wieder nicht, da kriegst du hier das Ziepen und dann hast du hier wieder was oder dann wirst du kurzatmig...“ (Interview 43, 2).

Gesundheit in Verbindung mit Krankheitserfahrung

Der Gesundheitsbegriff wird hier von den Befragten mit eigenen Krankheitserfahrungen und gesundheitlichen Problemen in Verbindung gebracht. Gesundheit wird häufig so lange nicht wahrgenommen, wie sie vorhanden scheint und als Normalzustand angesehen wird.

„... an Krankheitsmomenten merke ich, wenn etwas aus dem Rhythmus gerät, wenn ich jetzt müde bin oder Rückenschmerzen habe oder so verschiedene Sachen habe, daran merke ich, dass ich so wie ich lebe, den Alltag verbringe, dass das sozusagen so nicht funktioniert. Es ist also ein Einschnitt. Es gibt auch einen Ausschluss an dem, was ich normalerweise mache. Daran merke ich, was sozusagen als das Andere, als Antagonismus auf der anderen Seite eben nicht funktioniert“ (Interview 33, 4).

Scheinbar bedarf es erst einer (tiefgreifenderen) Beeinträchtigung, um für die eigene Gesundheit sensibler zu werden. Durchlebte Krankheiten, die Anfälligkeit von Organen, aber auch Anzeichen des Alters werden von den Fachleuten als Signale wahrgenommen, bewusster mit der eigenen Gesundheit umzugehen.

„... weil ich einen Bandscheibenvorfall hatte, wurde ich an der Bandscheibe operiert. Und dass ich das nicht nur so mit der medizinischen Sicht sehe, sondern auch psychisch und da nicht so alles richtig gemacht habe und denke, stopp, halt, bis hierhin und nicht weiter. Also im Grunde genommen, durch die Erkrankung zu neuen Erkenntnissen gekommen“ (Interview 17, 2).

Wird Gesundheit persönlich schmerzlich erfahrbar, so vermitteln sich zugleich Erkenntnisse, die Ausgangspunkt für vorsorgendes Gesundheitsverhalten- und handeln sein können. Krankheitserfahrungen verstärken selbstverständlich auch den Wunsch nach Gesundheit.

„Na ja, für mich persönlich ist das ein Thema. Also da ich schon zweimal sehr schwer krank war und eine bösartige Erkrankung hatte, ist es natürlich für mich der herausragende Wunsch, dass ich nicht wieder erkranke ...“ (Interview 41, 1, 2).

Mehr Frauen (36%) als Männer (22%) sehen in eigenen gesundheitlichen Problemen und Krankheitserfahrungen einen Einflussfaktor für die Gesundheit.

Gesundheit als Wert

Dieser Kategorie werden Aussagen zugeordnet, in denen Gesundheit von den befragten Fachleuten als ein Wert, als „hohes Gut“ beschrieben wird. Gesundheit unterscheidet sich fundamental von allen sonstigen Dingen, nach denen Menschen streben. Für Menschen, die ihrer Gesundheit einen hohen Stellenwert beimessen, hat diese eine erkennbare Bedeutung in ihrem Leben. Dennoch verbindet sich mit einer hohen Wertschätzung von Gesundheit nicht zwangshäufig ein gesundheitsbezogenes Verhalten.

„In meiner Bewertung ist Gesundheit auch ein hohes Gut. Ich denke, es ist so gesehen auch eine Basis für andere Dinge, Gesundheit und Wohlbefinden“
(Interview 23, 1).

Die Kategorie „Gesundheit als Wert“ bzw. Gut geht über den rein instrumentellen Charakter von Gesundheit hinaus. Gesundheit als Wert, verweist auf den subjektiven Bedeutungsgehalt von Gesundheit, der in diesem Fall gegenwarts- und zukunftsbezogen ist.

„Für mich bedeutet Gesundheit, dass ich alt werden kann. Oma werden kann. Einfach zu sehen, wie meine Kinder groß werden, das mitzuerleben, da finde ich, ist Gesundheit etwas ganz, ganz wichtiges“ (Interview 16, 1).

Den Stellenwert von Gesundheit im Leben bringt ein Proband mit knappen Worten zum Ausdruck:

„...und irgendwie ist alles nichts, zumindest weniger, ohne Gesundheit“
(Interview 40, 1).

Dass Gesundheit Lebensziel sei, gibt keiner der Befragten an. In ihrem Antwortverhalten unterscheiden sich in dieser Untersuchung Frauen und Männer nicht. Bei Angehörigen von Pflegeberufen kommt die Kategorie „Gesundheit als Wert“ nicht vor.

Soziales Umfeld: Familie, Arbeitsplatz, Freunde

Unter der Kategorie „soziales Umfeld“ werden Aussagen zusammengefasst, die Familie, Arbeitsplatz und Freunde als Bezugsgrößen des Gesundheitsbegriffes berücksichtigen.

Das soziale Netzwerk, verstanden als Gefüge sozialer Beziehungen, in das eine Person einbezogen ist, ist ein wichtiges Bedingungsfeld für Gesundheit. Beschaffenheit, Qualität und Funktionen von Beziehungen in einem Netzwerk entscheiden über das Unterstützungspotential. Die verschiedenen Kontakt- und Beziehungsnetzwerke können gleichwohl Ressource wie auch Belastungsfaktor für Gesundheit sein. Als wichtig für die Gesundheit empfindet eine Probandin

„...das stimmige soziale Umfeld, dass man Freundinnen, Freunde Bekannte hat“ (interview Nr. 19, 2) und „...dass es keine Probleme auf der Arbeit gibt, es privat gut läuft, das wirkt sich schon aus“ (Interview 39, 19)

Der Hinweis auf Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz wird explizit nur einmal genannt:

„Natürlich die Arbeitsgesundheit, also der Arbeitsplatz, weil man ja den größten Teil auch auf der Arbeit ist, acht Stunden, und dass da halt auch genügend Hilfsmittel sind oder bzw. dass man auf sich selber achtet, dass man z.B. richtig hebt, dass man keine schweren Sachen trägt, dass man in Bezug auf die Bewohner auf seine Gesundheit achtet, auch zum Selbstschutz“ (Interview 31, 1)

Gesellschaftliche Faktoren, Umweltbedingungen

Die Inhalte dieser Kategorie des Gesundheitsbegriffes beziehen sich auf allgemeine gesellschaftliche Faktoren und Umweltbedingungen. Die sozioökonomische Lage und das ökologische Umfeld werden als Einflussfaktoren für Gesundheit benannt.

„Ja, es gibt da natürlich eine gesellschaftliche Komponente, die ist denn noch wieder ein bisschen komplizierter. Also bestimmte gesellschaftliche Verhältnisse formen den Menschen, formen natürlich damit auch gleichzeitig Gesundheit und rufen bestimmte Krankheiten hervor.zuletzt ist Aids auch ein Phänomen der gesellschaftlichen Verhältnisse, die sich in irgendeiner Form von Krankheit den Ausdruck verleihen. Von daher ist Gesundheit auch

ein Phänomen, was sich persönlich niederschlägt und persönliche Konsequenzen hat, aber denn auch natürlich die gesellschaftliche Komponente hat“ (Interview 37, 1).

Zu den grundlegenden, in unserer westlichen Welt häufig nicht mehr reflektierten, weil nahezu als selbstverständlich vorausgesetzten Bedingungen für Gesundheit zählen,

„... dass alle genügend zu essen haben, reine Luft bekommen zum Atmen. Reines Wasser zum Trinken. Also, dass die Lebensbedingungen halt für Menschen da sind, die gesund geboren werden und dann halt auf der Erde sich gesund erhalten können. Eine friedliche Welt, gerechte Verteilung der Güter gehört dann zur Gesundheit, ein gutes Miteinander, vernünftige Politik und so was halt, das gesamte Umfeld in dem wir leben und arbeiten“ (Interview Nr. 36, 1)

Ebenso wie

„...also Umwelteinflüsse, die durch Verschmutzungen bedingt sind oder so was, das sind ja Faktoren, die wiederum dann auch Gesundheit beeinträchtigen und beeinflussen können. Dazu gehört auch Frieden und Krieg auf dieser Welt (Interview 41, 1)

Tabelle 1: Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen -nach Geschlecht differenziert-

Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen	prozentualer Anteil bezogen auf das Verhältnis der Gesamtstichprobe			Gesamt n = 45	
	n	Frauen %	Männer %	Frauen n=22	Männer n=23
Wohlbefinden	30	64	70	14	16
Fähigkeit zur Teilhabe am Leben	27	73	48	16	11
Abwesenheit von Krankheit	22	50	48	11	11
gesundheitsbezogene Verhaltensweisen	14	27	35	6	8
Vitalität	13	32	26	7	6
Krankheitserfahrungen	13	36	22	8	5
Wert im Leben	8	18	17	4	4
soziales Umfeld als Bezugsfaktor	6	18	9	4	2
gesellschaftliche Bedingungen als Bezugsfaktor	6	14	13,0	3	3

Die Tabelle 1 zeigt die Häufigkeit der Nennungen verschiedener Inhalte und Dimensionen subjektiver Vorstellungen zu Gesundheit. In der ersten Spalte werden die am häufigsten genannten Bestimmungselemente subjektiver Vorstellungen zu Gesundheit aufgeführt; die zweite bezieht sich auf den prozentualen Anteil der Nennungen bezogen auf das Verhältnis zur Gesamtstichprobe, differenziert nach Geschlecht. Die dritte Spalte bildet, ebenfalls differenziert nach Geschlecht, die Häufigkeit der Nennungen der einzelnen Dimensionen aus der Gesamtstichprobe ab.

Tabelle 2 zeigt die Häufigkeiten der Nennungen verschiedener Inhalte und Dimensionen unter Berücksichtigung der Variable „Berufsgruppenzugehörigkeit“.

Tabelle 2: Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen -nach Berufsgruppenzugehörigkeit differenziert-

Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen	Anzahl der Nennungen nach Berufsgruppen			Gesamt n = 45 *	
	n	pflegerisch %	pädagogisch %	pflegerisch n =10	pädagogisch n=33
Wohlbefinden	28	50	70	5	23
Fähigkeit zur Teilhabe am Leben	27	60	64	6	21
Abwesenheit von Krankheit	20	50	46	5	15
Krankheitserfahrungen	13	30	30	3	10
gesundheitsbezogene Verhaltensweisen	14	0	42	0	14
Vitalität	11	20	28	2	9
Wert im Leben	8	0	24	0	8
soziales Umfeld als Bezugsfaktor	6	20	12	2	4
gesellschaftliche Bedingungen als Bezugsfaktor	6	0	18	0	6

* Von den 45 Befragten machten zwei Personen keine verwertbaren Angaben zu ihrem Beruf.

4.1.2 Persönliche Gesundheitsaktivitäten

Kategorienbildung zu persönlichen Gesundheitsaktivitäten

Grundlage für die Bildung von Kategorien sind die selbstdefinierten Gesundheitsaktivitäten der Probanden. Die Fachleute werden im Interview danach gefragt, was sie persönlich in gesundheitlicher Hinsicht tun (Frage 02). Bei

Möglichkeit der Mehrfachnennung werden die einzelnen gesundheitsbezogenen Aktivitäten den Kategorien zugeordnet, eine zusätzliche Kategorie wird zu der allgemeinen Einschätzung der persönlichen Gesundheitsaktivität gebildet.

Die im folgenden aufgeführten acht Kategorien bilden die Schwerpunkte selbstdefinierter Aktivitäten für Gesundheit:

- Bewegung
- Entspannung, Ausgleich
- Ernährung
- wenig für Gesundheit engagiert
- Arztbesuche
- Vorsorgeuntersuchungen
- Vermeidung von Stress
- Risikofaktoren meiden

Bewegung/ Sport

Diese Kategorie berücksichtigt Angaben der Probanden über sportliche Aktivität und Training (Laufen, Fußball etc.) sowie die bewusste Bewegung im Alltag (Spazieren gehen, Fahrrad fahren) als Gesundheitsaktivität. Wie die Antworten zeigen, sind verschiedene Sportarten und eine bewusste Bewegung im Alltag die am häufigsten genannte Gesundheitsaktivität sind. Bezüglich des Geschlechts lassen sich keine nennenswerten Unterschiede feststellen. Angaben über bevorzugte Sportarten werden selten gemacht, vielmehr scheint Sport, im Sinne einer bewussten Bewegung im Alltag, gleichermaßen als integriertes Element eine wichtige Rolle zu spielen.

„...ich versuche auch zwischendurch ein paar Treppen zu laufen anstatt immer Aufzug zu fahren, aber es ist nichts Übermäßiges“ (Interview 6,1).

Bewusste Bewegung im Alltag wird nicht nur als ein kurzfristiges Verhalten gesehen, sondern als Möglichkeit, Gesundheit auch langfristig positiv zu beeinflussen.

„Ich versuche aktiv zu sein, mich aktiv so zu betätigen, dass ich mich jetzt und später auch noch vernünftig bewegen kann“ (Interview 23, 2).

Entspannung, Ausgleich, Psychohygiene

Diese Kategorie bezieht sich auf verschiedene Aktivitäten als Ausgleich zur Bewältigung der Anforderungen des Alltags. Dahinter steht die Vorstellung, Belastungen des Alltags, wenn sie nicht vermeidbar sind, durch Regeneration, Ruhe und Ausgleich zu kompensieren. Fehlen dauerhaft Ausgleichsmöglichkeiten oder werden Regenerationsmöglichkeiten nicht ausreichend genutzt, so ergeben sich negative Konsequenzen für die Gesundheit. Von etwa der Hälfte der Probanden wird als wichtig erachtet, eine Balance zwischen äußeren und inneren Anforderungen herzustellen. Frauen (59%) messen diesem Aspekt mehr Bedeutung bei als Männer (39%), die stärker aktivitätsorientiert sind. Zur Regeneration

„...mache in meiner Freizeit Dinge, die mir zum Ausgleich dienen. Also Erholungsphasen wie Schlaf oder Entspannung oder Meditation. Dann mache ich regelmäßig kreativen Tanz, um meine Seele zu spüren und da gut Gelegenheit zu geben, dem Ausdruck zu geben, also auch nach innen zu spüren. ... Also wenn ich weniger Schlaf habe, den halt auch wieder aufzuholen oder wenn ich krank bin, mir auch die Zeit zu nehmen zu regenerieren... Und dann versuche ich halt, irgendwie eine Balance herzustellen“ (Interview 36, 2, 3).

Auch soziale Kontakte können die Funktion von Entspannung haben. Die Formen des Ausgleichs sind sehr individuell. Die Befragten achten insgesamt darauf

„So `n Ausgleich, sowohl soziale Kontakte zu haben als auch für sich selbst zu gucken“ (Interview 30, 2). Sie sind bestrebt,
„...in Verhältnissen zu leben, die mich anspornen und fordern, aber nicht verkrampfen. Im persönlichen Bereich eine Atmosphäre zu schaffen, die anregend ist. Da genau hinzugucken. Es sind ja manchmal so Selbstverständlichkeiten wenn ich denn z.B. mit Freunden und Bekannten tanze, ist das ja auch was, was ich nicht explizit der Gesundheit wegen mache, sondern weil das eben für ein gutes Leben irgendwie auch wichtig ist, ...“ (Interview 37, 3).

Ernährung

Die Kategorie Ernährung fasst solche Aussagen zusammen, bei denen die Probanden angeben, über ernährungsbewusstes Verhalten, – was auch immer sie darunter verstehen mögen, – ihre Gesundheit zu unterstützen. Frauen nennen häufiger als Männer das Ernährungsverhalten (41% vs. 35%), so dass sich im Rahmen dieser kleinen Untersuchung die allgemeine Erfahrung abbildet, dass Frauen mehr auf die Ernährung achten als Männer.

„Ich ernähre mich überwiegend vegetarisch, gehe auch viel in den Bioladen, also kontrolliert biologischer Anbau. Also die Aspekte Ernährung und Bewegung, da lege ich sehr viel Wert drauf. Auch wo ich drauf achte, so genug zu trinken...“ (Interview 3, 2)

Wenig für Gesundheit engagiert

Grundlage dieser Kategorie sind Äußerungen der Befragten, die ihrer Meinung nach zu wenig oder auch gar nichts für ihre Gesundheit tun. Frauen geben dieses häufiger an als Männer (41% vs. 30%). Auf die Frage nach den persönlichen Gesundheitsaktivitäten antworten einige Fachleute ganz spontan zunächst mit „zu wenig“ oder „nicht viel“ oder erkennen „Ich müsste sicherlich mehr für mich tun“(Interview 44, 2) räumen dann allerdings auf die Frage nach konkreten Aktivitäten ein

„Ein bisschen Fahrrad fahren (Interview 44, 4) oder auch „Ja, ich ernähre mich gesund, das schon“ (Interview 32, 3).

Konkrete Gesundheitsaktivitäten erscheinen bei diesem Antwortmuster weniger als bewusst durchgeführte Aktivitäten, sondern laufen eher im Sinne eines Handelns „nach gesundem Menschenverstand“ ab, die einen Stellenwert im Alltag haben.

„Was tue ich in gesundheitlicher Hinsicht? Eigentlich nicht viel. Eigentlich gar nichts. Also ich achte auf mich, wie wohl ich mich fühle und wenn ich mich unwohl fühle, dann entziehe ich mich dem, was ich denke, was der Grund ist, warum ich mich unwohl fühle. Also wenn ich zu viel Stress auf der Arbeit habe, dann versuche ich mich dem Stress zu entziehen oder da mehr Ruhe rein zu oder wenn ich Zahnschmerzen habe, dann gehe ich auch zum

Zahnarzt. aber sonst tue ich für meine Gesundheit eigentlich nichts. Eigentlich gar nichts, so ist das“ (Interview 25, 2).

Die Probanden sind überwiegend bemüht, aktiv etwas für ihre Gesundheit zu tun. Der Wille ist vorhanden, es mangelt allerdings teilweise an einer entsprechenden Umsetzung. Die Gründe, warum es ihnen schwer fällt, sich gesundheitsbezogen zu verhalten bzw. Verhaltensweisen entsprechend zu ändern, sind zumeist bekannt.

„...Ich müsste mich auf jeden Fall mehr disziplinieren. An vielen Stellen - aber, ich kann das schlecht..... Na wie gesagt, ich mache eigentlich zu wenig. Ich versuche z.B. im Moment, da bin ich auf der Suche nach einem Sport, der mir Spaß macht, aber wo ich nicht so viel leiden muss. Und außerdem ist es immer ganz schwer für mich, das alleine durchzuziehen“...“ Ich brauche immer jemand, der das mit mir mit macht“ (Interview 11, 2).

Arztbesuche

Arztbesuche finden nach Angabe der Fachleute sowohl aus konkretem Anlass als auch im Rahmen von Gesundheits-check-ups statt.

„Ich überprüfe meine Gesundheit regelmäßig, jedes Jahr. Ich gehe zum Zahnarzt“ (Interview 36, 3).

Bezüglich des Geschlechts zeigen sich kaum nennenswerte Unterschiede (Frauen 32%, Männer 26%).

Vorsorgeuntersuchungen

Vorsorgeuntersuchungen nehmen weibliche Befragte mehr als doppelt so häufig in Anspruch wie männliche (32% vs. 14%). Dort, wo Vorsorgeuntersuchungen von den Befragten genannt werden, geschieht dieses aus einer Haltung der Selbstverständlichkeit heraus

„Ich nehme die Vorsorgeuntersuchungen die mir zustehen, in Anspruch“ (Interview 24, 2).

Vermeidung von Stress

Diese Kategorie stellt Stress als einen Faktor, der Gesundheit beeinträchtigen kann, in den Mittelpunkt. Im Umgang mit Stress zeigen sich die Befragten allgemein sensibel und achten darauf

„...diese körperlichen Symptome wahrzunehmen und dann darauf einzugehen. So als Warnsignal einfach. Also ich habe mir in einer starken Überforderungssituation z.B. mal das Bein gebrochen und das tut jetzt in Überforderungssituationen immer wieder weh. So, das nehme ich einfach als Warnhinweis, dass ich dann noch mal nachgucke....“ (Interview 42, 2, 3).

Im Bezug auf die Bewältigung von Stress am Arbeitsplatz liegt für einen Mitarbeiter eine Lösungsmöglichkeit darin zu versuchen,

„... die Arbeitsbelastung so zu verteilen, dass man das eben auch gut verkraften kann. ... Wenn ich dann die Möglichkeit habe auch mal Überstunden abzufeiern, dann mache ich das eben dann, um dann vielleicht auch mal aus dem Stress heraus zu kommen. Dann heißt das, ich gehe mal zwei Stunden eher oder so. Dann bleibt zwar wieder die Arbeit liegen, aber in dem Moment hilft es mir dann auf jeden Fall erst mal“ (Interview 14, 2).

Risikofaktoren meiden

Als Risikofaktoren erscheint in dieser Kategorie vor allem das Rauchen. Als weitere Risikofaktoren werden Alkohol und von Giftstoffen (in der Wohnumgebung) genannt. Bei einer geringen Ausprägung dieser Kategorie achten Männer deutlich häufiger als Frauen auf die Vermeidung von Risikofaktoren (9,% vs. 22%).

„Dass ich , also zumindest versuche ich darauf zu achten, dass ich mich nicht selbst beschädige. ... Also, dass ich Dinge unterlasse, die klar der Gesundheit nicht zuträglich sind, ich meide das Rauchen. (Interview 23, 2).

Dass sie sich z.B. durch Rauchen gesundheitsriskant verhalten, ist den einzelnen Gesundheitsfachleuten durchaus bewusst

„...was ich natürlich ganz Schlimmes tue, ich rauche....das merke ich schon, dass das einen ganz starken Einfluss auf meine Gesundheit hat...“ (Interview 17,2).

Die folgende Tabelle fasst die Ergebnisse der Interviewfrage zum eigenen Gesundheitsverhalten zusammen.

Tabelle 3: persönliche Gesundheitsaktivitäten -nach Geschlecht differenziert-

persönliche Gesundheitsaktivitäten	prozentualer Anteil bezogen auf das Verhältnis der Gesamtstichprobe			Gesamt n = 45	
	n	Frauen %	Männer %	Frauen n=22	Männer n=23
Bewegung	27	60	61	13	14
Entspannung/Ausgleich	22	59	39	13	9
Ernährung	17	41	35	9	8
wenig für Gesundheit engagiert	16	41	30	9	7
Arztbesuche	13	32	26	7	6
Vorsorgeuntersuchungen	10	32	13	7	3
Vermeidung von Stress	7	14	17	3	4
Risikofaktoren meiden	7	9	22	2	5

Tabelle 3 zeigt die Häufigkeit der Nennungen selbstdefinierter Gesundheitsaktivitäten (nach Geschlecht); Tabelle 4 bildet die selbstdefinierten Gesundheitsaktivitäten unter Berücksichtigung der Variable „Berufsgruppenzugehörigkeit“ ab.

Tabelle 4: persönliche Gesundheitsaktivitäten -nach Berufsgruppen differenziert-

persönliche Gesundheitsaktivitäten	Anzahl der Nennungen nach Berufsgruppen			Gesamt n = 45 *	
	n	pflegerisch %	pädagogisch %	pflegerisch n =10	pädagogisch n=33
Bewegung	25	50	61	5	20
Entspannung/Ausgleich	22	60	49	6	16
Ernährung	16	10	46	1	15
wenig für Gesundheit engagiert Aktivitäten	15	40	33	4	11
Arztbesuche	13	10	36	1	12
Vorsorgeuntersuchungen	10	20	24	2	8
Vermeidung von Stress	7	30	12	3	4
Risikofaktoren meiden	7	10	18	1	6

4.1.3 Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen mit Bezug auf behinderte Menschen

Kategorienbildung zu Inhalten und Dimensionen des subjektiven Gesundheitsbegriffes mit Bezug auf Menschen mit körperlichen, geistigen und mehrfachen Behinderungen

Die Kategorienbildung basiert auf Äußerungen der Probanden zu allgemeinen und persönlichen gesundheitsbezogenen Wissens- und Erfahrungsbeständen im Bezug auf Menschen mit Behinderungen. Die Leitfrage im Interview dazu lautet: „Wenn Sie jetzt an die Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung denken – was bedeutet Gesundheit da für Sie?“ (Frage 03). Die Kategorienbildung erfolgte vergleichbar den „Inhalten und Dimensionen subjektive Gesundheitsvorstellungen“ (Frage 01 der inhaltsanalytischen Auswertung). Sie erfasst Inhalte, Erfahrungen, Bedeutungen, Dimensionen zu Gesundheitsvorstellungen, hier allerdings mit Bezug auf behinderte Menschen. Den subjektiven Vorstellungen zu Behinderung bei den Fachleuten liegt ein ganzheitliches Verständnis zugrunde. In ihrer Wahrnehmung schließt eine Behinderung Gesundheit prinzipiell nicht aus; Gesundheit wird im Zusammenhang mit Behinderung ebenfalls als eine positive Qualität beschrieben. Behinderung macht allerdings ein bestimmtes Anforderungsprofil für Gesundheit erforderlich. Der Aspekt, dass Gesundheit in besonderer Weise der Unterstützung durch andere Menschen bedarf, rückt hier sehr stark in den Vordergrund. Dort wo es angesprochen wird, ist von einem „gleichen Gesundheitsbegriff“ die Rede. Menschen mit Behinderungen brauchen dementsprechend keine „Sonderdefinition“ von Gesundheit. Als wichtige Dimension im Zusammenhang mit Gesundheit wird auch hier das „Wohlbefinden“ genannt. Mit Behinderung zu leben, ist nach Ansicht der Befragten eng mit der persönlichen Einstellung des jeweils betroffenen Menschen verbunden und bedarf u.a. der Vermittlung durch die Fachleute. Die subjektiven Gesundheitsvorstellungen mit Bezug auf behinderte Menschen enthalten folgende Inhalte und Dimensionen:

- Unterstützung der Gesundheit
- gleicher Gesundheitsbegriff
- Wohlbefinden
- positive Lebenseinstellung
- trotz Behinderung gesunde Anteile
- Gesundheitsvorstellungen der professionals als Bezugsfaktor

Unterstützung

Diese Kategorie kommt in den Antworten der Probanden am häufigsten vor. Menschen mit Behinderung sind mehr als Menschen ohne Behinderung auf Hilfe und Unterstützung angewiesen. Pädagogische und pflegerische Mitarbeiter betreuen und begleiten Menschen mit Behinderungen in Wohngruppen, Wohnheimen und betreuten Gruppen. In Teams arbeitsteilig organisiert, sind sie mehr oder weniger umfassend für die Gestaltung der Wohnumwelt einschließlich der Freizeit, Sport, Kultur u.a. zuständig. Es ist die Gesundheit im Alltag, für die sie als Fachleute zuständig sind. Wichtig ist ihnen dabei zunächst

„...die Bedürfnisse dieser Menschen überhaupt zu erkennen und dementsprechend auch daraus halt ein Betreuungsangebot zu formulieren, das ist wirklich eine schwierige Sache. ... Nach den Bedürfnissen der Menschen halt probieren zu gehen. Wie gesagt, aber es gelingt nicht immer. ...Man muß wieder verschiedene Sachen ausreizen und schauen und auch dabei nicht die Geduld verlieren. ... Es gibt natürlich da auch Grenzen. Zum Beispiel bei bettlägerigen Menschen, die sich da halt auch nur schwer äußern können. Das ist natürlich die Sache. Wir haben da natürlich auch eine Grundverpflichtung und der probieren wir natürlich nachzukommen. Das ist klar. Es ist schwierig, gerade bei diesen Grenzfällen“ (Interview 38, 5, 6).

Die Wahrnehmung von Störungen des Befindens und früher Krankheitsanzeichen ist bei Menschen mit geistigen Behinderungen oftmals beeinträchtigt. Sie nehmen Schmerzen bisweilen nicht adäquat wahr bzw. können diese nicht entsprechend mitteilen und reagieren eher mit mehr oder weniger auffallendem Verhalten: Rückzuck, Gereiztheit u.a. Die Wahrnehmung und die Interpretation krankheitsbedingter Beschwerden liegt deshalb in den Händen der Begleiter im Alltag. Das bedeutet für sie konkret,

„... darauf zu achten, dass wenn Akuterkrankungen auftreten, also jetzt wirkliche Erkrankungen wie Schnupfen, Grippe, was weiß ich, dass das entsprechend bearbeitet wird. Es bedeutet für mich auch, dass für die, hier sind ja nur Frauen, für die Frauen hier auf dieser Gruppe, dass das Umfeld stimmt. Dass sie sich hier zu Hause fühlen und dass sie wissen, wo sie ihre Sorgen und Nöte lassen können. Und dass wir oder ich mir Zeit nehme zum Zuhören und zu dem, was jetzt gerade im Vordergrund ist „...“. Entweder eine akute Pflege, weil da irgendwelche Hautprobleme sind oder es ist jetzt halt akut dran, über Tod und Sterben zu reden oder so was“ (Interview 19, 3).

Gesundheit wird von den Fachleuten auf verschiedenen Ebenen wahrgenommen. Die Grundhaltung „für die Menschen da zu sein“ kommt in vielen Interviews zum Ausdruck. Die momentanen und individuellen Bedürfnisse der Bewohner sind für die Professionellen wichtige Orientierungspunkte. Die Fachleute sehen ihre Aufgabe darin, ein

„Bewusstsein bei den Bewohnern herzustellen, dass sie auch selbst verantwortlich sind für bestimmte Dinge im Leben“ (Interview 8, 2).

Gesundheit und die Sorge darum, sind in erster Linie zunächst Aufgabe des Betroffenen selbst, und mehr noch als in der Vergangenheit müssen behinderte Menschen gestärkt werden, als Koproduzenten ihrer eigenen Gesundheit aufzutreten. Das heißt für die Mitarbeiter,

„... dass sie natürlich mitarbeiten, Termine wahrnehmen, so was wie Visiten nutzen. Also das begleiten wir auch. Oder auch motivieren, an ihrer Epilepsie zu arbeiten. ... Und wenn vieles nicht so sehr ins Bewusstsein gerückt ist, also dann sind auch Gespräche nötig. Oder auch teilweise Begleitung, wenn z.B. Operationen oder Untersuchungen anstehen, dass man dann halt mitgeht als Bezugsperson“ (Interview 30, 5).

Gleicher Gesundheitsbegriff

Unter dieser Kategorie werden Äußerungen der Probanden mit der Kernaussage zusammengefasst, dass sie vom Prinzip her keinen Unterschied sehen zwischen ihren persönlichen Gesundheitsvorstellungen und ihren Vorstellungen zu Gesundheit bei den behinderten Menschen, die sie betreuen. Die Fachleute

übertragen ihr eigenes Gesundheitskonzept im Sinne von „was für mich gilt, gilt auch für die behinderten Menschen“. Diese Grundannahme ist bei 36% der weiblichen und 48% der männlichen Befragten festzustellen.

„... ich sehe zunächst mal zumindest vom Prinzip her keinen Unterschied zu meiner Gesundheit oder so. Wobei jeder hat so sein eigenes, ich mein in Bezug auf Gesundheit“ (Interview 32, 5).

Gesundheit zeichnet sich grundsätzlich durch Vielfältigkeit und individuelle Züge bei jedem einzelnen Menschen aus. Die Fachleute machen selber keinen Unterschied zwischen Gesundheit bei sich und Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen. Gesundheit als Phänomen ist demnach gleich, Teilaspekte von Gesundheit sind allerdings verschieden. Nach Einschätzung der Probanden darf die Behinderung kein Kriterium dafür sein, dass sich behinderte Menschen nicht gesundheitsbezogen verhalten (können).

„Ich möchte da keine Unterschiede sehen. ... Das gleiche gilt für mich, was auch für die Menschen mit Behinderung gilt. Dass die genau so gesundheitsbewusst oder nicht leben können wie alle anderen auch, dass da keine Grenze gezogen werden muss, nur weil sie behindert sind“ (Interview 34, 4).

Mitarbeiter äußern, dass behinderte Menschen von der Gesellschaft zum Teil nicht als nicht gesund betrachtet werden. Die Stärkung der Menschen mit Behinderung ist ihnen ein wichtiges Anliegen. Im professionellem Kontakt geht es ihnen darum, den Menschen mit Behinderungen

„... ihre Gesundheit so widerzuspiegeln, dass es für sie normal ist. So wie sind, ist es normal. Und das die gesellschaftliche Akzeptanz da größer wird. bzw. Ich ihnen versuche klar zu machen, dass die Gesundheit, die sie haben, für sie halt normal ist, dass es nicht ein Zustand sein muss, der von anderen als abnormal bezeichnet wird“ (Interview 34, 2).

Wohlbefinden

In nahezu allen mehr oder weniger befriedigenden Versuchen, Gesundheit zu definieren, spiegelt sich der Konsens wider, dass Wohlbefinden ein wichtiges Element von Gesundheit ist. Diese Dimension erscheint im Zusammenhang mit Behinderung an dritter Stelle. Der Aspekt „Wohlbefinden“ im Bezug auf

behinderte Menschen wird in dieser Untersuchung über die subjektive Einschätzung der Professionellen vorgenommen und beschrieben. Wohlbefinden wird somit als Fremdwahrnehmung beschrieben, wobei eine Vielzahl von Bewertungsmaßstäben (professionelle, persönliche, institutionelle u.a.) in die Wahrnehmung eingehen. Ausdrucksverhalten und Handeln eines Menschen können Hinweise auf das Wohlbefinden geben. Die letzte Instanz sind allerdings Äußerungen des jeweiligen Individuums selbst. Wie behinderte Menschen selbst Gesundheit definieren würden und ob in ihren Überlegungen überhaupt der Begriff Wohlbefinden vorkommt, wäre ein interessantes Thema für weitere Forschungsarbeiten. Die von den Fachleuten genannten Aspekte des Wohlbefindens beziehen sich auf ihrem professionellen Kontakt und sind

„...mit Sicherheit auch die subjektive Betrachtung von außen des behinderten Menschen. Ich versuche mir ein Bild zu machen, fühlt er sich wohl, fühlt er sich nicht wohl. Wenn ich schon mal den Eindruck habe, er fühlt sich wohl, dann denke ich ist die grundsätzliche Gesundheit da“ (Interview 18, 4).

Im Umgang mit den behinderten Menschen sind die Professionellen sehr bemüht,

„...dass sie sich im Rahmen ihrer Behinderung wohl fühlen und das sie keine weiteren Beschwerden haben. ...dass sie das Leben so genießen wie es ihnen gegeben ist. Das ist da für mich Gesundheit“ (Interview 4, 2).

Wohlbefinden wird als ganzheitlicher Begriff gesehen und zumeist als allgemeine Bezeichnung verwendet. Die Fachkräfte sehen es als eine ihrer zentralen Aufgabe, über den Aspekt Wohlbefinden die Gesundheit der behinderten Menschen zu unterstützen:

„... Gesundheit bei Behinderung bedeutet für mich, dass die Leute sich wohl fühlen und dass sie denn keine Schmerzen haben. ... Das ist so die Kategorie. Und wenn die sich nicht wohl fühlen oder so, ist es mein Auftrag als Beschäftigter hier, halt das Wohlfühlen für die zu erhöhen“ (Interview 25, 3).

Die Überzeugung, durch ihre Arbeit einen wertvollen Beitrag zum Wohlbefinden und damit zur Gesundheit der behinderten Menschen zu leisten, kommt in folgender Interviewpassage deutlich zum Ausdruck:

„Also ich glaube, dass ich mit meiner Arbeit probiere, jemanden nicht nur gesünder, sondern auch zufriedener und dadurch gesünder, ihm dazu zu verhelfen, sich wohler zu fühlen“ (Interview 20, 4).

Positive Lebenseinstellung

Diese Kategorie stellt eine positive Lebenseinstellung der behinderten Menschen als wichtige Dimension in den Mittelpunkt. Sie hat einen gleich hohen Stellenwert wie die Kategorie „Wohlbefinden“ und wird von 50% der befragten Frauen und 30% der Männer angegeben.

Dass sie behindert sind, so das Fazit der Einstellungen der Fachleute in diesem Zusammenhang, können die Betroffenen nicht ändern, wohl aber die Einstellung zu ihrer Behinderung. Die in der Behindertenhilfe tätigen pädagogisch und pflegerisch tätigen Mitarbeiter sehen sich als Bezugspersonen, die dazu beitragen können, dass Menschen mit Behinderungen eine positive Grundhaltung gegenüber dem eigenen Leben entwickeln und befähigt werden, ihr Leben zu gestalten

„Also ich erlebe es hier oben in der Gruppe nicht so, dass die Menschen mit ihrem Schicksal hadern. Aber ich kenne das aus anderen Zusammenhängen, dass da sehr wohl immer wieder nachgefragt wird, „warum ist das eigentlich, warum bin ich anders, warum trifft es mich?“ und ich glaube da zu einer Ruhe zu kommen ist wesentlich für Gesundheit ob mit oder ohne Behinderung. ... Aber ich glaube, wenn man damit nicht fertig wird, dann behindert das letztlich Gesundheit und das ist auch bei behinderten Menschen so“
(Interview 42, 4).

Das persönliche Verständnis von Behinderung als etwas zum Menschen Gehörendes ist von grundlegender Bedeutung für die Entwicklung einer solchen positiven Lebenseinstellung. Zugleich ist es auch eine notwendige Grundhaltung im professionellem Umgang mit behinderten Menschen.

„Ja , also wenn die Menschen dann gelernt haben, mit der Behinderung zu leben, dann ist man ja praktisch gesund“ (Interview 28, 4).

Mit Behinderung leben zu lernen, ist allerdings kein Vorgang, der durch einen einmaligen Lernvorgang abgeschlossen ist. Vielmehr handelt es sich um einen lebenslangen Lernprozess, oft mit der schmerzlichen Erfahrung eines „Andersseins“ verbunden. Das subjektive Gefühl behindert zu sein, hängt auch vom Anspruch an sich selbst ab und von den Möglichkeiten, inwieweit sich dieser Anspruch realisieren lässt. Das Erleben der eigenen Insuffizienz, des Andersseins, erzeugt das Gefühl, nicht dazu zu gehören. Das macht die Betroffenen mutlos und

passiv. Dadurch kann eine positive Lebenseinstellung blockiert und eine Integration erheblich beeinträchtigt werden.

Trotz Behinderung gibt es gesunde Anteile

Diese Kategorie der inhaltsanalytischen Auswertung bezieht sich auf Aussagen zum Verhältnis von Gesundheit und Behinderung. Behinderung wird von den Professionellen als ein Phänomen gesehen, das Gesundheit nicht apriori ausschließt. Behinderte Menschen sind nicht automatisch kranke oder weniger gesunde Menschen; Behinderung liegt im Spannungsbogen von Gesundheit und Krankheit.

„Ich glaube, besser in der Überzeugung, dass ein behinderter Mensch trotzdem gesund sein kann, auch wenn er körperlich eingeschränkt ist oder geistig eingeschränkt ist. ... Die Frage ist immer das Empfinden. In dem Moment, wo ich das für mich belastend empfinde, etwas nicht tun zu können, dann ist z.B. bei einem Körperbehinderten das amputierte Bein, sagen wir mal ein Hindernis, es kann aber auch sein, dass ich mich damit arrangiere und trotzdem gesund bin. ... Behinderung schließt für mich Gesundheit nicht aus....“ (Interview 24, 2, 3).

Behinderung wird in Aussagen dieser Art nicht ausschließlich als etwas Defizitäres betrachtet, sondern trotz Behinderung gibt es immer auch noch gesunde Anteile. Dem subjektiven Empfinden und Erleben von Behinderung wird eine wichtige Rolle zugeschrieben.

Gesundheitsvorstellungen der Professionellen als Einflussfaktor

Diese Kategorie thematisiert den Einfluss der persönlichen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen im Umgang mit behinderten Menschen.

„...die Problematik mit Sicherheit ist im Bezug auf den behinderten Menschen, dass man die eigene Selbstpflege, wie auch immer, auf den behinderten Menschen überträgt. Man ist mit Sicherheit zu einem großen Teil Profi, aber man ist auch zu einem anderen großen Teil immer noch man selbst, man überträgt ja auch sein eigenes Duschverhalten auf den behinderten Menschen“ (Interview 18,5).

Dass es allerdings nicht unproblematisch ist, Präferenzen und persönliche Sichtweisen von der eigenen Gesundheit auf Menschen mit Behinderungen zu übertragen, macht folgendes Beispiel eines Probanden deutlich:

„... Also ich würde in ein Altersheim kommen, wir sind hier kein Altersheim, wir sind immer noch Eingliederungshilfe, aber ich würde in ein Altersheim kommen, da mich meine Familie nicht mehr pflegen kann oder auch möchte und da würde man mich dann plötzlich dazu anhalten, Ostereier zu bemalen oder solche Sachen, nur weil die Altenpflegerin oder der Altenpfleger dass so schön findet. Oder der Meinung ist, er tut mir einen Gefallen. Ich kann mich aber nicht mehr äußern, das wäre mir ein Greul. Also davon probieren wir wirklich wegzukommen. Also nicht, sozusagen was ich gut finde, muss der behinderte Mensch den ich betreue, auch gut finden“ (Interview 38, 6, 7).

Damit es gelingen kann, eigene Denk- und Verhaltensweisen nicht unmittelbar zu übertragen, ist es nach Ansicht dieses Probanden wichtig:

„(N)ach den Bedürfnissen des Menschen halt probieren zu gehen. wie gesagt, aber es gelingt nicht immer. Also gerade bei Menschen, die sich nicht äußern und wo durch wirklich genaue Beobachtung kaum feststellbar ist, wo die Bedürfnisse eigentlich liegen. Das ist dann ein Testen letztendlich. Man muss immer wieder verschiedene Sachen ausreizen und schauen und auch dabei nicht die Geduld verlieren“ (ebd., 7).

Den Fachleuten scheint die Problematik, dass im beruflichen Kontakt mit Behinderten stets eigene gesundheitsbezogene Anteile mitschwingen, durchaus präsent zu sein. Daraus resultierende Auswirkungen fasst eine Probandin für sich folgendermaßen zusammen:

„Ich bin wie ich bin und übertrage das dann auch auf andere. Das mag nicht immer gut sein, weil ich so bin wie ich bin. Das ist für andere vielleicht nicht gut (Lachen), aber das wird dann durch das Team ausgeglichen, denke ich mal. Aber erst mal übertrage ich das so, wie ich das für mich verinnerlicht habe und für richtig finde. Auch auf die Menschen, die ich hier betreue“ (Interview 14, 4).

Tabelle 5: Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen mit Bezug auf behinderte Menschen -nach Geschlecht differenziert-

Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen mit Bezug auf behinderte Menschen	prozentualer Anteil bezogen auf das Verhältnis der Gesamtstichprobe			Gesamt n = 45	
	n	Frauen %	Männer %	Frauen n=22	Männer n=23
Unterstützung gleicher Gesundheitsbegriff	31	59	78	13	18
Wohlbefinden	19	36	47	8	11
positive Lebenseinstellung	18	36	44	8	10
trotz Behinderung gesunde Anteile	18	50	30	11	7
Gesundheitsvorstellungen der Professionellen als Einflussfaktor	11	27	22	6	5
	7	9	22	2	5

Tabelle 5 zeigt die am häufigsten genannten Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen mit Bezug auf Menschen mit Behinderungen unter Berücksichtigung der Variabel „Geschlecht“;

Tabelle 6 differenziert nach Berufsgruppenzugehörigkeit.

Tabelle 6: Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen mit Bezug auf behinderte Menschen - nach Berufsgruppen differenziert -

Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen mit Bezug auf behinderte Menschen	Anzahl der Nennungen nach Berufsgruppen			Gesamt n = 45 *	
	n	pflegerisch %	pädagogisch %	pflegerisch n =10	pädagogisch n=33
Unterstützung gleicher Gesundheitsbegriff	31	60	76	6	25
positive Lebenseinstellung	19	40	46	4	15
Wohlbefinden	17	60	33	6	11
trotz Behinderung gesunde Anteile	16	60	30	6	10
Gesundheitsvorstellungen der Professionellen als Einflussfaktor	11	30	24	3	8
	7	0	21	0	7

4.1.4 Aspekte zur Unterstützung und Förderung der Gesundheit behinderter Menschen

Kategorienbildung zu gesundheitsrelevanten Bezugsfaktoren zur Unterstützung und Förderung der Gesundheit von behinderten Menschen

Die Kategorienbildung erfolgt auf der Grundlage der Aussagen zu Frage 05 „Was halten Sie persönlich für wichtig, um die Gesundheit der behinderten Menschen, die Sie in Ihrer Einrichtung betreuen, zu unterstützen und zu fördern?“ und erfasst verschiedene gesundheitsrelevante Bezugsfaktoren. Die Vorstellungen thematisieren zum einen professionelle Grundhaltungen im beruflichen Kontakt mit behinderten Menschen, zum anderen beziehen sie sich auf unterschiedliche gesundheitsrelevante Bezugsfaktoren. Folgende Aspekte zur Unterstützung von Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen wurden von den Befragten genannt:

- Assistenz
- medizinische Versorgung
- Beobachten des Klienten, Erkennen von Veränderungen
- Förderung von Selbstbestimmung
- Förderung von Selbstbewusstsein, Selbstständigkeit
- Mitarbeiterteam im Wohnbereich
- Freizeit, Ausgleich
- „Vorbildfunktion“ der Professionellen
- Behinderung zum Thema machen
- Bewegung, Sport

Wenn gleich die Anzahl der Nennungen, insbesondere der zuletzt genannten, teilweise recht gering ist, so soll doch auf ihre Nennung nicht verzichtet werden. Die Berücksichtigung dieser Aspekte trägt dazu bei, die Vorstellungen der Professionals zu Möglichkeiten der Unterstützung von Gesundheit möglichst realitätsgetreu abzubilden. Danach gefragt, was ihrer Meinung nach wichtig ist, um die Gesundheit der Menschen mit Behinderungen zu unterstützen, benennen die pädagogisch und pflegerisch tätigen Fachleute aus ihrem derzeitigen Arbeitsfeld heraus verschiedene Einzelaspekte. In den Antworten spiegeln sich

zum einen übergeordnete handlungsleitende Ziele der Arbeit mit behinderten Menschen wider (z.B. möglichst selbstverantwortliche Lebensgestaltung, Steigerung der Lebenszufriedenheit, Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen u.a.), zum anderen vermitteln die Antworten einen Eindruck von besonderen Merkmalen der Arbeit mit behinderten Menschen: die Dauerhaftigkeit der Beziehung zu den Bewohnern, die Arbeit in einem interdisziplinären Team, die Heterogenität der Aufgaben und die Vielschichtigkeit der Versorgungsstrukturen.

Assistenz bei der Bewältigung des Lebensalltags

Die Bewältigung des Lebensalltags mit seinen unterschiedlichsten Anforderungen ist offensichtlich ein zentrales Thema bei den Fachleuten in der Behindertenhilfe. „Unterstützung“ ist die am häufigsten besetzte Kategorie im Zusammenhang mit Inhalten und Dimensionen des Gesundheitsbegriffes im Bezug auf Menschen mit Behinderungen. Unter der Kategorie „Assistenz“ zusammengefasst, erscheint sie als ein dominanter Inhalt auch bei der Frage nach Unterstützungsfaktoren. Assistenz umfasst als eine unmittelbar personenbezogene Hilfeleistung die Begleitung und Assistenz im umfassenden Sinn mit dem Ziel, den behinderten Menschen dort zu assistieren bzw. sie dort zu unterstützen, wo es sinnvoll und notwendig ist. Assistenz ist eine „wesentliche, zentrale und grundlegende Hilfeleistungsform für die Bewältigung des Alltags von Menschen mit Behinderungen“ (Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe 2001, S.47). Der überwiegende Teil der Antworten lassen sich dieser Dimension zuordnen.

Um konkret zu bleiben, werden aus dem Ausgangsmaterial Kategorien zu häufig genannten Einzelaspekten gebildet. Sie beziehen sich zum einen auf inhaltliche Aspekte im professionellen Kontakt mit behinderten Menschen (Beobachten/Erkennen, Thematisierung der Behinderung, Förderung der Selbstständigkeit/Eigenverantwortlichkeit u.a.). Zum anderen sprechen sie gesundheitsrelevante Bezugsfaktoren an wie beispielsweise die medizinische Versorgung, Ernährung, Bewegung, Freizeit u.a..

Medizinische Versorgung

In dieser Kategorie sind Aussagen zusammengefasst, die den Aspekt der medizinischen Versorgung behinderter Menschen thematisieren. Den Fachleuten kommt u.a. die Aufgabe zu, die medizinische Versorgung zu überwachen,

„dass man drauf achtet, dass sie regelmäßig ihre Medikamente nehmen. Die Anfallsmedikation oder auch die Psychopharmaka, dass die Arztbesuche eingehalten werden. Obwohl, die werden regelmäßig eingehalten, da gibt es eigentlich keinen Stress“ (Interview 13, 4).

Gerade dort, wo Menschen mit Behinderungen nicht in Wohngruppen, sondern relativ selbstständig in Appartements wohnen, ist es wichtig, dass die pädagogisch und pflegerisch tätigen Fachleute über die Besuche beim Arzt informiert sind.

„Ich brauche die Rückmeldung vom Arzt, um Medikamente verabreichen zu können. Wir holen für die Menschen die Medikamente. Wir überwachen die Einnahme. Wir verteilen die Medikamente“ (Interview 26, 4).

Über die Hälfte der Befragten nennen die medizinische Versorgung, die auch den Aspekt der Vorsorgeuntersuchungen mit einbezieht, als einen wichtigen Bereich zur Unterstützung der Gesundheit von behinderten Menschen. Speziell für das Krankheitsbild der Epilepsie gibt es nach Einschätzung der Gesundheitsfachleute recht gute Behandlungsmöglichkeiten.

„Also gerade in den letzten Jahren hat sich da ja viel entwickelt, dass Epilepsie auch durchaus in den Griff zu kriegen ist mit den Anfällen, dass sich das reduziert mit der Anfallshäufigkeit durch Medikation oder andere Dinge, oder Operationen gibt es ja inzwischen auch eine ganze Menge“ (Interview 30, 7).

Beobachten und Erkennen

Dieser Aspekt im professionellen Kontakt mit behinderten Menschen, der sich darauf bezieht, den einzelnen Bewohner im Blick zu behalten, wird von Frauen deutlich häufiger (46%) als von Männern (14%) genannt. Subjektive und objektive Beurteilungskriterien, die häufig ineinander übergehen und sich wechselseitig beeinflussen, können dabei erschwerend sein:

„...also die Grundvoraussetzung allen Tuns ist eigentlich, die Menschen wirklich genauestens zu beobachten. ... Und das möglichst, wir wissen alle,

dass das glaube ich nicht geht, aber objektiv zu beobachten und nicht subjektiv. Das ist eine ganz schwierige Angelegenheit. Aber da wirklich das Fachliche in den Vordergrund zu stellen und das denke ich mal, ist ein ganz, ganz wichtiger Punkt. Weil jeder Mensch definiert Gesundheit anders, denke ich mal.und das kann man halt bei behinderten Menschen , denke ich mal, wirklich als Betreuer jetzt nur in die Richtung beantworten, die Frage nach deren Bedürfnissen beantworten durch wirklich genaueste Beobachtung und ja durch Akzeptieren des Menschen, des Individuums“ (Interview 38, 8, 9).

Förderung von Selbstbestimmung

Die besondere Betonung des Aspektes Selbstbestimmung in der Arbeit mit behinderten Menschen ist aus dem historischen Kontext der Behindertenhilfe zu verstehen. Während in der Vergangenheit Menschen mit Behinderungen, separiert von der übrigen Gesellschaft, in speziellen Anstalten und Großkliniken lebten, haben sich in den letzten 30 Jahren die Lebensbedingungen gegenüber den früher üblichen Versorgungspraktiken grundlegend gewandelt. Der Aspekt Selbstbestimmung gewinnt bei der Lebensgestaltung behinderter Menschen zunehmend an Gewicht und das persönliche Erleben findet zunehmend Beachtung. Der einzelne ist nicht mehr Objekt einer wohlwollenden Fürsorge entsprechend den Vorstellungen der Professionellen von einem „guten Leben“. Dieser grundsätzliche Perspektivwechsel wird in folgender Interviewpassage deutlich:

„aber sie zu zwingen oder so was wäre falsch. Jeder hat das Recht auch zu entscheiden und nur dort wo nichts mehr geht, übernehmen wir das. Und das generell erst mal zu akzeptieren- das halte ich für wichtig. Früher war das hier auch nicht immer so selbstverständlich. Da wurde halt entschieden. Das ist heute Gott sei dank nicht mehr so, da wird schon geguckt, was kann der einzelne selbst entscheiden und wo braucht er Hilfe“ (Interview 29, 5).

Für die Gestaltung und Organisation der Hilfen bedeutet dies, dass sie sich an anerkannten Leitbegriffen wie Selbstbestimmung, Normalität, Integration u.a. orientieren müssen. Im unmittelbaren beruflichen Kontakt geht es nun um die Umsetzung dieser Begriffe in die Alltagswirklichkeit von Menschen mit Behinderungen.

„...Da muss man so `n bisschen gucken. Auf der anderen Seite haben die auch Rechte, aber wir natürlich auch Pflichten. ... So etwas erlebe ich von meiner Bezugsperson. Also das ist ein junger Mann, der hat eine unrealistische Selbsteinschätzung, er glaubt, kann alles, weiß alles. Im Grunde ist es immer so eine mühsame Arbeit“ (Interview 17, 6, 7).

„Es ist erst mal wichtig, dass die Leute ihre eigenen Erfahrungen machen. Auch im Hinblick auf Gesundheit. Dass sie einfach erkennen müssen, dass gewisse Dinge, die sie machen, sich negativ auf das Krankheitsbild Epilepsie auswirken. Wenn man das dann erkannt, kann man positiv für sich zu schauen, als wenn ich weiß dass Schlafentzug sich negativ auf meine Anfälle auswirkt und ich häufiger Anfälle bekomme., dann denke ich, müssen die irgendwann mal das kapieren. Oder Alkohol oder was auch immer“ (Interview 17, 6).

Das Recht auf Selbstbestimmung heißt in diesem Fall, Erfahrungen zu ermöglichen, Grenzen spürbar werden zu lassen und nur vorsichtig lenkend einzugreifen. Ein solcher Prozess ist von den Fachleuten durch Beratung, Anleitung und aktive Mitwirkung zu begleiten. Etwa ein Viertel der Befragten machen Aussagen, die sich der Kategorie „Förderung der Selbstbestimmung“ zuordnen lassen.

Selbstbewusstsein, Selbstständigkeit

Diese Kategorie bezieht sich auf Aussagen der Professionellen zum Aspekt Selbstbewusstsein und Selbstständigkeit. Sie thematisiert, ebenso wie die vorangegangene Kategorie, Teilaspekte einer beruflichen Grundhaltung gegenüber Menschen mit Behinderungen; Selbstbestimmung, Selbstbewusstsein, Selbstständigkeit u.a. sind wesentliche Voraussetzung für möglichst uneingeschränkte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

„Für wichtig halte ich, dass die Menschen auch ein Selbstbewusstsein entwickeln. Also lernen, wenn sie es denn noch nicht selber können, für sich selber zu sorgen z.B. auf sich selbst zu achten, für sich selbst zu kämpfen im Zweifel. Also für die eigene Gesundheit und Zufriedenheit zu sorgen. ... Ja, ein Stichwort wäre Verselbständigung. Weil ich glaube, dass durch

Verselbständigung hohe Zufriedenheit erreicht werden kann. Dann durch eigene Impulse z.B. das Ernstnehmen von jemandem und ihn dadurch unterstützen, indem ich ihn nicht wie ein kleines Kind behandle oder wie jemand, der behindert ist und ein armer Mensch ist, sondern als ein` Menschen mit Möglichkeiten und Ressourcen“ (Interview 20, 5).

Die Förderung von Selbstbewusstsein ist gleichsam ein roter Faden im professionellen Kontakt mit behinderten Menschen, denn

„Es geht ja nicht nur um Gesundheit, dass in diesem Klima dann eben auch bei den Menschen, die wir betreuen, so eine Art Selbstbewusstsein zustande kommt, so ein Selbstvertrauen. Aus diesem Selbstvertrauen hier kann man sich auch weiter entwickeln. Das ist für mich wichtig. Das heißt, das man über diesen Weg dann auch eben fördern kann“ (Interview 14, 5).

Die Kategorie Selbstbewusstsein/Selbstständigkeit wird tendenziell häufiger von Frauen als von Männern genannt.

Mitarbeiterteam im Wohnbereich

Unter dieser Kategorie werden Aussagen zusammengefasst, in denen das Mitarbeiterteam im Wohnbereich als Faktor genannt wird, um Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen zu unterstützen. Wie im Bereich der Pflege, so ist auch die Situation in der Behindertenhilfe dadurch gekennzeichnet, dass Stellen gekürzt und Personal abgebaut wird bei teilweise steigendem Betreuungs- bzw. Pflegebedarf (Seifert 2003). Durch hohe Arbeitsbelastung und Zeitdruck wird es nach Einschätzung der Professionellen schwieriger,

„die Vorsorge zu unterstützen und nicht hinterher die Krankheit. ...Und das sehe ich in der Behindertengeschichte genauso, weil wenn manches erst gar nicht zustande kommt, dann haben die ja viel bessere Chancen. ... wenn ich mehr Mitarbeiter habe, kann ich mich mehr um die Bewohner kümmern. Erkenne auch, das kann ich nur aus Erfahrung sagen, Krankheiten schon in der Anfangsphase. Also wenn ich drei Bewohner habe und betreue, dann erkenne ich eher schon wenn einer hustet oder wenn einem die Nase läuft, als wenn ich 10 habe, wo ich dann morgens nur wisch, wisch, wisch mache und manches gar nicht mehr erkennen kann weil ich schon wieder den nächsten vor Augen habe“ (Interview 43, 6).

Personalmangel und hohe Arbeitsbelastung können dazu führen, dass externe Angeboten nicht wahrgenommen werden können

„...weil wir oft zu wenig Mitarbeiter sind. ... wenn man außer Haus geht, dann wieder braucht man Mitarbeiter, der dahin fährt, der sie abholt, der sie wieder abholt, das begleitet oder wie auch immer (Interview 11, 4).

Die Kürzungen setzen sich auf gesundheitspolitischer Ebene fort, und Mitarbeiter sind täglich damit konfrontiert, dass gesundheitsbezogene Leistungen in den Diensten und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen nicht im ausreichendem Maße verankert sind.

„Ich muss mich schon dahinterklemmen, wenn ich möchte, dass für diese Menschen was passiert, ... Da geht nichts freiwillig“ (Interview 19, 5).

Die Arbeitsatmosphäre und der kollegiale Austausch im Team ist nicht nur ein Faktor für die eigene berufliche Zufriedenheit der Professionellen, sondern zugleich Mediator für die Gesundheit der behinderten Menschen.

„Also wir sind ja ein multiprofessioneller Kollegenkreis, also wir schöpfen auch eine vom anderen und von daher kommen ganz oft viele Ideen und es wird ausprobiert und was Gutes wird beibehalten und was sich nicht als so gut empfindet, das machen wir dann einfach nicht weiter. Und dann versuche ich auch und die anderen Kolleginnen auch, dass es den Frauen oder den Menschen hier gut geht. Wenn es denen nämlich gut geht, geht es uns gut“ (Interview 19, 6).

Freizeitbereich

Der Freizeitbereich wird von den Fachleuten zumeist im Zusammenhang mit allgemeiner Lebensqualität angesprochen.

„...Gruppenurlaub, Ausflüge, Besuch kultureller Veranstaltungen, also alles was dieses „Teilhabe am öffentlichen Leben“ da ist Ich glaube, dass das für viele behinderte Menschen sehr hilfreich ist, so im Hinblick auf Freizeitqualität auch. Im Hinblick auf ihre eigene Zufriedenheit und dann hat das wieder über ein paar Umwege auch gesundheitliche Auswirkungen“ (Interview Nr. 41, 10).

Ernährung

Ernährung wird von einigen Probanden als ein Aspekt genannt, um Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen zu unterstützen. In der Regel sind es nur kurze Passagen, die zu diesem Themenbereich genannt werden:

„Das ist einmal genauso wie bei mir. Die gesunde Ernährung mit viel Obst auch. Abwechslungsreiche Ernährung...“ (Interview 14, 4).

Vorbildfunktion der Professionellen

Grundlage dieser Kategorie ist die Überzeugung der Probanden, dass ihr eigenes Verhalten Vorbildcharakter für die Menschen hat, die sie betreuen. Das tägliche Miteinander ist zugleich ein Lernfeld. Die vermittelten Inhalte, unbewusst wie auch bewusst vermittelte, werden aufgenommen und beeinflussen Verhaltens- und Handlungsweisen der behinderten Menschen. Positiv wirke sich aus, so meint eine Probandin,

„...dass man selber eine gewisse Gesundheit ausstrahlt. So dass das irgendwie überkommt. dass sie nicht unbedingt ein schlechtes Vorbild haben. Und dann gucken, ach ja, der raucht jetzt ohne Ende, da kann ich ja dann auch, da halt auch Vorbildfunktion zu haben und die dann zu transportieren. Gesundheit wird immer auch gelebt in dem halt was ich sage oder tue oder auch nicht tue. Da vorbildlich zu sein gehört für mich schon dazu“ (Interview 36, 4, 5).

Behinderung thematisieren

Diese Kategorie bezieht sich auf Aussagen zum Umgang mit Behinderung im täglichen Alltag. Behinderung zu thematisieren, über sie mit dem jeweils betroffenen Menschen sprechen, ist eine tägliche Herausforderung für die pädagogisch und pflegerisch tätigen Fachleute. Die Behinderung darf dabei allerdings von beiden Seiten nicht im Sinne eines zentralen Lebensinhaltes überbewertet werden.

„Also bei den chronisch Kranken haben wir uns, und das sehe ich genauso eigentlich, zum Ziel gesetzt, die Epilepsie in diesem Falle nicht als das einzige oder das allerwichtigste Thema zu nehmen, auch wenn wie es gleichzeitig ja

sehr intensiv bearbeiten auf mehreren Ebenen. Gleichzeitig ist es auch ein Ziel, dass sie eben Lebensqualität haben. Das fängt damit an, dass sie aus ihren gewohnten Lebensbezügen heraustreten.... und dadurch natürlich auch eine Aufwertung ihrer Lebensqualität erfahren und gefordert sind, bestimmte Aufgaben zu übernehmen und zu bewältigen. Was ihnen natürlich auch immer wieder ein Gefühl gibt von sich erweitern. ...dass man ihre Lebensart und Weise reflektiert mit ihnen, immer wieder an konkreten alltäglichen Punkten, wo eben so das Phänomen der Erkenntnis sicherlich auch so ein Aspekt ist...“
(Interview Nr. 37, 6, 7).

Im Kern ihrer Bemühungen geht es den Fachleuten darum, dass die Menschen

„...ein Verhältnis zu der Erkrankung bekommen, die sie haben, zu der Epilepsie. Das sie das eben als etwas reinordnen, was sie verstehen, wo die mit umgehen können und was sie dann eben in ihr persönliches Leben entsprechend einbauen, ohne sich grundsätzlich als schwach oder krank, ungesund oder wie auch immer zu begreifen. ... Was es für Auswirkungen hat, wie man sie gut behandeln kann. was sie persönlich auch dafür tun können. Also ganz konkret. Also dafür ein Gefühl zu kriegen, eben auch dieses Körpergefühl zu bekommen“ (Interview 23, 4, 5).

Ein weitere wichtiger Aspekt ist nach Ansicht einer Interviewpartnerin, dass

„...sie mit ihren Ressourcen haushalten können. Das sie sich nicht so hängen lassen. ... Dass sie Interessen wahrnehmen und so auch mal auf andere Gedanken kommen und sich nicht nur mit Behinderung und Krankheit beschäftigen, weil davon gibt es auch eine ganze Menge Leute in unserem Bereich, die wirklich die Krankheit auch benutzen, oder wo teilweise so was wie erlernte Hilflosigkeit über Jahre eingespielt ist “ (Interview 30, 8).

Sport, Bewegung

Diese Kategorie berücksichtigt Aussagen der Probanden, die sich unter dem Schwerpunkt Sport und Bewegung zusammenfassen lassen. Je nach Art, Umfang und Schwere der Behinderung spielt Sport/Bewegung nach Einschätzung der Fachleute eine wichtige Rolle zur Unterstützung der Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen. Die positive Effekte, die sich mit sportlichen Aktivitäten verbinden, gelten gleichwohl für Menschen mit Behinderungen:

„..... Sport treiben, so was halte ich natürlich auch wichtig für die Gesundheit unserer Bewohner hier. Denn das hat alles ja so den Effekt für die Gesundheit. also wenn ich mich körperlich betätige, im Anschluss geht es mir gut. Ich bin dann zwar vielleicht müde, aber trotzdem geht es mir gut. Die Erfahrung haben wir hier auch mit den Behinderten gemacht. Sporttreiben oder in irgend einer Form, Bewegungsart, das fängt ja schon an, wenn man einen kleinen Spaziergang macht, an der frischen Luft ... Das ist ja bei diesen Menschen nicht anders. (Interview 29,4).

Tabelle 7: Aspekte zur Unterstützung und Förderung von Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen - nach Geschlecht differenziert -

Aspekte zur Unterstützung und Förderung von Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen	prozentualer Anteil bezogen auf das Verhältnis der Gesamtstichprobe			Gesamt n = 45	
	n	Frauen %	Männer %	Frauen n=22	Männer n=23
Assistenz	32	77	65	17	15
medizinische Versorgung	24	54	52	12	12
Beobachten, Erkennen	13	46	13	10	3
Förderung von Selbstbestimmung	13	27	30	6	7
Förderung von Selbstbewusstsein, Selbstständigkeit	12	32	22	7	5
Mitarbeiter im Wohnbereich	10	18	26	4	6
Freizeitbereich	10	18	26	4	6
Ernährung	9	18	22	4	5
persönliches Vorbild der Professionellen	8	23	13,0	5	3
Behinderung thematisieren	7	14	17	3	4
Bewegung, Sport	7	9	22	2	5

Tabelle 7 zeigt die von den Fachleuten genannten relevanten Aspekte zur Unterstützung und Förderung der Gesundheit von Menschen mit Behinderungen (nach Geschlecht).

Tabelle 8: Aspekte zur Unterstützung und Förderung von Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen - nach Berufsgruppen differenziert -

Aspekte zur Unterstützung und Förderung der Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen	Anzahl der Nennungen nach Berufsgruppen			Gesamt n = 45 *	
	n	pflegerisch %	pädagogisch %	pflegerisch n =10	pädagogisch n=33
Assistenz	30	50	76	5	25
medizinische Versorgung	24	50	46	5	19
Förderung von Selbstbestimmung	13	10	36	1	12
Beobachten, Erkennen	12	50	21	5	7
Förderung von Selbstbewusstsein, Selbständigkeit	12	20	30	2	10
Mitarbeiter im Wohnbereich	10	40	18	4	6
Freizeitbereich	10	20	24	2	8
Ernährung	9	10	24	1	8
persönliches Vorbild der Professionellen	8	0	24	0	8
Behinderung thematisieren	7	0	21	0	7
Bewegung, Sport	7	0	21	0	7

Tabelle 8 bildet die verschiedenen Aspekte zur Förderung von Gesundheit unter Berücksichtigung der Berufsgruppenzugehörigkeit ab.

4.1.5 Zusammenfassung

Die subjektiven Gesundheitsvorstellungen der Fachleute im Stiftungsbereich Behindertenhilfe spiegeln einen umfassenden Gesundheitsbegriff wider, der zugleich mehrere Ebenen von Gesundheit anspricht (körperliche, psychische, soziale). Gesundheit wird als eine positive Qualität wahrgenommen, die am häufigsten über die Dimension „Wohlbefinden“ und „Fähigkeit zur Teilnahme am Leben“ sowie die „Abwesenheit von Krankheit“ definiert wird. Gesundheit wird von den Professionellen u.a. mit eigenen Krankheitserfahrungen und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen in Verbindung gebracht. „Bewegung“ und „Ausgleich“ werden von den Befragten als häufigste Gesundheitsaktivität genannt. Probanden, die nach eigenen Angaben „wenig für Gesundheit engagiert“ sind, räumen im weiteren Verlauf ihrer Äußerungen nicht selten konkrete gesundheitsbezogene Aktivitäten ein, die für sie einen Stellenwert im Alltag haben (spazieren gehen, Rad fahren). In einzelnen Fällen können auch Gründe

benannt werden, warum sie nach eigener Einschätzung wenig oder gar nicht für ihre Gesundheit aktiv sind.

Die gesundheitsbezogenen Vorstellungen der Fachleute zu Behinderung sind durchgehend von einem positiven Gesundheitsverständnis geprägt. Trotz einer Behinderung gibt es immer auch gesunde Anteile. „Unterstützung“ ist die mit Abstand am häufigsten besetzte Kategorie und bezieht sich auf die Assistenz der Fachleute, die sie bei alltäglichen Verrichtungen im beruflichen Kontakt mit den behinderten Menschen leisten. Etwa die Hälfte der Befragten geht von einem „gleichen Gesundheitsbegriff“ aus, das heißt, sie sehen prinzipiell keinen Unterschied zwischen Gesundheit bei behinderten und nicht behinderten Menschen. „Positive Lebenseinstellung“ und „Wohlbefinden“ sind weitere inhaltliche Dimensionen, die im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Vorstellungen zu Behinderung genannt werden.

Die Aspekte zur Unterstützung und Förderung von Gesundheit bei Menschen mit körperlicher, geistiger und mehrfacher Behinderung thematisieren zum einen professionelle Grundhaltungen und handlungsleitende übergeordnete Ziele im beruflichen Kontakt mit den behinderten Menschen, zum anderen beziehen sie sich auf verschiedene gesundheitsrelevante Bezugsfaktoren. Der überwiegende Teil der Antworten lässt sich der Kategorie „Assistenz bei der Bewältigung des Lebensalltags“ zuordnen. Der Aspekt „medizinische Versorgung“ steht an zweiter Stelle der Nennungen. Zur Unterstützung und Förderung der Gesundheit von Menschen mit Behinderungen halten die Fachleute ebenfalls die Aspekte „Förderung der Selbstbestimmung“ und „Beobachten/Erkennen“ für wichtig.

4.2 Ausgewählte Fallstudien

Anhand von Fallstudien werden aus dem vorliegenden Untersuchungsmaterial in einem weiteren Schritt „Typen“ von Gesundheitsprofilen herausgearbeitet und als Gesundheitsportraits ausgewählter Probanden beschrieben.

Fallstudien ermöglichen die kontextbezogene Darstellung eines Sachverhaltes oder auch bestimmter Denk- und Handlungsmuster. Dabei können verschiedene Aspekte zum Vorschein kommen, die ein System von Aussagen über einen abgegrenzten Realitätsbereich beinhalten. Da es sich bei dieser Untersuchung um eine erste Pilotstudie mit pragmatischem Verwertungsinteresse handelt, liegt der Erkenntnisgewinn und die Funktion der Fallportraits vor allem in der Darstellung und Interpretation subjektiver Vorstellungen zu Gesundheit und gesundheitsbezogenen Vorstellungen zu Behinderung. Ziel ist, wie bereits erwähnt, einen ausschnitthaften und explorativen Einblick in ein von der Gesundheitsforschung wenig bearbeitetes Handlungsfeld zu geben, nicht aber repräsentative Ergebnisse. Fallportraits bieten sich für diese Untersuchung zugleich als eine Möglichkeit an, exemplarisch und zugleich integrierend Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung des Interviews und der Fragebogenauswertung darzustellen: Ergebnisse der Fragebogenauswertung werden genutzt, um Aussagen der qualitativen Analyse zu ergänzen, zu differenzieren oder auch um widersprüchliche Aussagen deutlich zu machen. Auf diese Weise lassen sich einerseits bestimmte Muster im Sinne häufig vorkommender Denk- und Verhaltensweisen zu Gesundheit und Behinderung beschreiben. Andererseits können in den Fallportraits die Verschiedenheiten plastisch werden. In dieser Untersuchung beziehen sich diese z.B. auf die unterschiedliche Bewertung einzelner Aspekte für die persönliche Gesundheit und die Gesundheit von Menschen mit Behinderungen, auf Besonderheiten in der Sichtweise von Gesundheit, auf Widersprüchlichkeiten im persönlichen Gesundheitsverhalten, extreme Ausprägungen ausgewählter Merkmale bei der Datenauswertung u.a.. Die Fallportraits beschreiben somit „besondere“ empirische Einheiten in Bezug auf Teilaspekte der Untersuchungsergebnisse. Gleichwohl lassen sich in allen Portraits bestimmte Muster wiedererkennen, die über den Einzelfall hinaus auch in der Gesamtheit des untersuchten Kollektivs zu

finden sind. Diese bilden den roten Faden der Fallstudien. Jeder Fall betont somit unterschiedliche ausgewählte Aspekte zu:

- Inhalten und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen
- subjektiven Gesundheitsvorstellungen und Berufserfahrungen
- persönlichem Gesundheitsverhalten
- Inhalten und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen mit spezifischen Bezug auf Menschen mit Behinderungen
- Unterstützung und Förderung der Gesundheit behinderter Menschen

Jedem Fallportrait wird eine kurze Begründung vorangestellt, der anschließende stichwortartige „Steckbrief“ soll die Übersichtlichkeit erleichtern. Die für die einzelnen Fallstudien gewählte Struktur ist im Sinne eines „kleinsten gemeinsamen Nenners“ zu verstehen. Die einzelnen Themenbereiche erscheinen in einer fallbezogenen unterschiedlichen Gewichtung; die Übergänge der Abschnitte sind fließend. Ein Fazit zum Abschluss der Fallstudie fasst wichtige Aussagen kurz zusammen.

4.2.1 „Gesundheit hat viele Arten von Phänomenen und Merkwürdigkeiten“

Zur Begründung:

Der ausgewählte Fall ist vor allem aus zwei Gründen ungewöhnlich; erstens findet das Gespräch über Gesundheit auf einer hohen Abstraktionsebene statt und zweitens repräsentiert der Befragte den hohen Grad der Bildungsabschlüsse innerhalb der Untersuchungsgruppe.

Steckbrief zur Person:

Herr P., 36 Jahre, akademischer Abschluss, als Erzieher in einem Fachkrankenhaus tätig, zehnjährige Berufstätigkeit in der Behindertenhilfe, teilzeitbeschäftigt, lebt in einer Lebensgemeinschaft, ist Vater von zwei Kindern. Trotz seines hohen Bildungsabschlusses ist er nicht in einer leitenden Position tätig, sehr theoriegeleitete Gesundheitsvorstellungen auf hohem

Abstraktionsniveau, wenig alltagsbezogene Gesundheitsvorstellungen; zur Gesundheit gehört für ihn eine gelegentliche Reflexion über Krankheit, die er auch für Menschen mit Behinderungen als wichtig erachtet.

Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen:

Herr P. repräsentiert das insgesamt hohe Niveau der Bildungsabschlüsse innerhalb der Untersuchungsgruppe. Der Spannungsbogen der Bildungsabschlüsse reicht von einer Promotion (eine Person, 2%) bis zum Hauptschulabschluss (eine Person, 2%); 10 Personen (22%) haben ein abgeschlossenes Studium, 7 (16%) Abitur und 12 (27%) Fachhochschulreife. Der 36jährige Herr P. arbeitet seit zehn Jahren als Erzieher in der Behindertenhilfe. Er ist Vater von zwei Kindern und hat eine Teilzeitbeschäftigung in einem Fachkrankenhaus des Fachbereiches. Von der Fachrichtung her entspricht sein Bildungsabschluss nicht unmittelbar dem Tätigkeitsfeld in der Behindertenhilfe. Aufgrund seines Bildungsniveaus ist er für seinen Arbeitsbereich deutlich überqualifiziert. Seine berufliche Überqualifikation ist mit Blick auf die gesamte Untersuchungsgruppe allerdings keine Seltenheit: Überqualifiziert sind ebenfalls mehr als 60% der Befragten, wenn man berücksichtigt, dass für die Berufe als Pflegefachkraft, (Heil)erzieherin und AltenpflegerIn in der Regel die Mittlere Reife vorausgesetzt wird. Einen mittlerer Bildungsabschluss können 13 Probanden (30%) nachweisen.

Seine berufliche Zufriedenheit (Item 24) stuft Herr P. eher niedrig ein. Er unterscheidet sich damit deutlich von dem überwiegenden Teil der Probanden, von denen etwa die Hälfte eine hohe Berufszufriedenheit angeben. Drei der befragten Fachleute (7%) schätzen ihre berufliche Zufriedenheit als „sehr hoch“ ein, 20 (44%) als hoch, 18 Personen (40%) geben den mittleren Wert auf der Ratingskala an, sind also teilweise zufrieden. Insgesamt drei Personen aus der Untersuchungsgruppe geben eine niedrige Berufszufriedenheit an.

Auf die Frage nach Gesundheit reagiert der 36jährige eher überrascht und stuft die Fragestellung zunächst einmal als eine „ganz, ganz schwierige Frage“ ein. Er habe sich länger nicht mit Gesundheit beschäftigt, meint er und wirkt dabei insgesamt nachdenklich. Nach seinen Angaben im Fragebogen schätzt er sich als einen Menschen ein, der sich in Gedanken weder viel noch überhaupt nicht mit seiner Gesundheit beschäftigt. Insgesamt 38 % der Befragten sehen das für sich ebenso.

Mehr als die Hälfte der befragten Personen gibt allerdings an, sich „in Gedanken viel“ (53%) mit der eigenen Gesundheit zu beschäftigen.

Im Vergleich zu allen übrigen Interviews unterscheidet sich das Gespräch mit Herr P. dadurch, dass er die Fragen auf einer sehr abstrakten Ebene beantwortet. Sein Philosophieren über Begrifflichkeiten, die theorieorientierten Zugangsformen und das Abstraktionsniveau der Ausführungen erinnern an ein Lehrgespräch. Selbst bei der Frage, was für ihn ganz persönlich Gesundheit bedeutet, gelingt es kaum, etwas über persönliche Momente zu erfahren. Die Ausführungen werden schnell auf eine theoretische Ebene gebracht, die im weiteren Verlauf weiterentwickelt und differenziert wird. Persönliche Assoziationen auf der Grundlage eines vorgegeben Satzes („Wenn Sie gesund sind, dann...“) lehnt Herr P. ab mit dem Hinweis auf die andere persönliche Denkstruktur: „So denke ich leider nicht. Nee, so denke ich nicht. Wenn ich gesund bin, dann nix“ (Interview 33, 3). Seine Tendenz zur Abstraktion bringt das Gespräch über Gesundheit immer wieder auf eine eher wissenschaftstheoretische Ebene und lässt einen hohen Wissensbestand vermuten. Seine Gedanken und Vorstellungen zu Gesundheit scheinen wenig alltagsbezogen. In jedem Fall aber ist für ihn Gesundheit ein sehr verkürzter Begriff um auszudrücken, was er darunter versteht.

Er nähert sich dem Begriff in einer sehr sachlichen distanzierten Art („man könnte es“) und sieht in Gesundheit zunächst allgemein eine „Abwesenheit von Krankheit“. Diese inhaltliche Dimension von Gesundheitsvorstellungen nennen ebenfalls 22 der Befragten als eine inhaltliche Dimension des Gesundheitsbegriffs (siehe Tabelle1: Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen). Bei seinen Überlegungen zum Gesundheitsbegriff bringt der Erzieher in einer systematisch ordnenden Denkweise den Aspekt „Norm“ ein, die definiere, was Gesundheit ist und was nicht. Herr P. geht allerdings nicht von einem Normbegriff in Bezug auf Gesundheit aus. Vielmehr gibt es für ihn „...viele Arten von Phänomenen und Merkwürdigkeiten...“, die sich nach seinem Denkmodell ebenfalls wieder differenzieren lassen. Nach seinen Vorstellungen können sich aus der Vielfalt der Erscheinungsformen von Gesundheit sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft Probleme ergeben, nämlich in der Art des Zusammenspiels. Daraus resultiere dann Krankheit, die er aus einem historischen Blickwinkel sieht, als einen „gesellschaftlichen Ausschließungsbegriff.“ Als ein

„Ausschlussprozedere“ sieht er schließlich auch den Begriff Gesundheit, denn „(W)was gesund ist, was die Norm ist und ob gesund gleich Norm ist und das wird eben über Ausschlussbegriffe gesellschaftlich bestimmt und auch vermittelt“. Gesundheit hat für Herrn P. etwas mit Produktivität zu tun. Dieser Aspekt taucht auch bei der inhaltsanalytischen Auswertung der Interviews auf und fließt hier in die Kategorie „Fähigkeit zur Teilhabe am Leben“ ein, die von mehr als der Hälfte aller Befragten genannt wird. Sie steht als Kategorie der „Inhalte und Dimensionen des subjektiven Gesundheitsbegriffes“ an zweiter Stelle.

Zur Gesundheit gehört für den 36jährigen auch, wie er zum Schluss des Interviews anmerkt, eine Reflexion von Krankheit. Eine solche Bewusstwerdung erachtet er für jeden der einzelnen Bewohner als wichtig, damit sie sich nicht, wie er beschreibt, nur um ihre Krankheiten drehen und darin aufgehen. Ein solches Nachdenken gelte auch im Hinblick auf ihn persönlich.

In seinen Ausführungen wirkte Herr P. sehr konzentriert, sprach dabei zuweilen recht leise, manchmal kaum verständlich. In seiner Art „den Dingen auf den Grund zu gehen“ zeichnete er sich durch begriffliche wie auch sprachliche Präzision aus: Es genügt nicht etwas ungefähr auszudrücken, sondern es geht ihm um differenzierte Sichtweisen und um eine treffende Wortwahl. Seine Systematik des Denkens und seine teilweise philosophische Art Gesundheit zu erklären, ist außergewöhnlich; kein anderer Proband hat in dieser Form geantwortet. Seine eigenwillig wirkende Art, die Fragen des Interviews zu beantworten, erweist sich als ein durchgängiges Prinzip: theoretisch orientiertes wissenschaftliches Denken, Abstraktion, sprachliche Präzision auf der einen Seite und die Tendenz, möglichst wenig persönlich zu antworten.

Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen

Nur vereinzelt finden sich im Interview Hinweise, die etwas über Herrn P. aussagen. Sie werden dann allerdings in einem allgemeinen Rahmen beschrieben. So spielen Ernährung und Bewegung für ihn eine Rolle. Beides sind Aspekte, die zusammengefasst als Kategorie „gesundheitsbezogene Verhaltensweisen“ auch bei der inhaltlichen Auswertung des Interviews herausgearbeitet wurden (Tabelle 2: Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen). Herr P. benennt Ernährung und Bewegung im Interview als Faktoren im Zusammenhang mit Gesundheit, ohne diese allerdings näher zu gewichten. Was die Einschätzung

des Bereiches Ernährung für seine persönliche Gesundheit betrifft (Item 18), so entscheidet er sich für den mittleren Wert auf der Ratingskala, wonach er dem Ernährungsaspekt weder eine „sehr starke“ noch „überhaupt keine“ Bedeutung beimisst.

In der Einschätzung der Bedeutung des Bereiches Ernährung für die persönliche Gesundheit zeigt sich bei der Untersuchungsgruppe insgesamt ein geteiltes Meinungsbild: für etwas mehr als die Hälfte der Befragten (23/ 51%) hat Ernährung eine starke bzw. sehr starke Bedeutung für die eigene Gesundheit. Fast eine gleich große Anzahl (21/ 47%) zeigt sich in der Bewertung neutraler bzw. unentschlossener und kreuzt den mittleren Wert (3) der Ratingskala an.

Bei der Einschätzung der eigenen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen im Fragebogen stimmt Herr P. der Aussage zu, dass er auf seine Ernährung achte (Item 28). Auf die Gesamtgruppe bezogen ergibt sich auch hier ein eher zweigeteiltes Bild: insgesamt 17 Befragte (38%) sehen das so für sich, 3 (7%) Probanden stimmen der Aussage „vollständig“ zu. Unwesentlich größer (19/ 42%) ist die Gruppe derjenigen, die dieser Aussage teilweise zustimmen. 5 Personen (11%) achten nach eigenen Einschätzungen nicht auf ihre Ernährung. Im Interview spricht Herr P. auch von sinnlichen Aspekten in Bezug auf Ernährung. Dieser Punkt wurde von keinem weiteren Probanden ins Gespräch gebracht. Für ihn ist Ernährung ein Thema, das er auch im Bezug auf die Gesundheit behinderter Menschen wichtig findet. Eine hohe Einschätzung dieses Bereiches findet sich entsprechend auch in seinem Fragebogen (Item 47, Item 58) wieder.

Aspekte zur persönlichen Gesundheit

Allgemein nach dem Stellenwert von Gesundheit im persönlichen Leben befragt (Item 6), legt er sich nicht eindeutig fest und entscheidet sich für den mittleren Wert der Ratingskala (3). Demnach ist für ihn Gesundheit weder das Wichtigste im Leben noch hat sie keine Bedeutung für ihn. Vier weitere Personen teilen mit ihm diese Einschätzung. Im Gegensatz dazu geben 37 der Befragten (82%) definitiv Gesundheit einen sehr hohen bzw. hohen Stellenwert in ihrem Leben. 3 Personen (7%) machen keine Angaben zum Stellenwert von Gesundheit.

Legt man der fünfstufigen Ratingskala bei der Einschätzung der persönlichen Gesundheit (Item 7, 8) das schulische Bewertungssystem nach Noten zugrunde, so schätzt Herr P. seine körperliche Gesundheit als „befriedigend“ ein, seine

psychische Gesundheit als „gut“. Im Interview deutet er Rückenprobleme an. Von Krankheitserfahrungen, die sie im Zusammenhang mit dem persönlichen Gesundheitsbegriff nennen, sprechen insgesamt 13 Personen (58%), Krankheitserfahrungen werden von Frauen häufiger angegeben als von Männer (siehe Tabelle 2: Inhalte und Dimensionen des Gesundheitsbegriffes).

Subjektive Gesundheitsvorstellungen mit Bezug auf behinderte Menschen

Die abstrakte Denkweise dominiert auch, als Herr P. seine Vorstellungen zu Gesundheit bei behinderten Menschen entwickelt. Seine Zugangsweise zu dieser Thematik sieht er „sozusagen von Berufs wegen erst mal so von dieser negativen Seite her“, denn „Ich hab mit ihnen ja zu tun im dem Sinne, das sie als gehandicapt herkommen“ (Interview 33, 5). Seine berufliche Beziehung definiert er zunächst einmal auf der Grundlage dieser handicaps. In seiner Arbeit geht es ihm allerdings um Perspektiven für behinderte Menschen, so dass deren handicap nicht mehr im Vordergrund steht. Diese Haltung entspricht somit einer Denkweise, die ressourcenorientiert ist und Potenziale in den Mittelpunkt stellt. Herr P. entwickelt auch unter dem Stichwort Behinderung stellenweise philosophische Überlegungen und präzisiert diese, indem er beispielsweise Aspekte psychiatrischer Erfahrungen im Sinne von Erkenntnismomenten anspricht oder die Denkweise von Nietzsche einbringt.

Herr P. zeigt sich als ein sehr aufmerksamer Zuhörer. So überdenkt er zuweilen grobe Zusammenfassungen der Interviewpartnerin und merkt in der Rückmeldung weitere Einzelaspekte an. Auf die Interviewfragen reagiert er nur selten spontan; vielmehr wurden die Fragen wohl durchdacht. In seiner eher langsamen und bedächtigen Art des Sprechens wirkt Herr P. sehr reflektiert: Er bedenkt Gesprochenes nochmals, teilweise relativiert er es, indem er Sätze durch weitere Ideen und Gedankengänge ausgeweitet bzw. differenziert. Zur Gesundheit gehört für ihn hin und wieder auch eine Reflexion über Krankheit: Diese sei nicht nur für ihn persönlich wichtig, sondern auch für Menschen mit Behinderungen. Krankheit solle dabei nicht in den Vordergrund gerückt werden, vielmehr gehe es darum, sich eben nicht um einzelne Krankheiten zu drehen und darin aufzugehen. Auch soziale Kontakte hält er in diesem Zusammenhang für wichtig. Herr P. ist, wie er selbst sagt, kein großer Freund der Schulmedizin. Er unterstütze jedoch die

schulmedizinisch orientierte Behandlung der am Epilepsie Erkrankten, wie sie hier praktiziert werde, denn „von der Professionalität her, da mache ich mit, das ist gar kein Problem“. Er glaubt allerdings, dass mit anderen medizinischen Grundlagen, z.B. heilkundlichen oder homöopathischen vielleicht auch größere Erfolge erzielt würden.

Seiner Ansicht nach wirkt sich der tägliche Umgang mit behinderten Menschen (Item 36 u.37) nicht auf das persönliche Gesundheitserleben aus. Von den 40 Probanden, die diese Frage beantwortet haben, repräsentiert Herr P. zwar das mehrheitliche Meinungsbild (23/ 51%) andererseits sind 17 Personen (38%) schon der Ansicht, dass sich der tägliche Umgang auf das persönliche Gesundheitserleben auswirke, ohne dieses allerdings näher auszuführen.

Fazit:

Der 36jährige Erzieher beschreibt Gesundheit als ein sehr komplexes und zugleich auch differenziertes Phänomen. Gesundheit scheint für ihn in erster Linie unter objektiven, theoretischen Bezügen interessant. Die Ausführungen lassen einen hohen Wissenstand vermuten und erinnern zuweilen an ein interessantes Lehrgespräch. Dabei wird eine interdisziplinär orientierte Sichtweise von Gesundheit durchaus erkennbar. Herr B. bringt persönliche Elemente zur Gesundheit nur sehr kurz und selten ein. Dadurch wirken die Aussagen wenig konkret und alltagsbezogen. Seine Überlegungen zu Gesundheit mit Bezug auf behinderte Menschen sind ebenfalls geprägt von einer sachbezogenen Zugangsweise. Im beruflichen Kontakt mit den behinderten Menschen ist es im wichtig, defizitorientiertes Denken zu überwinden. Aufgrund seiner sehr stark theoretisch-abstrakten Zugangsweise könnte man ihn in gewisser Weise als einen „Theoretiker der Gesundheit“ charakterisieren.

Abb.4: Bedeutung der verschiedenen Bereiche für die persönliche Gesundheit

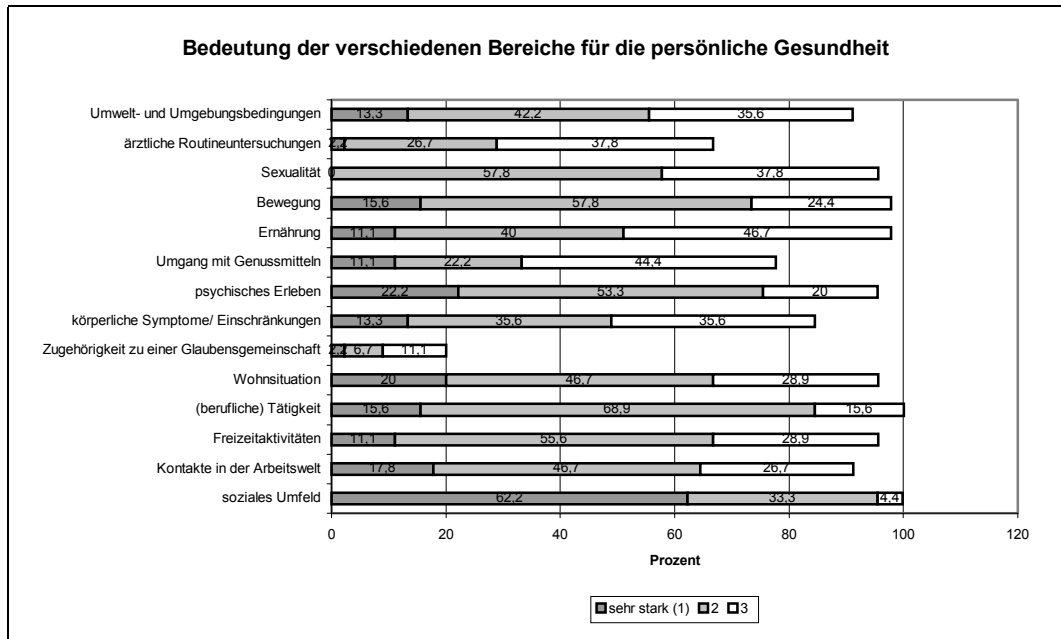
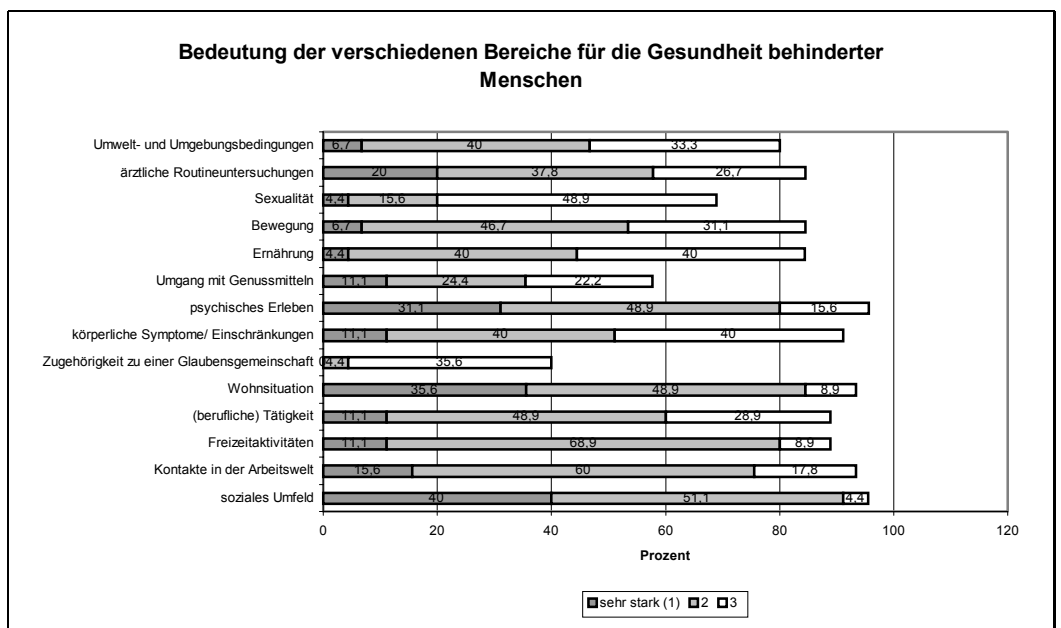


Abb.4 zeigt die Bedeutung der verschiedenen Bereiche für die persönliche Gesundheit. Im Interesse der Übersichtlichkeit werden nur die ersten drei Pole der fünfstufigen Ratingskala dargestellt.

Abb.5 zeigt die Bedeutung der verschiedenen Bereiche für die Gesundheit von Menschen mit Behinderungen. Im Interesse der Übersichtlichkeit werden nur die ersten drei Pole der fünfstufigen Ratingskala dargestellt.

Abb. 5: Bedeutung der verschiedenen Bereiche für die Gesundheit behinderter Menschen



4.2.2 „Gesundheit ist für mich persönlich mehr Selbstschutz“

Zur Begründung:

Mit ihren vergleichsweise geringen Berufserfahrungen ist die Probandin innerhalb der Untersuchungsgruppe ein Ausnahmefall.

Steckbrief zur Person:

Frau M., 32 Jahre, Ausbildung als Heilerziehungshelferin gerade abgeschlossen, Fachhochschulreife, vollzeitbeschäftigt in einem Heim für Behinderte, Berufsanfängerin in der Behindertenhilfe, geschieden, ein Kind, pragmatischer Zugang zu gesundheitsbezogenen Fragestellungen; der psychische Aspekt von Gesundheit spielt für sie eine besondere Rolle, Gesundheit bei behinderten Menschen bedeutet für sie prinzipiell das Gleiche wie für sie persönlich; sie hält Reformen in der Ausbildung für sehr nützlich.

Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen

Zum Zeitpunkt des Interviews hat Frau M., wie sie im Anschluss an das Interview berichtet, ihre Ausbildung als Heilerziehungspflegerin gerade erst abgeschlossen. Sie arbeitet in einem Wohnheim für behinderte Menschen, die hier in Apartments leben. Nach eigenen Angaben gibt es in ihrem Aufgabenfeld kaum pflegerischen Aufwand, ihr Arbeitsschwerpunkt liegt in der Begleitung des selbstständigen Wohnens von Menschen mit Behinderungen.

Frau M. bezeichnet sich selbst als Berufseinsteigerin. Mit ihrer vergleichsweise geringen Berufserfahrungen (nur 3 Probanden haben eine Berufserfahrung von unter 2 Jahren) entspricht sie nicht dem Bild der übrigen Untersuchungsgruppe, in der einer der Probanden mittlerweile 32 Jahre in der Behindertenhilfe tätig ist und die Professionellen, insgesamt betrachtet, eine durchschnittliche Berufserfahrung von ca. 14 Jahren haben. Die langjährigen Erfahrungen in der Behindertenhilfe ergeben sich primär aus der Altersstruktur der Untersuchungsgruppe: Die Anzahl der über vierzigjährigen ist deutlich größer (29) als die Anzahl der jüngeren Probanden (16).

Frau M. arbeitet in Vollzeit; innerhalb der Untersuchungsgruppe haben die Hälfte der Befragten (22) Vollzeit-, die andere Hälfte ein Teilzeit-Beschäftigungsverhältnis.

Frau M. gibt zum Zeitpunkt des Interviews eine hohe berufliche Zufriedenheit an. Ihre persönliche Gesundheit schätzt sie zur Zeit des Interviews sowohl auf der körperlichen wie auf der geistigen Ebene als „gut“ ein. Sie ist der Ansicht, dass sich der tägliche Umgang mit den behinderten Menschen nicht auf ihr persönliches Gesundheitserleben auswirke.

Zur Frage nach Gesundheit nennt Frau M. ganz spontan körperliches und seelisches Wohlbefinden als wesentliche Aspekte ihrer Vorstellungen. Gesundheit als Wohlbefinden ist die am häufigsten genannte inhaltliche Dimension subjektiver Gesundheitsvorstellungen. Die Heilerziehungshelferin differenziert den Gesundheitsbegriff dann pragmatisch in Bereiche wie Sport und Ernährung und bringt dabei auch den Aspekt „gesundes Arbeiten“ ein. In allen übrigen Interviews wird dieser Punkt vergleichsweise selten angesprochen. Mit Blick auf ihre persönlichen Vorstellungen zu Gesundheit greift sie diesen Gedankengang nochmals auf mit der Begründung „...weil man ja den größten Teil auf der Arbeit ist, acht Stunden...“. Arbeitsgesundheit als solche erscheint nicht als Kategorie bei der inhaltsanalytischen Auswertung des Interviews; Aussagen zu diesem Bereich wurden, wie bereits erwähnt, kaum gemacht. Frau M. bezieht Arbeitsgesundheit einerseits auf das Vorhandensein von Hilfsmittel am Arbeitsplatz und auf gesundheitsgerechte Verhaltensweisen, andererseits spricht sie von Selbstschutz auf psychischer Ebene. Diesen hält sie für sich als Berufsanfängerin wegen der seelischen Belastungen für sehr wichtig. Sie könne schon feststellen, dass sich ihre psychische Befindlichkeit auf die Bewohner und die Kollegen auswirkt. Das bestärkt sie darin, auf sich zu achten und zu sortieren, „...was ich an mich heranlasse, dass ich halt nicht untergehe und krank daran werde.“ Sie achtet nach eigenen Angaben auf einen Ausgleich.

Eine dementsprechende „starke“ Bedeutung für ihre persönliche Gesundheit misst sie dem Bereich „psychisches Erleben“ (Item 16) bei. Dieser Aspekt hat für alle Befragten insgesamt einen hohen Stellenwert; 24 Personen (53%) bewerten ihn als „stark“ (24/ 53%) 10 (22%) sogar als „sehr stark“. Dass das psychische Erleben „nicht“ bzw. „überhaupt nicht“ relevant für die persönliche Gesundheit sei, wurde von keinem der Befragten angegeben. In der Bewertung der

verschiedenen Bereiche für die persönliche Gesundheit steht der Aspekt „psychisches Erleben“ an dritter Stelle (76%), nach den Bereichen „soziales Umfeld“ (96%) und „berufliche Tätigkeit“ (84%).

Subjektive Gesundheitsvorstellungen mit Bezug auf behinderte Menschen

Psychisches Erleben (Item 45) ist in der Bewertung der 32jährigen ein Bereich, der auch für die Gesundheit behinderter Menschen eine „starke“ Bedeutung hat; insgesamt sind etwa die Hälfte (49%) der Befragten dieser Meinung, vierzehn Personen (31,%) messen dem psychischen Erleben sogar eine „sehr starke“ gesundheitliche Bedeutung zu. Vergleicht man die Einschätzung der Bedeutung des Bereiches „psychisches Erleben“ für die persönliche Gesundheit mit der Bewertung dieses Aspektes für die Gesundheit behinderter Menschen, so zeigt sich ein recht ähnliches Ergebnis: In beiden Fällen wird von einer starken Bedeutung für die Gesundheit ausgegangen (fasst man auch hier wieder die Skalierungen 1 und 2 zusammen), wobei die Bedeutung des psychischen Aspektes im Hinblick auf behinderte Menschen noch etwas höher eingeschätzt wird.

Der Bereich „körperliche Symptome/Einschränkungen“ (Item 44) wird im Vergleich mit dem „psychischen Erleben“ in seiner Bedeutung für die Gesundheit behinderter Menschen insgesamt weniger stark bewertet. Auch bei der Einschätzung von „körperlichen Symptome/Einschränkungen“ für die persönliche Gesundheit (Item 15) zeigt sich gegenüber dem Bedeutungsbereich „psychisches Erleben“ eine nachgeordnete Stellung.

Gesundheit mit Bezug auf behinderte Menschen bedeutet für sie spontan „im Endeffekt das Gleiche wie für mich auch“. Einschätzungen dieser Art werden im Interview häufig genannt. Bei der inhaltsanalytischen Auswertung zu Inhalten und Dimensionen des subjektiven Gesundheitsbegriffes mit Bezug auf behinderten Menschen erscheinen sie unter der Kategorie „gleicher Gesundheitsbegriff“ (siehe Tabelle 5 u. 6), die am zeithäufigsten besetzt ist. Frau M. geht davon aus, dass Menschen mit Behinderungen die gleichen Gesundheitsideale brauchen „wie wir“. Sie formuliert diese Ansicht sehr global, wiederholt damit im Kern ihre erste spontane Äußerung und denkt im Sinne einer rhetorischen Frage darüber nach, ob behinderte Menschen diese Gesundheitsideale auch tatsächlich wollen. Zwingen könne sie niemanden, meint sie, nur anleiten. Der Aspekt der Unterstützung ist ihr dabei ein wichtiges Anliegen. Das sehen sehr viele der befragten Fachleute so.

„Unterstützung der Gesundheit“ wird am häufigsten bei der inhaltlichen Bestimmung des Gesundheitsbegriffes im Hinblick auf Menschen mit Behinderungen genannt. Nahezu zwei Drittel der Interviews (31) enthalten Aussagen zu dieser Kategorie, die tendenziell häufiger von pädagogischen als von pflegerischen Fachkräften genannt wird. Den Aspekt „Unterstützung der Gesundheit“ konkretisiert die Berufsanfängerin in globalen Zügen am Beispiel Hygiene. Hygiene werde teilweise sehr negativ gesehen, wie sie sagt. Stets kommen neue Mitarbeiter und „jeder macht`s unterschiedlich“, und auch manchmal nicht so wie die Bewohner sich das wünschen. Diese Entwicklung ist für sie eine Erklärung dafür, „dass viele dann abgeschreckt sind“. Von einem ebenfalls eigentümlichen Verhältnis zu Hygiene berichtet auch ein berufserfahrener Heilerziehungspfleger (Interview Nr. 18), der in drei verschiedenen Einrichtungen gearbeitet hat und resümierend feststellt, dass „zu 90% der behinderten Menschen ungerne duschen geht“. Er spricht in diesem Zusammenhang auch von einem „klassischen Problem, was der Mitarbeiter oder der ganz Außenstehende eigentlich nie begreifen kann“. Ähnlich wie seine Kollegin, die erst am Anfang ihrer Berufstätigkeit steht, sucht er nach Erklärungen. Für ihn scheint es so, als würden behinderte Menschen Duschen oft als Arbeit und Belastung empfinden. Er bemühe sich dann immer wieder zu vermitteln. Ebenso wie Frau M. hält er nichts davon, Zwang auszuüben. Über die Vermittlung positiver Aspekte versuche er zu verhindern, Zwang ausüben zu müssen. Spätestens dann sei das Duschen nichts Schönes mehr. Dort, wo es möglich sei kognitiv zu vermitteln, versuche er schon, das Selbstbild des behinderten Menschen zu korrigieren.

Was die Umsetzung von Hygiene im Umgang mit den behinderten Menschen betrifft, so bewegt sich Frau M., wie sie selbst meint, im Spannungsbogen von „was man selbst so denkt oder wie man`s auch gelernt hat“ und den „Vorschriften oder Anweisungen“. Dass eigene Handlungsweisen im Kontakt mit den behinderten Menschen eine nicht unerhebliche Rolle spielen, ist nicht nur Meinung der Berufsanfängerin. Auch der berufserfahrene Heilerziehungspfleger ist der Ansicht, „dass man die eigene Selbstpflege, wie auch immer, auf den behinderten Menschen überträgt“ (Interview 18, 4). Der Aspekt „auf Körperhygiene achten“ (Item 63) hat insgesamt betrachtet, für die meisten professionals einen hohen (22/ 49%) bzw. „sehr hohen“ (15/ 33%) Stellenwert im

Umgang mit den behinderten Menschen. Eine tendenziell noch etwas höhere Bedeutung geben sie der Körperhygiene allerdings für ihre persönliche Gesundheit. „Ich achte auf Körperhygiene“ (Item 33) steht in der Bewertung verschiedener Aspekte für die eigene Gesundheit an erster Stelle (siehe Abb. 8: Stellenwert verschiedener Aspekte für die eigene Gesundheit).

Gesundheitsförderung in der Behindertenhilfe

Die Heilerziehungshelferin hat einen pragmatisch orientierten Zugang zu den Fragen des Interviews. Sie antwortet nicht mit theoretischem Hintergrundwissen. Das wäre durchaus naheliegend, wenn man bedenkt, dass der Abschluss ihrer Ausbildung noch nicht lange zurückliegt.

Aus ihrer Sicht sind Reformen in der Ausbildung (Item 80) „sehr nützlich“ um Gesundheitsförderung in ihrem Bereich weiter zu entwickeln. Fast 70% aller Befragten halten diesen Aspekt insgesamt für „nützlich“ (22 /49%) bzw. für „sehr nützlich“ (8/ 18%).

Forschung und wissenschaftliche Aktivitäten (Item 80) hingegen hält Frau M für „nicht nützlich“. Insgesamt sehen 27% (12 Personen) das genauso. Der gleiche Anteil Personen bewertet diese Maßnahme zur Gesundheitsförderung in der Behindertenhilfe tendenziell höher. Überzeugt davon, dass wissenschaftliche Forschungstätigkeit von Nutzen sei, sind allerdings nur weniger als die Hälfte (44%/ 20).

Auch Supervisionsangebote (Item 74) bewertet die Berufsanfängerin erstaunlicher Weise als „nicht nützlich“. Dagegen sind 36% (16) der Gesundheitsfachleute der Meinung, dass Supervision „nützlich“ sei, 38% (17) stufen sie sogar als „sehr nützlich“ ein. Weiterbildungsangebote für Mitarbeiter zum Thema Gesundheitsförderung (Item 72) hält Frau M. jedoch für „nützlich“ und entspricht dem eindeutigen Meinungsbild der Untersuchungsgruppe, wonach dieser Aspekt in der Einschätzung der Fachleute als von 73% (33) als „nützlich“ (53%/ 24) bzw. als „sehr nützlich“ (20 %/ 9) empfunden wird.

Fazit:

Frau M. sieht Gesundheit sehr stark in Bezug auf ihrem persönliches Leben. Gesundheit ist für sie alltagsbezogen und konkretisiert sich in ihrem Berufsleben und dem Privatbereich. Als Berufsanfängerin befindet sie sich noch in einer

Phase der Orientierung, auch was den Umgang mit der Gesundheit behinderter Menschen betrifft. Für sich selbst sucht sie noch etwas wie einen „gesunden Selbstschutz“. Ihre Sichtweise von Gesundheit ist ganzheitlich und stark am persönlichen Erleben orientiert. Eine Kernidee ihres Gesundheitsdenkens mit Bezug auf die behinderten Menschen ist „die Möglichkeit der Umkehrbarkeit“, wonach Gesundheit mit Blick auf Menschen mit Behinderungen nichts grundlegend anderes bedeutet als für sie persönlich. Den Bereich der Gesundheitsförderung in der Behindertenhilfe erachtet sie insgesamt als wichtig.

Abb. 6: Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

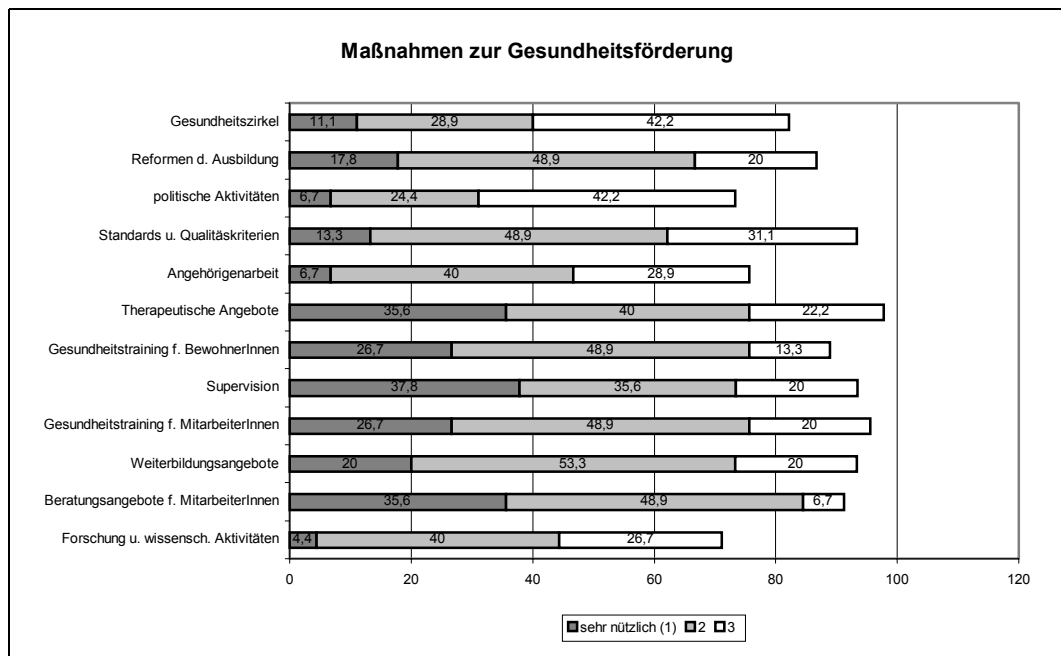


Abb.6 zeigt die Einschätzung der Bedeutung verschiedener Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Im Interesse der Intersichtlichkeit werden nur die ersten drei Pole der fünfstufigen Ratingskala dargestellt

4.2.3 „Also auch das kann mir ja niemand verbieten: ich rauche“

Zur Begründung

Der Fall verdeutlicht starke Widersprüchlichkeiten im persönlichen Gesundheitsverhalten und macht auf die Ambivalenz, die Doppelwertigkeit und die Zerrissenheit von Wissen und Handeln im Bezug auf die persönliche Gesundheit aufmerksam.

Steckbrief zur Person:

Herr W., 48 Jahre, Erzieher mit Zusatzqualifikation, akademischer Abschluss, verheiratet, drei Kinder, arbeitet seit mehr als 20 Jahre in der Behindertenhilfe, vollzeitbeschäftigt, in leitender Position tätig, Raucher; war nach eigener Einschätzung schon sehr krank, bewertet den Stellenwert des Rauchens für die Gesundheit der behinderten Menschen höher als für die eigene Gesundheit. Gesundheit ist für ihn ein lebenslanger Lernprozess.

Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen

Für Herrn W. hat das Thema Gesundheit mit lebenslangem Lernen zu tun. Das war für ihn nicht immer so, denn erst nachdem er persönlich mit Krankheit konfrontiert wurde, hat er einen neuen Zugang bekommen. So verbindet sich für ihn mit dem Gesundheitsbegriff zugleich der herausragende Wunsch, nicht wieder zu erkranken. Wiederholt war der Vater von drei Kindern sehr krank. Dementsprechend hoch ist für ihn auch der Stellenwert von Gesundheit in seinem Leben. Allerdings beschäftigt er sich in Gedanken nicht übermäßig mit seiner Gesundheit (Item 23). Er gehört nicht zu der Gruppe, die im Fragebogen angibt, sich „sehr viel“ (1/ 2%) bzw. „viel“ (24/ 53%) gedanklich mit der persönlichen Gesundheit auseinanderzusetzen. Hin und wieder, und vor allem im Zusammenhang mit dem Therapieplan seiner Erkrankung, beschäftige er sich mit Gesundheit.

Persönliche Krankheitserfahrungen im Zusammenhang mit dem Gesundheitsbegriff erscheinen auch als eine inhaltliche Kategorie bei der inhaltsanalytischen Auswertung des Interviews: Insgesamt 13 Probanden (36%) sprechen persönliche Erfahrungen mit Krankheit an und benennen teilweise auch

die Erkrankung; Frauen nennen diesen Aspekt häufiger als Männer (siehe Tabelle 2 Inhalte und Dimensionen des subjektiver Gesundheitsvorstellungen).

Für Herrn W., der in leitender Position arbeitet, ist der Teil der eigenen Fürsorge und der Vorsorge in den letzten Jahren wichtiger geworden. Er habe sich früher zu viel zugemutet und Dinge gemacht, wo er sich selbst aus dem Blick verloren habe. Dort, wo er früher vielleicht sehr gut anderen Leuten geholfen habe, denke er heute daran, sich selbst Freiräume zu schaffen, sich zu regenerieren. Viel zu spät habe er bemerkt, dass seine Reserven aufgezehrt waren. Um diesen Zustand zu beschreiben, verwendet der 48-jährige das Bild eines Akkus bzw. einer Batterie, die wieder aufgeladen werden muss und die eines schonenden Umgangs bedarf. Herr W. ist Erzieher mit Zusatzqualifikation und seit mehr als 20 Jahren in der Behindertenhilfe tätig. Sehr offen spricht er über sein persönliches Verhältnis zu Gesundheit und Krankheit. Er ordnet Gesundheit aber zugleich auch in ein größeres Gesamtkonzept ein, indem er Bezugsgrößen wie Umwelteinflüsse und Krieg und Frieden nennt.

persönliche Gesundheitsaktivitäten

Was seine persönlichen Gesundheitsaktivitäten betrifft, so spricht Herr W. von einem Programm „...was mir gemäß ist“. Das, was er konkret macht, scheint er aus Überzeugung zu tun, er gehört, wie er sagt, nicht zu den Leuten „...die nur immer durch irgendwelche Wälder rennen müssen“. Ein wichtiges Auswahlkriterium sind offensichtlich persönliche Vorlieben wie Holz hacken, Sauna besuchen u.a. Einen besonderen Stellenwert nimmt dabei das Lesen als eine Form der Entspannung ein. Dass sie persönlich auf Entspannung achten (Item 29), geben über die Hälfte (26/ 58%) der Professionellen an. Nur 7 Personen (16%) achten nicht auf Entspannung. Völlig anders schätzen die Befragten den Stellenwert von Entspannung (Item 59) im Blick auf die Gesundheit behinderter Menschen ein. Während die Fachleute für sich selbst Entspannung unmissverständlich als wichtig erachten, zeigt sich in der Bewertung dieses Aspektes für die Behinderten (Item 58) umgekehrtes Bild: Nur 13 Probanden (29%) geben Entspannung einen „hohen“ bzw. „sehr hohen“ Stellenwert. Fast doppelt so viele Fachleute (24/ 53%) schätzen den Stellenwert geringer ein. Herr W. gehört zu den Personen, die dem Aspekt Entspannung im Umgang mit behinderten Menschen einen „niedrigen“ Stellenwert (7/ 16%) einräumen.

Deutliche Unterschiede in der Bewertung für die eigene Gesundheit und für die der behinderten Menschen gibt es auch beim Rauchen (Item 26 bzw. 56). Herr W. ist, wie 40% der Untersuchungsgruppe, Raucher. Er stuft sein Verhalten an diesem Punkt selbst als ein „selbstschädigendes“ ein, ihm seien auch die Konsequenzen klar, jedoch könne ihm niemand das Rauchen verbieten. Aufzuhören kriege er aber nicht hin, stellt er ernüchternd fest; zwischenzeitlich habe er es für zwei Wochen geschafft, allerdings nicht länger. Herr W. raucht offensichtlich wider besseren Wissens und betont dabei gleichwohl den Aspekt der persönlichen Selbstbestimmung. Einerseits ist er stark daran interessiert, auf seine Gesundheit zu achten, – er lässt sich, wie er sagt, auch regelmäßig homöopathisch behandeln, – andererseits verhält er sich eindeutig gesundheitsschädigend und dies auch angesichts seiner Grenzerfahrungen die persönliche Gesundheit betreffend. Er akzeptiere Begrenzungen für das Rauchen, beispielsweise durch Nichtraucherbezirke. Diese Grenze, die ihn auch persönlich betreffe, helfe ihm, auch bei behinderten Menschen eine Grenze zu definieren. Dass er dem Aspekt „Kontrolle von Nikotin“ (Item 56) bei der Bewertung des Stellenwertes im Umgang mit behinderten Menschen einen „hohen“ Stellenwert gibt, ist insofern überraschend, weil von ihm als Raucher eine eher großzügigere Bewertung zu vermuten wäre.

Völlig anders ist dagegen die Einschätzung des überwiegenden Teils der Untersuchungsgruppe: Dem Aspekt Nikotinkontrolle wird insgesamt ein niedriger Stellenwert gegeben; mehr als die Hälfte der Befragten halten diesen Aspekt für wenig wichtig im Umgang mit behinderten Menschen; 17 Fachleute (38%) stufen ihn sogar als „sehr niedrig“ ein, 9 (20%) als „niedrig“. Etwa die Hälfte der Probanden meinen demnach, die Kontrolle von Nikotin sei im Umgang mit behinderten Menschen eher nicht wichtig. Das Verhältnis zwischen den Personen, die den Stellenwert der Nikotinkontrolle bei Menschen mit Behinderungen als „hoch“ bzw. „sehr hoch“ angeben und denen, die sich für den mittleren Wert auf der Ratingskala entscheiden, d.h. keine eindeutige Tendenz in Richtung hoch oder niedrig angeben, ist in etwa gleich (18% vs. 16%).

Ähnlich wie bei der Bewertung des Rauchens, hat für Herrn W. auch der Umgang mit Genussmitteln (Item 17) einen höheren Stellenwert für die Gesundheit der behinderten Menschen als für seine eigene. Auf seinen Arbeitsbereich bezogen, gibt er der Kontrolle von Alkohol (Item 56) einen „hohen“ Stellenwert.

Aspekte zur Unterstützung und Förderung der Gesundheit von Menschen mit Behinderungen

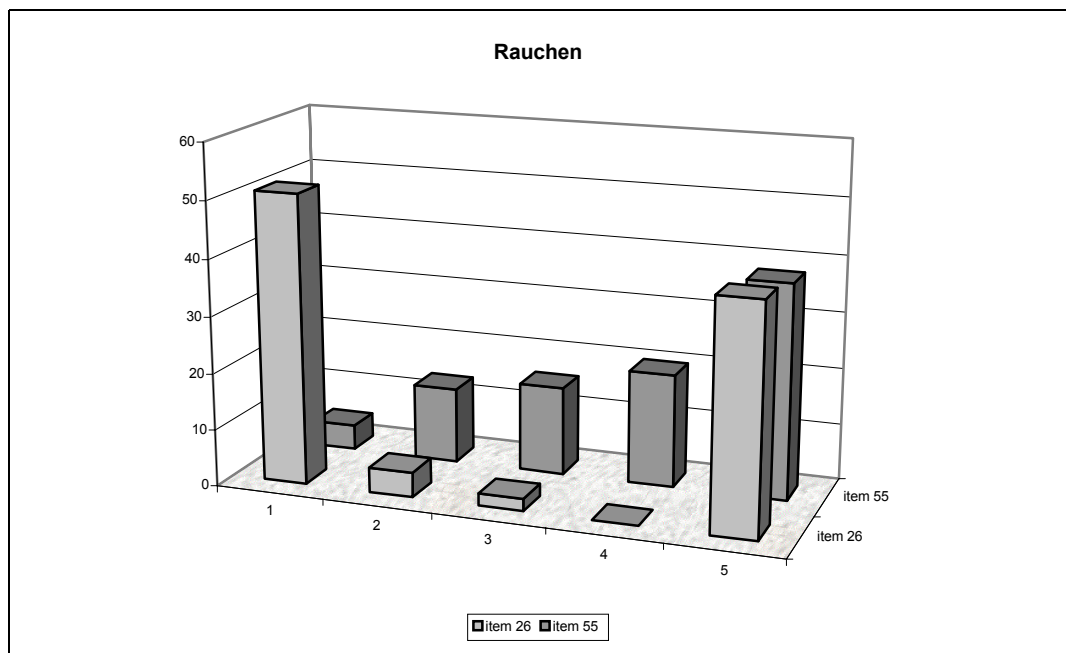
Im Interview macht Herr W. deutlich, dass es ihm wichtig ist, auch behinderten Menschen Grenzen deutlich zu machen. Auch er beachte die Grenzen, die ihm im Bezug auf sein Rauchen durch Nichtraucherbereiche gegeben sind. Ihm gehe es sehr stark um die Autonomie dieser Menschen, die nicht nur auf Plakaten im Jahr der Behinderten gefordert, sondern auch im Sinne einer Gleichstellung mit allen übrigen Menschen umgesetzt werden müsse. Eine gleiche Behandlung zeige sich beispielsweise im Umgang mit alltäglichen Dingen: So sei es möglich, Konsequenzen gesundheitsbezogenen Handelns, er nennt als Beispiel mangelnde Zahnpflege, auch an geistig behinderte und lernbehinderte Menschen zu vermitteln. Herr W. betont die Eigenverantwortlichkeit, die der behinderte Mensch für sich habe. Es gehe in den verschiedensten Situationen darum, behinderte Menschen immer wieder darauf aufmerksam zu machen und gemeinsam mit ihnen auszuloten, wo Unterstützung gebraucht wird und wo nicht. Sofern eine Unterstützung dann vehement abgelehnt würde, wäre es für ihn „auch in Ordnung“; eine Unterstützung fände dann woanders statt. Aus seinem Arbeitsfeld kenne er solche Fälle jedoch nicht, so etwas sei für seinen Bereich „ganz weit weg“. Seine Art, Gesundheit bei behinderten Menschen zu unterstützen, sei vielmehr, „...gut zu beobachten und dann zu unterstützen. Also da zu assistieren, wo es sinnvoll und notwendig ist“. Dieser sensible Umgang mit Unterstützung wird mehrheitlich von allen Befragten genannt. Damit eng verbunden sind die Aspekte „Beobachten, Erkennen“, „Förderung von Selbstbewusstsein und Selbstständigkeit“, „Förderung der Selbstbestimmung“ die auch für Herrn W. zentrale Punkte seines Gesundheitsverständnisses bei Menschen mit Behinderungen sind (Tabelle 8 Aspekte zur Unterstützung und Förderung der Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen).

Der 48jährige ist der Überzeugung, dass die behinderten Menschen, die er betreut „sehr viel“ selbst für ihre Gesundheit tun können (Item 52). Mit dieser Einschätzung unterstreicht er nochmals die im Interview angesprochenen Aspekte der Eigenfürsorge und den Teil der Assistenz.

Fazit:

Herr W. symbolisiert in einem Teilbereich seines Gesundheitsverhaltens, dem Rauchen als Risikofaktor für Gesundheit, ein „Gesundheitsparadox“. Mit dem Rauchen belastet er seine Gesundheit, zugleich hat er durch das Rauchen auch eine Form von Gesundheitsgewinn. An seinem Verhalten wird die Gleichzeitigkeit und Unvereinbarkeit von Wissen und Handeln in bestimmten gesundheitsrelevanten Bereichen deutlich. Gesundheit hat für ihn auch einen hohen Betroffenheitsgrad durch die Erfahrung von Krankheit. Wenngleich er im Umgang mit seiner Gesundheit sensibel ist, so behandelt Herr W. den Aspekt des Rauchens bei behinderten Menschen restriktiver. Für ihn ist die Förderung der Eigenständigkeit behinderter Menschen ein wichtiger Faktor für deren Gesundheit. Seine Aufgabe sieht er in diesem Zusammenhang darin, nur dort zu assistieren, wo es notwendig und sinnvoll ist.

Abb. 7: Bewertung des Aspektes „Kontrolle von Nikotin“ für die Gesundheit



Die Grafik zeigt eine Gegenüberstellung der Items 26 (Ich rauche nicht) und 55 (Kontrolle von Nikotin -im Umgang mit behinderten Menschen-).

Bei Item 26 wird auf der fünfstufigen Ratingskala angegeben, inwieweit der Aussage „ich rauche nicht“ zugestimmt wird (trifft vollständig zu 1 - 2 - 3 - 4 - 5 trifft gar nicht zu).

Bei Item 55 geht es um die Einschätzung des Stellenwertes der „Kontrolle von Nikotin“ im Umgang mit behinderten Menschen auf der fünfstufigen Ratingskala (sehr hoher Stellenwert 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr niedriger Stellenwert).

4.2.4 „Was ich gut finde, muss der behinderte Mensch nicht auch gut finden“

Zur Begründung

Der Fall ist etwas Besonderes, weil er exemplarisch verschiedene Aspekte subjektiver Gesundheitsvorstellungen in den Kontext berufsspezifischen Handelns stellt. Er verdeutlicht, dass Vorstellungen von Gesundheit handlungsleitend für Zielvorstellungen im Umgang mit den behinderten Menschen sind.

Steckbrief zur Person:

Herr B., 38 Jahre, verheiratet, ein Kind, seit mehr als 10 Jahren in der Behindertenhilfe tätig, Fachoberschulreife, vollzeitbeschäftigt, leitende Funktion. Gesundheit bedeutet für ihn, den persönlichen Bedürfnissen entsprechend leben zu können; er macht auf persönliche Übertragungsmuster im Kontakt mit behinderten Menschen aufmerksam; ein objektives Beobachten der Bewohner empfindet er als schwierig.

Subjektive Gesundheitsvorstellungen mit Bezug auf behinderte Menschen

Ein wichtiger Grundsatz im Verständnis von Gesundheit bei behinderten Menschen ist für den 38jährigen Erzieher, „dass der Mensch entsprechend seinen Bedürfnissen leben kann“. Konkret auf den Alltag bezogen heißt das für ihn, die Bedürfnisse seines Gegenübers zuzulassen: Er mache einen behinderten Menschen, der Kettenraucher ist oder starkes Übergewicht hat, darauf aufmerksam, dass dieses Verhalten nicht gerade gesundheitsfördernd ist, aber er müsse es, wie er sagt, einfach respektieren. Diese Haltung schließe allerdings nicht aus, sich mit den Betroffenen über diese Thematik zu unterhalten, sofern ein Verständnis dafür da ist. Herr B. hält nichts davon, über einen Bewohner zu entscheiden, er entscheidet lieber mit ihm. So spricht er „oft“ mit den behinderten Menschen, die er betreut, über deren Gesundheit (Item 53). Über die Hälfte der befragten Gesundheitsfachleute (65% /29), gibt an, Gesundheit sei ein Thema, über das sie sich mit den behinderten Menschen unterhalten. Schwierig wird es nach Meinung von Herrn B. dort, wo eine Verständigung aufgrund der Behinderung der Menschen nicht möglich ist oder auch bei solchen, die auch

sonst wenig oder gar keine Reaktionen zeigen. Die Bedürfnisse dieser Menschen überhaupt zu erkennen und daraus ein entsprechendes Behandlungsangebot zu formulieren, empfindet der Erzieher, der eine mehr als 10jährige Berufspraxis hat, als eine wirklich schwierige Sache.

Im Gegensatz zu vielen Probanden, die auf die Frage, was für sie Gesundheit bei behinderten Menschen bedeutet, eine Antwort im Sinne von „im Endeffekt das gleiche wie für mich“ oder „das ist nicht viel anders als bei mir auch“, teilt Herr B. diese Ansicht nicht. Von einer Sichtweise, in der das persönliche (Gesundheits)Verhalten der Bezugsperson maßgeblich im Umgang mit behinderten Menschen ist „...davon probieren wir immer weg zu kommen“(Interview 38,5). Das gelinge aber nicht immer, wie er einschränkend hinzufügt. Er konkretisiert diesen Standpunkt an einem Beispiel, in dem er sich selbst als Bewohner eines Altenheimes sieht. Es wäre ihm ein Greul, wenn er sich nicht mehr äußern könne, plötzlich dazu angehalten würde „...Ostereier zu bemalen oder solche Sachen, nur weil die Altenpflegerin, die mich da pflegt oder der Altenpfleger das so schön findet. Oder der Meinung ist, er tut mir einen Gefallen“. Er distanziert sich von dieser Form des Umgangs und macht deutlich, dass in seinem Arbeitsbereich versucht wird, von derartigen Übertragungsmustern wirklich wegzukommen. Herr B., der eine leitende Stellung in einem Heim für Behinderte hat, ist vielmehr der Überzeugung, dass eben nicht das „...was ich gut finde, der behinderte Mensch, den ich zu betreuen habe, auch gut finden muß“. Er gibt allerdings auch zu verstehen, wie schwierig es sein kann, die individuellen Bedürfnisse herauszufinden. Gerade bei Menschen, die sich nicht äußern können, sei auch durch genauestes Beobachten oft nicht festzustellen, wo die Bedürfnisse eigentlich liegen. Es gehe stets um ein Ausprobieren, ein Testen und darum, als Bezugsperson nicht die Geduld zu verlieren. Herr B. sieht auch eindeutig die Grenzen seiner Bemühungen, beispielsweise bei bettlägerigen Menschen, die sich nur sehr schwer äußern können. Gerade bei Grenzfällen sei der Umgang schwierig. Er spricht in diesem Zusammenhang von einer Grundverpflichtung gegenüber den betroffenen Menschen. Es ist ihm wichtig, im Team Rückmeldungen über Vorgehensweisen zu besprechen und bestimmte Dinge bereits im Vorfeld zu besprechen. So könne sichergestellt werden, dass z.B. eine individuelle Begleitung des behinderten Menschen auch im Sterbeprozess möglich sei.

Gesundheitsförderung in der Behindertenhilfe

Den Aspekt Zusammenarbeit im Team erachten viele der Befragten Gesundheitsfachleute als bedeutungsvoll. „Team“ erscheint bei der inhaltsanalytischen Auswertung des Interviews als eine wichtige Kategorie zur Unterstützung und Förderung der Menschen mit Behinderungen (siehe Tabelle 8). Der Stellenwert des Teams spiegelt sich auch in den Fragebogenergebnissen wider. Dienstbesprechungen (Item 67) haben nicht nur für Herrn B. einen „sehr hohen“ Stellenwert im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung, sondern auch für mehr als die Hälfte aller Befragten (24 /53%). Allerdings gibt es auch einen beachtenswerten Anteil an Personen (9/ 20%), die den Dienstbesprechungen einen „niedrigen“ bzw. „sehr niedrigen“ Bedeutungsgehalt beimessen.

Insgesamt wird den Bereichen interne Fortbildung, Dienstbesprechungen, Ausbildung und Weiterbildung (Item 66-69) von mehr als die Hälfte der Professionellen ein „hoher“ bzw. „sehr hoher“ Bedeutungsgrad zugesprochen.

Herr B. hält Weiterbildungsangebote für MitarbeiterInnen zum Thema Gesundheitsförderung (Item 72) für „sehr nützlich“, um Gesundheitsförderung in seinem Arbeitsbereich weiterzuentwickeln. Über 70% der Befragten (73%) bewerten Weiterbildungsangebote als „nützlich“ bzw. auch als „sehr nützlich“. Nahezu gleich ist die Einschätzung (74%) von Supervisionsangeboten für MitarbeiterInnen (Item 74). Den höchsten Stellenwert (85%) im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung haben Beratungsangebote für pflegerisch und pädagogisch tätige MitarbeiterInnen (Item 71). Sehr hilfreich wären nach Einschätzung von Herrn B. auch Forschung und wissenschaftliche Aktivitäten (Item 70). Weniger als die Hälfte (44%) sehen das so wie er. Verbandspolitische Aktivitäten (Item 79) stuft der 38jährige als „nicht nützlich“ ein und entspricht damit der insgesamt niedrigen Bewertung (31%) dieses Aspektes für die Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung in der Behindertenhilfe.

Grundvoraussetzung allen Tuns im Kontakt mit den behinderten Menschen ist für den langjährigen Mitarbeiter neben einem grundsätzlichen Akzeptieren des Menschen das genaueste Beobachten. Zugleich sei das eine ganz schwierige Angelegenheit, weil es immer subjektive und objektive Anteile gäbe. Es gehe vor allem darum, nur das Fachliche in den Vordergrund zu stellen. Dass immer auch subjektive Elemente mitschwingen, erläutert er, indem er sich an seinen Vater

erinnert. Dieser habe keineswegs gesundheitsbewusst gelebt, nach fachlichen, objektiven Kriterien, jedoch sei er glücklich gewesen. Herr B. macht einerseits deutlich, wie wichtig eine Harmonie von Körper und Geist im Blick auf die Gesundheit eines Menschen sind, gleichwohl betont er die Notwendigkeit objektiver Beobachtung.

Aspekte zur Unterstützung und Förderung der Gesundheit von behinderten Menschen

Wichtig für die Unterstützung und Förderung der Gesundheit von Menschen mit Behinderung ist nach Einschätzung von Herrn B. die Einhaltung von Vorsorgeterminen. Vorsorgeuntersuchungen sind für ihn aufgrund seines Alters noch nicht aktuell, wie er meint, jedoch gehe er regelmäßig zum Zahnarzt. Im Bezug auf das persönliche Gesundheitsverhalten geben 33% der Befragten an, sie würden nicht regelmäßig zum Arzt (incl. Zahnarzt) (Item 31) gehen. Deutlich anders schätzen die Gesundheitsfachleute regelmäßige Arztbesuche in Bezug auf die Gesundheit behinderter Menschen ein (Item 61). Keiner der Befragten ist der Meinung, regelmäßige Arztbesuche hätten einen „niedrigen“ oder einen „sehr niedrigen“ Stellenwert. Vielmehr sprechen 85% der Fachleute regelmäßigen Arztbesuchen eine „hohe“ bzw. „sehr hohe“ Bedeutung zu. Eine erheblich niedrigere Bedeutung haben regelmäßige Arztbesuche für die persönliche Gesundheit; nur 40% der Gesundheitsfachleute gehen nach eigenen Angaben selbst regelmäßig zum Arzt. Regelmäßige Arztbesuche haben ihrer Einschätzung nach eine höhere Bedeutung für die Gesundheit behinderter Menschen als für die persönliche. Eine ähnliche Bewertung zeichnet sich auch bei der Einschätzung des Bereiches „ärztliche Routineuntersuchungen“ (Item 21 und Item 50) ab: Auch hier liegt eine eindeutig höhere Bewertung für Menschen mit Behinderungen vor (58%). Was die Einschätzung in Bezug auf die persönliche Gesundheit betrifft, so meinen sogar mehr Befragte, dass ärztliche Routineuntersuchungen „nicht“ bzw. „überhaupt nicht“ relevant für ihre persönliche Gesundheit seien (33%), vergleichsweise geringer ist somit der Anteil der Personen, die angeben, dieser Aspekt habe einen „starken“ bzw. „sehr starken“ Bedeutungsgehalt (29%). Insgesamt betrachtet hat nach Einschätzung der Professionals der Bereich Arztbesuche einen deutlich höheren Stellenwert für die Gesundheit behinderter Menschen.

Auch für Herrn B. haben ärztliche Routineuntersuchungen und regelmäßige Arztbesuche einen hohen Stellenwert für die Gesundheit von Menschen mit Behinderungen. Seine Ausführungen im Interview weichen nicht wesentlich von der entsprechenden Einschätzung im Fragebogen ab. Herr B. ist sehr bestrebt, auf die Fragen des Interviews differenziert und alltagsbezogen zu beantworten. In seinen Äußerungen kommen Grundhaltungen im Kontakt mit den Behinderten Menschen zum Ausdruck. Dem Erzieher ist es ein wichtiges Anliegen, den Betroffenen stets mit einzubeziehen: Nicht gegen seinen Willen zu handeln. Während des Interviews betont er wiederholt, wie wesentlich es sei, den behinderten Menschen als Individuum zu akzeptieren. Nach dem Verständnis von Herrn B. ist Gesundheit ein Gleichgewicht von körperlichen und seelisch-geistigen Kräften. Um ein solches Gleichgewicht geht es ihm sowohl in Bezug auf die eigene Gesundheit und in Bezug auf die Menschen mit Behinderungen.

Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen

In seiner Vorstellung müssen Körper und Geist zusammen harmonieren. Diese Einstellung steht nicht im Widerspruch zu seiner Auffassung, dass nicht alles, was er für sich gut findet, auch von behinderten Menschen als positiv empfunden werden muss. Sie kann vielmehr als eine Konsequenz gesehen werden mit dem Ziel, die Harmonie von Körper und Geist nicht zu gefährden. Für ihn ist somit ein Abwägen notwendig, eine differenzierte Betrachtungsweise mit Blick auf den Betroffenen. Das setzt einerseits genaues Beobachten voraus, das Herr B. an verschiedenen Stellen des Interviews immer wieder nennt, andererseits aber auch bestimmte Grundhaltungen im Kontakt mit behinderten Menschen.

Herr B. beschäftigt sich wie der überwiegende Teil der Untersuchungsgruppe viel mit seiner persönlichen Gesundheit. Dass er sich allerdings in diesem Zusammenhang zu Gesundheitsfragen informiere (Item 35), trifft für den 38jährigen Familienvater nicht zu. Er unterscheidet sich dadurch von dem weitaus größeren Anteil der Befragten (53%), die angeben, sich zu Gesundheitsfragen zu informieren. Gesundheitsinformationen sind für Herrn B. nach eigener Einschätzung eher im Bezug auf die behinderten Menschen als auf seine eigene Person aktuell.

Seine körperliche Gesundheit (Item 7) schätzt er zum Zeitpunkt der Befragung als „schlecht“ ein, seinen psychischen Gesundheitszustand (Item 8) bewertet er etwas

besser. Er gibt im Interview an, im vergangenen Jahr ziemlich wenig für die persönliche Gesundheit getan zu haben; er habe eher Raubbau mit dem Körper betrieben. Auf die Ernährung habe er allerdings stets geachtet. Herr B. bezeichnet sich selbst als einen Menschen, der immer gut in seinen Körper hineinhört. Mit gesunderer Ernährung versuche er, andere Bereiche zu kompensieren. Er sei Raucher, habe es allerdings schon geschafft, den Tabakkonsum deutlich zu reduzieren.

Im Fragebogen gibt er an, dass er seinen Körper beobachte (Item 34). Die Beobachtung des Körpers steht am zweiten Stelle (93%) in der Bewertung verschiedener Aspekte für die eigene Gesundheit (siehe Abb.8). Einen im Vergleich dazu niedrigeren Stellenwert hat dieser Aspekt im Umgang mit behinderten Menschen (73%). Gleichwohl wird in vielen Interviews von den Befragten hervorgehoben, dass intensives Beobachten (Beobachten und Erkennen) ein wichtiger Aspekt zur Unterstützung und Förderung der Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen sei (vgl. Tabelle 8).

Fazit:

Eine Kernidee seiner Gesundheitsvorstellungen ist das Bild von Gesundheit als Harmonie, als Gleichklang zwischen Körper und Seele. Dieses gilt für ihn uneingeschränkt auch in Bezug auf behinderte Menschen. Eigene Vorstellungen von Gesundheit und eigene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen dürfen nicht zwangsläufig auf die behinderten Menschen übertragen werden. Es bedarf stets eines sorgfältigen Abwägens und der Reflexion eigener Anteile im professionellen Handeln.

Abb. 8: Stellenwert verschiedener Aspekte für die eigene Gesundheit

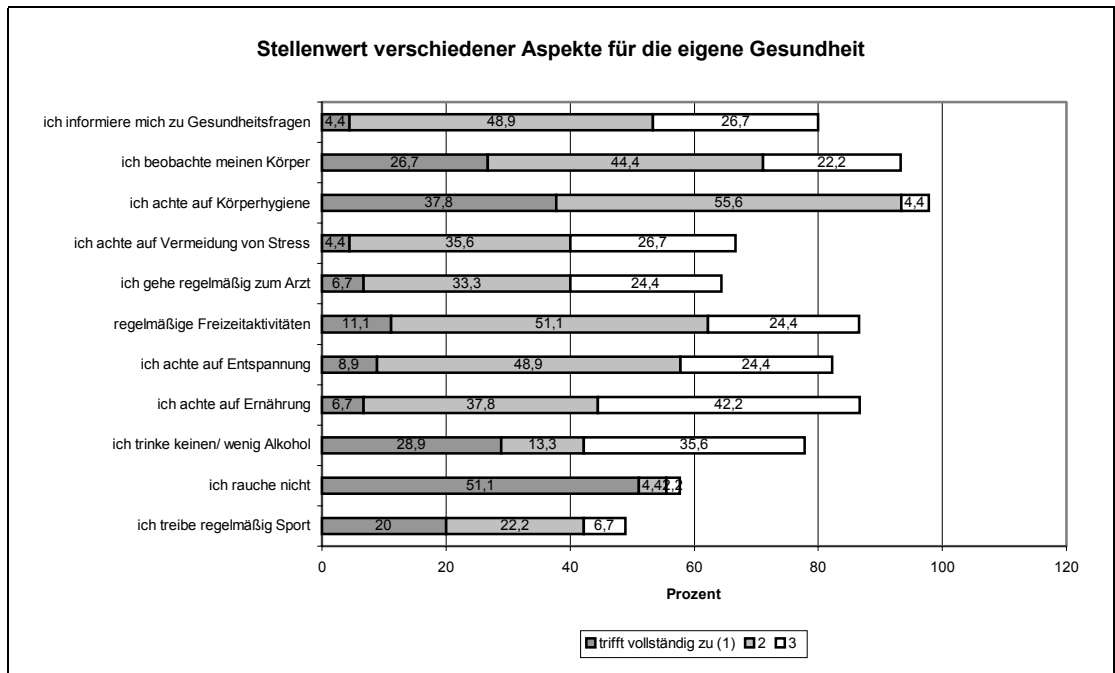
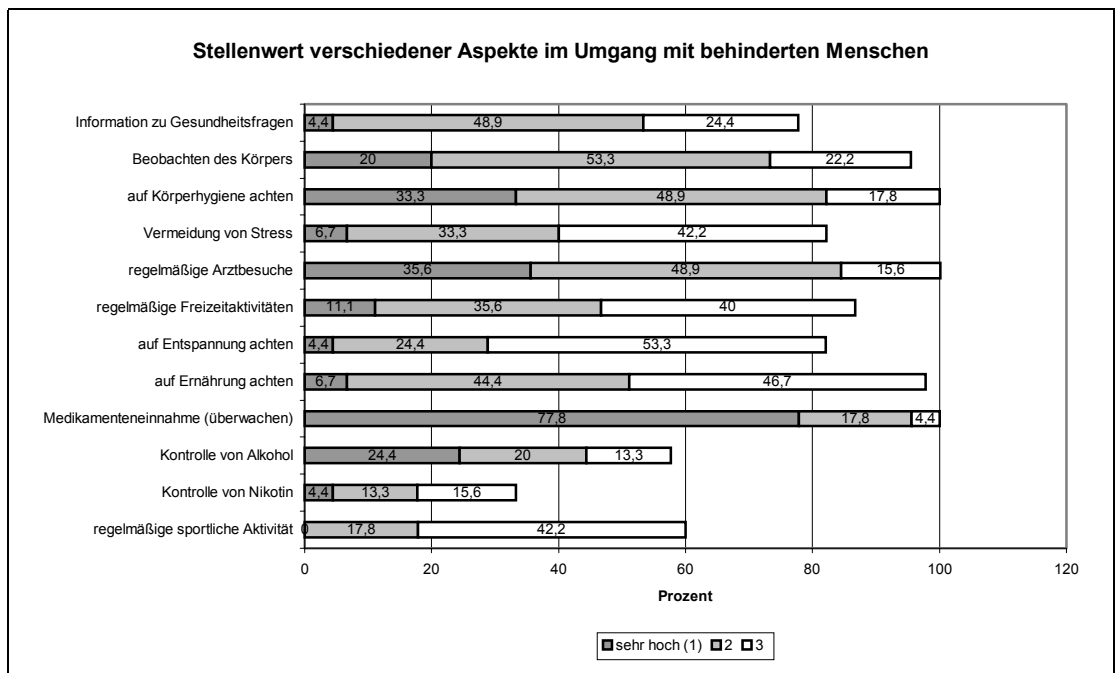


Abb.8 zeigt, die Einschätzung verschiedene Aspekte für die eigene Gesundheit. Abb.9 zeigt die Einschätzung der verschiedenen Bereiche für die Gesundheit behinderter Menschen.

Abb. 9: Stellenwert verschiedener Aspekte von Gesundheit im Umgang mit behinderten Menschen



4.2.5 „Ich muss für die Menschen, die mir auf irgendeine Art und Weise anvertraut sind, hier der Anwalt sein“

Zur Begründung:

Dieser Fall veranschaulicht den Typus einer in der Behindertenhilfe „erfahrenen Praktikerin“.. Zudem lassen sich exemplarisch ausgewählte auffallende Ergebnisse der Fragebogenauswertung darstellen, die auf eine unterschiedliche Bewertung gesundheitsrelevanter Aspekte im Bezug auf die persönliche Gesundheit und die der Menschen mit Behinderungen hinweisen.

Steckbrief zur Person:

Frau C., Krankenschwester, 43 Jahre, ledig, mittlerer Bildungsabschluss, seit 18 Jahren in der Behindertenhilfe tätig, sehr pragmatisch orientierter Zugang zu Gesundheit und Behinderung, sieht sich in einer Anwalt-Funktion für behinderte Menschen, repräsentiert extreme Ausprägungen bestimmter Merkmale bei der Fragebogenauswertung,

Aspekte zur Unterstützung und Förderung der Gesundheit bei behinderten Menschen

Frau C. ist Krankenschwester und arbeitet seit fast zwanzig Jahren im Langzeitbereich der Behindertenhilfe. Das Interview ist für sie, wie sie anschließend erzählt, auch eine Gelegenheit, einmal über ihre Arbeit zu sprechen. Solche Gespräche, in denen auch persönliche Sichtweisen zu Gesundheit oder auch zu Behinderung zur Sprache kämen, seien einfach sehr selten. Es gehe heute in der Pflege und Betreuung vielmehr um Themen wie Zeit und Tempo, neue Reglementierungen und Standards, die umgesetzt werden müssten. Fast entschuldigend fügt sie hinzu, dass dieses jedoch nicht nur für die Einrichtung, in der sie tätig ist, Alltag sei, sondern auch über den Bereich Bethels hinaus generell für die Pflege gelte. Den ganz normalen Alltag zu bewältigen, ist für die 43jährige nicht nur ein wesentlicher Aspekt zur Unterstützung und Förderung der Gesundheit behinderter Menschen, sondern eine tägliche Herausforderung. Diese Ansicht teilt der weitaus größte Teil der Befragten; die „Bewältigung des Lebensalltags“ ist die am häufigsten besetzte Kategorie im Zusammenhang mit

Aspekten zur Unterstützung und Förderung der Gesundheit behinderter Menschen (siehe Tabelle 8). Die Bewältigung des Lebensalltags bedeutet für Frau C. vor allem zweierlei: Behandlung von Akuterkrankungen und Gestaltung des sozialen Umfeldes.

Im Kontakt zu den behinderten Menschen ist es ihr wichtig, stets das zu tun, „...was da gerade im Vordergrund ist“ (Interview 19,3). Dieses könne eine akute Pflege sein oder auch das Gespräch über Tod und Sterben. Die Krankenschwester findet es schrecklich, dass behinderte Menschen nach wie vor ausgegrenzt werden, indem ihnen Selbstverständlichkeiten, wie der Personalausweis oder auch notwendige Hilfsmittel wie z.B. eine Brille, vorenthalten würden. Das habe alles nichts mehr mit Gesundheit zu tun, wie sie meint und mache erst so richtig krank. Trotz des „Jahres der Behinderten“ hätten diese Menschen keine Lobby. Es gehe ihr um Normalität. Bei Behinderten würde man „von außen auf diese Menschen gucken“ und meinen „die kriegen das nicht mit“. Frau C. wehrt sich vehement gegen eine solche Sichtweise, die allerdings durchaus alltäglich sei. Sie berichtet dann sehr engagiert über konkrete Wege wie sie es schafft, „das hinzukriegen, was ich meine, was diese Menschen brauchen“. Sie müsse hartnäckig sein und vor allem „...für die Menschen, die mir in irgendeiner Weise anvertraut sind, hier der Anwalt sein“.

Im Zusammenhang mit weiteren Möglichkeiten zur Unterstützung der Gesundheit behinderter Menschen nennt sie „Fortbildungen“ als Möglichkeit, den eigenen Blickwinkel zu erweitern. Insgesamt betrachtet wird der Bereich Fort- und Weiterbildung von allen Befragten als wichtig eingeschätzt. In jedem Falle profitiert Frau C., wie sie sagt, von dem multiprofessionellen Kollegenkreis und dem gegenseitigen Austausch. Ihre Überlegungen, wie man die Gesundheit behinderter Menschen unterstützen kann, sind sehr alltagsnah. Erfahrungen aus ihrem Berufsalltag lassen das Bemühen um Gesundheit im Alltag recht anschaulich werden. Zugleich bringt sie Elemente des „Commen-Sence“, des gesunden Menschenverstandes ein, wenn sie z.B. feststellt, dass es ihr und dem Kolleginnenkreis gut gehe, wenn es den behinderten Menschen gut gehe.

Subjektive Gesundheitsvorstellungen mit Bezug auf behinderte Menschen

Dem sozialen Umfeld (Item 38) wird in der Bewertung verschiedener Bereiche für die Gesundheit behinderter Menschen insgesamt der höchste Stellenwert (91%) beigemessen. Auch bei der Einschätzung im Hinblick auf die persönliche Gesundheit (Item 9) steht dieser Bereich an erster Stelle (95%). Eine derart hohe Übereinstimmung in der Bewertung für die persönliche Gesundheit und die Gesundheit der Menschen mit Behinderungen liegt nach den Ergebnissen der Fragebogenauswertung nur einmal vor.

In der Wertigkeit für die Gesundheit behinderter Menschen steht der Bereich Wohnsituation (Item 42) an zweiter Stelle (85%), im Hinblick auf die persönliche Gesundheit der Professionellen ist es der Bereich (berufliche) Tätigkeit (Item 12) (86%).

Von den aufgeführten gesundheitsrelevanten Bereichen (Item 9-22) hat nach Einschätzung der Professionals der Aspekt „Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft“ (Item 14) den geringsten Bedeutungsgehalt für die persönliche Gesundheit. Der weitaus größte Teil der Befragten, nämlich 80%, geben an, dieser Bereich sei „nicht“ oder „überhaupt nicht von Bedeutung im Hinblick auf ihre Gesundheit. Was die Einschätzung einer Glaubenszugehörigkeit für die Gesundheit behinderter Menschen betrifft, so wird dieser Aspekt hier tendenziell anders eingeschätzt: Immerhin sind mehr als ein Viertel der Meinung (16 Personen, 36%), Glaube habe teilweise Bedeutung (16/ 36%). Im Vergleich dazu gehen nur 5 Personen davon aus, dass Glaube für ihre Gesundheit teilweise Bedeutung habe. Demnach hat Glaubenszugehörigkeit tendenziell eine höhere Bedeutung für die Gesundheit behinderter Menschen.

Auch Frau C. ist im Übrigen der Meinung, die Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft (Item 43) sei als gesundheitsrelevanter Bereich für die Menschen, die sie betreut, „nicht“ von Bedeutung. Was sie persönlich betrifft, so schätzt sie den Bereich Glaubenszugehörigkeit tendenziell anders ein; sie entscheidet sich bei der Bewertung für die mittlere Position. In keinem der Interviews kommt die Dimension Glaube oder Religiosität zur Sprache. Dieses mag daran liegen, dass dieser Bereich nicht explizit angesprochen wurde oder auch daran, dass dieser Aspekt, wie es die Fragebogenauswertung ebenfalls deutlich macht, insgesamt tatsächlich einen sehr niedrigen Bedeutungsgehalt im Erleben der Befragten hat.

Eine unterschiedliche Bewertung im Hinblick auf die eigene Gesundheit und die der Menschen mit Behinderungen liegt auch für den Bereich Sexualität vor (Item 20 bzw. 49) vor, hier im Vergleich zur Glaubenszugehörigkeit allerdings genau umgekehrt: Sexualität hat für mehr als die Hälfte (58%) eine „starke“ Bedeutung für die persönliche Gesundheit. Die Bewertung für die Gesundheit behinderter Menschen wird insgesamt niedriger eingeschätzt. Ein Viertel der Befragten geht davon aus, Sexualität sei „nicht“ bzw. „überhaupt nicht“ gesundheitsrelevant, etwa die Hälfte (49%) bewertet Sexualität als teilweise bedeutungsvollen Aspekt für die Gesundheit behinderter Menschen.

Den größten Stellenwert in der Beurteilung verschiedener Aspekte im Umgang mit behinderten Menschen (Item 54-65) hat der Aspekt „Medikamenteneinnahme“ (Item 57). Nahezu 80% (35 Befragte) beurteilen ihn als „sehr hoch“. An zweiter Stelle stehen „regelmäßige Arztbesuche“ (Item 61).

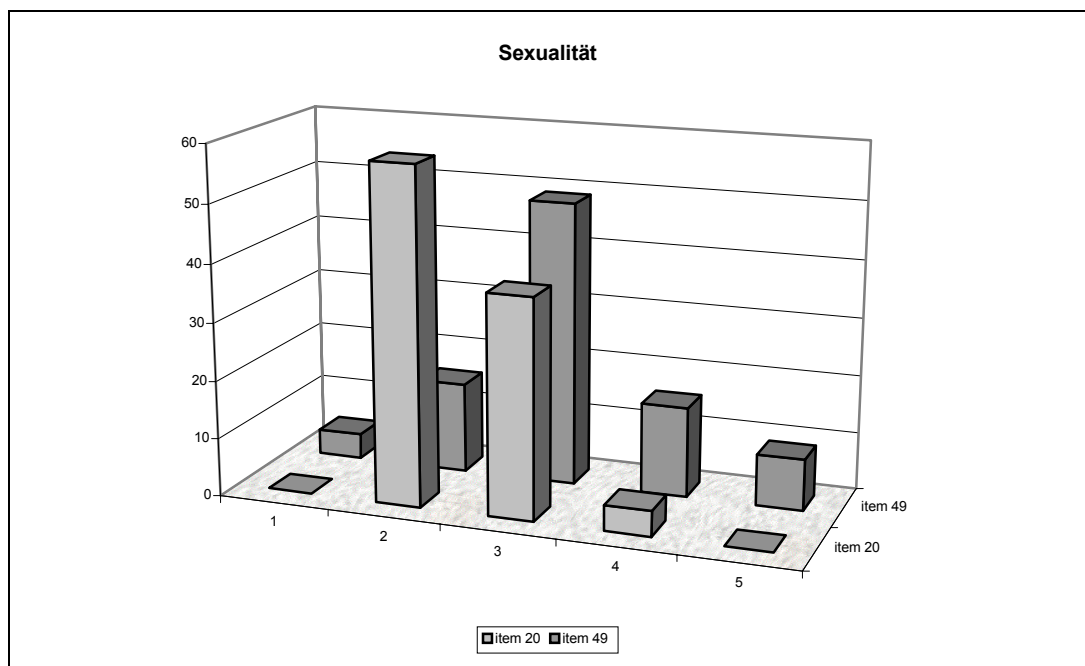
Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen

Gesundheit zeichnet sich nach Meinung der 43jährigen durch den Begriff Wohlbefinden aus, der im Zusammenhang mit persönlicher Gesundheit am häufigsten im Interview genannt wird. Zur Erklärung wählt sie das Bild eines „unangebissenen Apfels“, der für sie Wohlbefinden symbolisiert. Wohlbefinden erscheint als eine Kategorie, die Frau C. auch im Zusammenhang mit Gesundheit behinderter Menschen nennt. Für die Krankenschwester ist ihre Gesundheit mit persönlicher Leistungsfähigkeit verbunden, die sie als Kraft beschreibt, um ihre Arbeit tun zu können. Aussagen dieser Art werden in der Inhaltsanalyse unter der Kategorie „Fähigkeit zur Teilhabe am Leben“ zusammengefasst, die im Zusammenhang mit dem persönlichen Gesundheitsbegriff an zweiter Stelle steht. Im Interview wie auch im Fragebogen betont sie die Bedeutung sozialer Kontakte für ihre persönliche Gesundheit. Im Fragebogen gibt die Krankenschwester an, regelmäßig zum Arzt zu gehen (Item 31). Bei der Bewertung verschiedener Bereiche für die persönliche Gesundheit gibt sie allerdings an, ärztliche Routineuntersuchungen (Item 21) seien für sie „nicht“ relevant.

Fazit:

Die Krankenschwester symbolisiert in ganz unterschiedlichen Bezügen einen „Praktiker“ der Gesundheit. Gesundheit muss für sie umsetzbar sein. Mit Blick auf die Gesundheit behinderter Menschen hat sie im Verlauf ihrer langjährigen Berufstätigkeit eine Strategie entwickelt, die sich dadurch auszeichnet, beharrlich und souverän für die Anliegen der Menschen mit Behinderungen einzutreten. Obwohl sie im Interview von einem „gleichen Gesundheitsbegriff“ für behinderte und nicht behinderte Menschen ausgeht, weisen die Ergebnisse der Fragebogenauswertung auf Unterschiede hin. Den Aspekten „Sexualität“ und „Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft“ misst sie, ebenso wie der überwiegende Teil der Befragten, den geringsten Bedeutungsgehalt für die Gesundheit von Menschen mit Behinderungen bei.

Abb. 10: Bewertung des Aspektes „Sexualität“ für die Gesundheit



Die Abbildung zeigt die Gegenüberstellung der Bewertung des Aspektes „Sexualität“ für die eigene Gesundheit (Item 20) und im Hinblick auf die Gesundheit von Menschen mit Behinderungen (Item 49) auf der vorgegebenen Ratingskala (sehr starke Bedeutung 1 - 2 - 3 - 4 - 5 überhaupt nicht von Bedeutung).

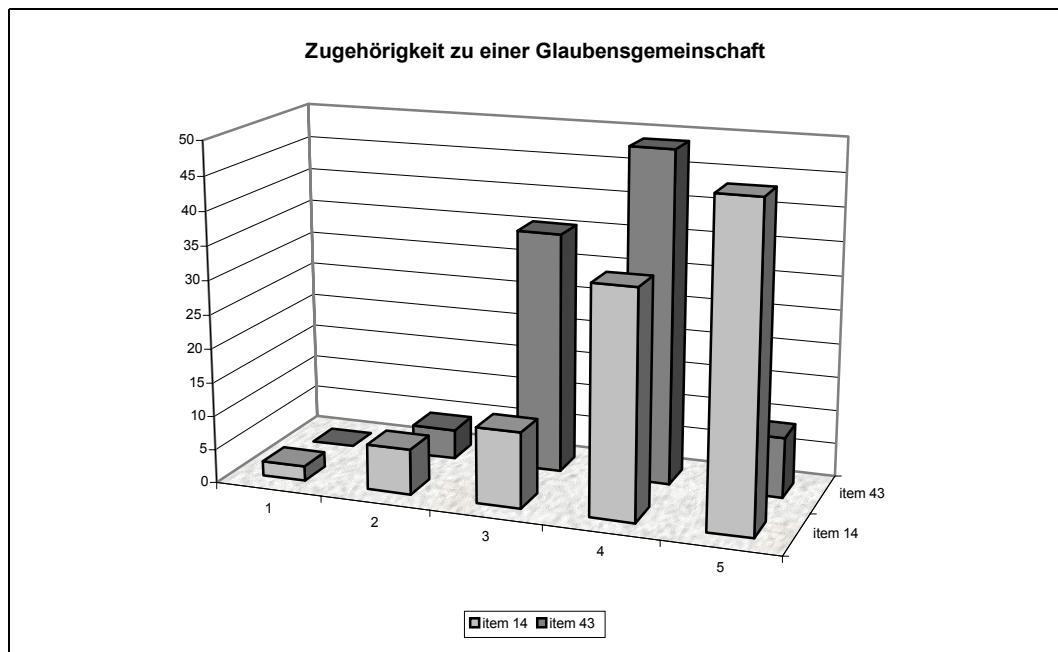
Abb. 11: Bewertung des Aspektes

Abb. 11 zeigt die Gegenüberstellung der Bewertung des Aspektes „Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft“ für die eigene Gesundheit (Item 14) und im Hinblick auf die Gesundheit von Menschen mit Behinderungen (Item 43) auf der vorgegebenen Ratingskala (sehr starke Bedeutung 1 - 2 - 3 - 4 - 5 überhaupt nicht von Bedeutung).

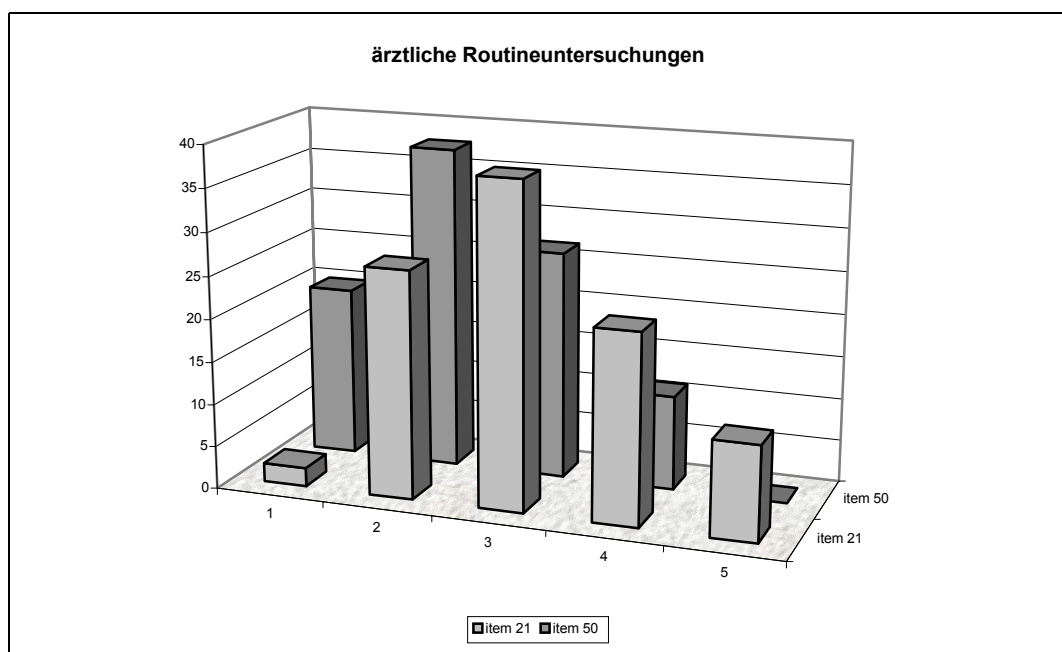
Abb. 12: Bewertung des Aspektes

Abb.12 zeigt die Gegenüberstellung der Bewertung des Aspektes „ärztliche Routineuntersuchungen“ für die persönliche Gesundheit (Item 21) und im Hinblick auf die Gesundheit von Menschen mit Behinderungen (Item 50) auf der vorgegebenen Ratingskala (sehr starke Bedeutung 1 - 2 - 3 - 4 - 5 überhaupt nicht von Bedeutung).

5. Perspektiven für Forschung und Praxis

In diesem abschließenden Kapitel werden theoretischer Rahmen, Konzeption und Durchführung der Untersuchung zusammengefasst und Ergebnisse, die sich an den in Kapitel 3 beschriebenen Fragestellungen und Zielen orientieren, diskutiert. Die Ergebnisse aus den vorhergehenden Kapiteln sind Ausgangspunkte, um Perspektiven für die Weiterentwicklung in Forschung und Praxis aufzuzeigen.

5.1 Subjektive Gesundheitsvorstellungen bei Fachleuten in der Behindertenhilfe – eine zusammenfassende Diskussion

„...was wirklich Gesundheit herstellt, ist in der Banalität des Alltags verankert und lässt sich weder leicht erforschen, da nur schwer einfache Kausalitätsaussagen zu treffen sind, noch lässt es sich reißerisch darstellen“.

(Kickbusch 1994, S. 11)

Die vorliegende Untersuchung hat es sich zur Aufgabe gemacht, Professionelle aus dem Bereich der Behindertenhilfe zum Thema Gesundheit zu Wort kommen zu lassen. Im Rahmen einer Pilotstudie wurden 45 pädagogisch und pflegerisch tätige Fachleute aus Einrichtungen des Fachbereiches Epilepsie zu ihren subjektiven Gesundheitsvorstellungen und ihren gesundheitsbezogenen Vorstellung bei Menschen mit körperlicher, geistiger oder mehrfacher Behinderung befragt. Ziel der Untersuchung war es, ihre subjektiven Gesundheitsvorstellungen zu erfassen, zu rekonstruieren und sie in den Kontext ihres berufsspezifischen Handeln zu stellen. Dabei sollten nicht repräsentative Ergebnisse im Vordergrund stehen, sondern ein ausschnitthafter erster Einblick in den Forschungsbereich subjektiver Gesundheitsvorstellungen im Handlungsfeld Behindertenhilfe vermittelt werden.

Der Hauptakzent des kombinierten Erhebungsverfahrens von Interview und Fragebogen lag dabei auf einer qualitativen Vorgehensweise, die durch

Ergebnisse der Fragebogenauswertung ergänzt wurde. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse. In ausgewählten Fallstudien wurden in einem weiteren Schritt Gesundheitsprofile herausgearbeitet, die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung sowie der Fragebögen exemplarisch und integrierend beschreiben. Vorab ist nochmals darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse nur als Tendenzen für die ausgewählte Berufsgruppe verallgemeinert werden können; selbst hier ist aufgrund des kleinen Samples Vorsicht geboten. Nun sollen die zentralen Ergebnisse der Untersuchung zusammengefasst werden.

Zentrale Ergebnisse der Untersuchung

Das besondere Interesse der Untersuchung richtet sich darauf, was pädagogisch und pflegerisch tätige Fachleute in der Behindertenhilfe über ihre Gesundheit denken und wovon ihre Überlegungen zu Gesundheit bei Menschen mit Menschen mit körperlicher, geistiger und mehrfacher Behinderung vor allem bestimmt werden. Ihre subjektiven Gesundheitsvorstellungen, so die These zu Anfang der Arbeit, sind ein anschlussfähiger Zugang für Gesundheitsförderung in der Behindertenhilfe. Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen das breite Spektrum dieser Gesundheitsvorstellungen und verweisen im Kontext des professionellen Handelns von Gesundheitsfachleuten auf anschlussfähige Zugänge, die für eine Gesundheitsförderung genutzt werden können. Diese Anknüpfungspunkte werden exemplarisch dargestellt.

1. In subjektiven Gesundheitsvorstellungen von pädagogisch und pflegerisch Fachleuten in der Behindertenhilfe spiegeln sich verschiedene Inhalte und Dimensionen eines körperlichen und psycho-sozialen Verständnisses von Gesundheit wider.

Subjektive Vorstellungen von Gesundheit bei Fachleuten in der Behindertenhilfe lassen sich als komplex und vielschichtig beschreiben. Sie weisen auf ein ganzheitliches und umfassendes Verständnis von Gesundheit hin und spiegeln ein Gesundheitsverständnis wider, das körperliche, psychische und soziale Elemente

enthält. Die Befragten zeigen ein positives Verständnis von Gesundheit, das über eine Definition von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit weit hinausgeht. Die Gesundheitsvorstellungen werden durch verschiedene Inhalte und Dimensionen strukturiert: An erster Stelle steht ein Gesundheitsverständnis, das von einem globalen subjektiven Wohlbefinden ausgeht. Häufig bietet diese Beschreibung den Einstieg, um über Gesundheit ins Gespräch zu kommen und wird durch den Hinweis auf das körperliche sowie das psychische Wohlbefinden differenziert. Auch in anderen Studien, beispielsweise denen von Faltermaier (1994), Kolip (1994), Kuhlmann (1996), ist Wohlbefinden ein wichtiges Merkmal, um Gesundheit zu beschreiben. An zweiter Stelle steht in dieser Untersuchung eine Definition von Gesundheit, die explizit die Fähigkeit betont, am Leben teilhaben zu können, handlungs- und leistungsfähig zu sein. Gesundheit wird von den Professionellen hier als ein funktionalistischer Begriff, als Mittel zum Zweck oder auch im Zusammenhang mit Leistungsfähigkeit verwendet: Gesundheit als Vehikel.

Die Kategorie „Abwesenheit von Krankheit, Schmerz und Beschwerden“ (an dritter Stelle häufig genannter Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen) betont eine medizinische Sichtweise von Gesundheit, indem der Gesundheitsbegriff vom Krankheitsbegriff abgegrenzt wird. Die Ausführungen der Professionellen enthalten Aspekte der WHO-Konzeption zu Gesundheit. Die Konzeption als solche wird allerdings, bis auf eine Ausnahme, nicht explizit benannt. Die Vermutung, dass sich die Befragten, als Gesundheitsfachleute oder auch in der Anfangssituation des Interviews, auf diese allgemeine und in Gesundheitsberufen teilweise bekannte Beschreibung von Gesundheit beziehen würden, bestätigte sich nicht. Stattdessen wurde häufig die erste Fragestellung so umgedeutet, dass die Fachleute Gesundheit persönlich charakterisierten. Kritisch muss eingeräumt werden, dass die Art, wie die Frage formuliert war, offensichtlich zu Missverständnissen führte. Andererseits kann die Umdeutung so interpretiert werden, dass Gesundheit primär in persönlichen Bezügen wahrgenommen und bewertet wird.

Subjektive Gesundheitsvorstellungen sind bei etwa einem Viertel der Professionellen mit eigenen Krankheitserfahrungen verbunden: Die persönliche Erfahrung von Krankheit hat die Betroffenen für Gesundheit sensibilisiert. Die Überlegungen dazu sind unterschiedlich systematisiert und keinesfalls immer

ohne Widerspruch. Aber gerade weil diese Widersprüchlichkeit (z.B. Rauchen wider besseren Wissens bzw. trotz intensiver Krankheitserfahrung) von den Befragten oft als ein habituellem Aspekt der Entwicklung wahrgenommen wird, stellt dieses Phänomen eine eigene Qualität der Erkenntnis dar.

Die Professionellen sprechen bei ihren Vorstellungen von Gesundheit „gesundheitsbezogene Verhaltensweisen“ an, die ihrer Meinung nach dazu geeignet sind, Gesundheit zu unterstützen. Hinter dieser Annahme steht die Überzeugung, dass Gesundheit aktiv durch eigenes Verhalten beeinflusst werden kann. Als persönliche Gesundheitsaktivitäten nennen die Fachleute im Interview verschiedene Aspekte gesundheitsbezogener Verhaltensweisen (Tabelle 3: persönliche Gesundheitsaktivitäten). Die inhaltsanalytisch ausgewerteten Antworten zu persönlichen Gesundheitsaktivitäten können im Sinne einer Bestandsaufnahme interpretiert werden, die Einblick in eine Vielzahl möglicher Aktivitäten für Gesundheit bietet und u.a. von persönlichen Präferenzen und Möglichkeiten der Umsetzung abhängig sind. Regelmäßige Bewegung und Sport sind nach dem Ergebnis der qualitativen Analyse die häufigste Aktivität. Ausgleich (Erholung und Entspannung) werden am zweithäufigsten genannt. Demgegenüber zeigt die Fragebogenauswertung ein anderes Ergebnis: Etwa ein Viertel der Befragten treiben demnach keinen Sport. Ein direkter Vergleich der Ergebnisse ist zwar aus methodischen Gründen nicht möglich, jedoch zeigt sich für diesen Aspekt ein unterschiedliches Antwortverhalten im Interview und in der schriftlichen Befragung. Anwendungsspezifische methodische Probleme sowie Widersprüchlichkeiten im Antwortverhalten (z.B. soziale Erwünschtheit) könnten u.a. als mögliche Erklärungen genannt werden. Nach den Ergebnissen des Bundes-Gesundheitssurveys treiben nur 10,5% der 18-79-jährigen Männer und 5,1% der Frauen pro Woche mehr als vier Stunden Sport, 13,0% der Männer und 10,3% der Frauen sind zwischen zwei und vier Stunden sportlich aktiv (Mensink 1999).

Ein direkter Vergleich der herausgearbeiteten Dimensionen und Inhalte subjektiver Gesundheitsvorstellungen zu anderen Studien ist kaum möglich; allein die Fragestellungen führten zu anderen Kategorien bzw. wurden aus dem Untersuchungsmaterial heraus unterschiedlich definiert. Werden die Ergebnisse unter geschlechtsspezifischem Aspekt betrachtet, so zeigen sich kaum nennenswerte Unterschiede. Bei der Differenzierung der Kategorien nach

Berufsgruppenzugehörigkeit (Tabelle 2) ist auffallend, dass die Kategorien „gesundheitsbezogene Verhaltensweisen“, „Gesundheit als Wert im Leben“ und den „gesellschaftlichen Bedingungen“ von den pflegerisch tätigen Fachleuten nicht genannt werden.

Die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung subjektiver Gesundheitsvorstellungen lassen sich in den Kontext von Studien einreihen, die deutlich machen, dass subjektive Gesundheitsvorstellungen eine mehrdimensionale Struktur aufweisen und von einem Zusammenwirken bio-psycho-sozialer Komponenten ausgehen (Faltermaier 1994, Flick 1994, Belz-Merk 1995, Kolip 1998, Kuhlmann 1996 u.a.). Auch die Ergebnisse der entsprechenden Fragen aus Fragebogen können in diese Richtung interpretiert werden. Für die meisten der befragten Fachleute hat Gesundheit einen hohen Stellenwert im Leben (82%). Gesundheit hat offensichtlich eine subjektive Bedeutung für ihr Leben. Das heißt nicht zugleich, dass Gesundheit oberstes Strukturierungsprinzip ist: Für keinen der Befragten ist es jedoch das einzige. In Umfragen (EMNID 2000) geben die meisten Menschen der Gesundheit einen hohen Stellenwert, allerdings gibt es auch Untersuchungen, wonach ein relativer Anteil der Bevölkerung (zwischen 20% und 40%) Gesundheit nicht unter ihren fünf höchsten Werten sieht (Lau, Hartmann & Ware 1986). Die eigene Gesundheit wird oft im Leben als selbstverständlich betrachtet und hat im Vergleich zu anderen Sorgen (Familie, Arbeitsplatz, finanzielle Absicherung) nicht die höchste Priorität. Gesundheit ist nicht als Lebensziel wie andere zu verstehen. Gesundheit als eigenständiges und isoliertes Lebensziel existiert kaum, sondern wird auch von den Befragten in den Zusammenhang mit wichtigen Lebensbereichen gestellt. Menschen leben in der Regel nicht für Gesundheit, wohl aber ist Gesundheit eine Voraussetzung für die Realisierung dieser Ziele und kann als Potenzial gefördert werden. Über die Hälfte der Fachleute beschäftigen sich in Gedanken mit ihrer Gesundheit, ein Hinweis, der in Richtung eines Gesundheitsbewusstseins interpretiert werden kann. Faltermaier (1994) sieht in der subjektive Bedeutung von Gesundheit einen Teilaspekt des Konstruktes „Gesundheitsbewusstsein“, das darüber hinaus noch weitere Komponenten enthält. Gesundheitsbewusstsein ist allerdings kein eindeutiger Prädiktor für Gesundheitshandeln, denn die Zusammenhänge sind hier sehr komplex.

Das soziale Umfeld (Item 9) hat nach Einschätzung der Fachleute die größte Bedeutung (95%) für die persönliche Gesundheit. Bereits der französische Soziologe Durkheim (1897/1973) wies zu Beginn des letzten Jahrhunderts auf die „Schutzfunktion“ sozialer Bindungen gegenüber Lebensbelastungen hin. Auch wenn in neueren Untersuchungen seine Befunde im Detail nicht haltbar sind (Hurrelmann 2000), so bestätigen Studien aus den letzten 20 Jahren (Berkmann und Breslow 1983, Thoits 1986, Badura 1981, Nestmann und Hurrelmann 1994) grundsätzlich die These Durkheims von der Bedeutung sozialer Bindungen: Demnach kann eine Person um so besser mit kritischen Lebenssituationen, andauernden Belastungen, ungünstigen sozialen Beziehungen u.a. umgehen, je stärker sie in ein soziales Beziehungsgefüge mit wichtigen Bezugspersonen eingebunden ist und hier Rückhalt erfährt.

Der Beruf gehört für die Professionellen an zweiter Stelle (85%) zu einem wichtigen Bezugsfaktor für die persönliche Gesundheit. Diese Einschätzung entspricht Erkenntnissen aus der Gesundheitsforschung, wonach berufsbezogene Einflussfaktoren deutlich gesundheitsrelevant sind. Geschlechtsspezifische Muster sind in dieser Untersuchung nicht ausgeprägt. Kuhlmann (1996) sieht berufsbezogene Impulse für Wohlbefinden etwa gleichbedeutend neben den Impulsen aus den Bereichen Familie und Freunde.

2. Die subjektiven Gesundheitsvorstellungen der Fachleute berücksichtigen ein besonderes Anforderungsprofil für Menschen mit Behinderungen. Wichtig ist, dass die Professionellen in der Behindertenhilfe von einem positiven Gesundheitsverständnis ausgehen und Gesundheit in der Regel nicht davon abhängig machen, ob eine Behinderung vorliegt oder nicht.

Der Aspekt „Unterstützung“ ist eine zentrale Kategorie der subjektiven Gesundheitsvorstellungen mit spezifischem Bezug zu Behinderung. Als professionelle Helfer sehen die Fachleute ihre primäre Aufgabe darin, behinderte Menschen zu begleiten und zu unterstützen. Art, Umfang, Schwere, Ausmaß u.a. der Behinderung bestimmen maßgeblich die Unterstützungsleistung durch die Professionellen. Gesundheit mit Bezug auf behinderte Menschen wird grundsätzlich in einem anderen Anforderungsprofil gedacht. Es ist strukturiert durch das Faktum Behinderung. Für nahezu alle Befragten bedeutet Unterstützung

„so viel (Unter)Stützung wie nötig und so viel Selbständigkeit wie möglich“. Grundsätzlich wird solches professionelles Handeln von zwei Grundsätzen bestimmt, die sich ihrerseits aus Grundhaltungen im Kontakt mit behinderten Menschen ableiten lassen: Der erste Grundsatz ist der „Besonderungs-Grundsatz“, wonach jeder Behinderte aus seiner besonderen Lage, aus seinem Unterschiedlich-Sein heraus zu verstehen und zu fördern ist. Der zweite, der „Normalisierungs-Grundsatz“ meint, dass jeder Behinderte so normal wie möglich zu leben hat (Dörner, Ploog 1996). In dieser Grundhaltung steckt zugleich auch der Widerspruch aller zwischenmenschlichen Beziehungen, nämlich: Jeder Mensch ist anders – Alle Menschen sind gleich. Diese Einstellung, und in ihr eingeschlossen der beschriebene Widerspruch, fließt auch in die gesundheitsbezogenen Vorstellungen zu Behinderung der befragten Fachleute ein: Wie die inhaltsanalytische Auswertung der Interviews zeigt, gibt nahezu die Hälfte von ihnen an, dass es für sie zwischen ihrem persönlichen Gesundheitsverständnis und dem Gesundheitsverständnis im Bezug auf Menschen mit Behinderungen keinen Unterschied gäbe: „Was für mich gilt, gilt auch für die behinderten Menschen“. Dieses Grundverständnis entspricht dem im Grundgesetz verankerten Gleichheitsgrundsatz und wird in der WHO-Definition von Gesundheit betont. Es gibt keine „Sonderdefinition“ von Gesundheit für Menschen mit Behinderungen, und es darf sie, so die persönliche Meinung, aufgrund der Würde eines jeden Menschen und ethischer Grundsätze keinesfalls geben. Die Leitvorstellung von Gesundheit und Gesundheitsförderung heißt „Gesundheit für Alle“ (WHO). Dass Gleiches allerdings Verschiedenes bedeuten kann, ist nicht zwangsläufig ein Widerspruch. Verschiedenheiten werden in dieser Untersuchung u.a. dann deutlich, wenn zu den Ergebnisse der qualitativen Untersuchung Ergebnisse der Fragebogenauswertung hinzugezogen werden. Auch bei einem globalen Vergleich der Kategorien subjektiver Gesundheitsvorstellungen mit den gesundheitsbezogenen Vorstellungen im Bezug auf behinderte Menschen kommen Unterschiede zum Vorschein. Ein solcher Vergleich, der aus methodischen Gründen nur auf einer deskriptiven Ebene und auch dort nur sehr zurückhaltend vorgenommen werden kann, vermag einen Eindruck davon zu vermitteln, dass Gleiches (im Sinne von „was für mich gilt, gilt auch für behinderte Menschen“) schon etwas Verschiedenes (im Sinne verschiedener Anforderungen) bedeuten kann: Der einzige Begriff, der als

Kategorie sowohl bei den Dimensionen und Inhalten subjektiver Gesundheitsvorstellungen als auch mit Bezug auf Menschen mit Behinderungen auftaucht, ist der Aspekt Wohlbefinden. Wohlbefinden, Zufriedenheit und Glück sind in den Sozialwissenschaften als Untersuchungsgegenstand zunächst vernachlässigt worden. In den letzten zwei Jahrzehnten war in der Psychologie, insbesondere in der Gerontologie, ein verstärktes Bemühen festzustellen, dieses Konstrukt empirisch besser in den Griff zu bekommen (Becker 1991, Perrig-Chiello 1997). Mittlerweile ist der Aspekt Wohlbefinden auch innerhalb gesundheitswissenschaftlicher Forschungen ein interessantes und attraktives Arbeitsfeld. (Abele, Becker 1991, Kolip 1994). Wenig systematisch erforscht ist das Wohlbefinden allerdings nach wie vor bei Menschen mit körperlicher, geistiger und mehrfacher Behinderung. Aus der Alltagspraxis ist bekannt, dass es sich auf das Wohlbefinden behinderter Menschen positiv auswirkt, wenn subjektive Elemente (persönliche Erlebensweisen, Vorlieben u.a.) berücksichtigt werden. Auch wissen wir um positive Effekte, die beispielsweise Musik und Bewegung, eine anregende Umgebung, ein zugewandter, freundlicher Umgang u.a. auf das Erleben behinderter Menschen haben. Was das Wohlbefinden für Menschen mit Behinderung allerdings ausmacht, wie sie für sich selbst Wohlbefinden und /oder auch Gesundheit definieren würden, ist allerdings für diesen Personenkreis weitgehend unerforscht. Gesundheitswissenschaften als interdisziplinäres und integratives Fachgebiet könnten zu solchen Forschungsarbeiten anregen. Eine disziplinübergreifende Auseinandersetzung ist erforderlich, weil die Austauschprozesse zwischen dem Individuum und der Umwelt, die durch Behinderung beeinträchtigt sein können, komplex sind. Gesundheitswissenschaften mit ihren interdisziplinär angelegten Arbeitsschwerpunkten könnten dabei wichtige Impulse geben.

Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen ist nach Ansicht der Fachleute mit einer positiven Lebenseinstellung der Betroffenen selbst verbunden. Diese Annahme impliziert, dass behinderte Menschen selbst etwas für ihre Gesundheit tun können – eine Sichtweise, die im Übrigen auch durch das Auswertungsergebnis der entsprechenden Frage (Item 52) bestätigt wird. Ihr liegt eine salutogenetisch orientierte Perspektive zugrunde, die nicht im Widerspruch zur Kategorie „Unterstützung“ steht. Sie ist vielmehr als moderierende Variable zu verstehen, die von einer ressourcenorientierten Zugangsweise ausgeht und nicht primär von

Defiziten. Aus dem Blickwinkel behinderter Menschen betrachtet, verbindet sich mit dem Aspekt „positive Lebenseinstellung“ die wohl größte Herausforderungen für den Betroffenen selbst. Die Tragweite lässt sich für nicht behinderte Menschen am ehesten dann spüren, wenn wir uns selbst Gedanken dazu machen, was es heißt, trotz und angesichts (z.T. schwerster mehrfacher Behinderung) eine positive Lebenseinstellung zu entwickeln, dem Leben zugewandt zu sein, Abhängigkeiten zuzulassen, und ein Verhältnis zum eigenen Schicksal zu finden... Die Fachleute machen Gesundheit in der Regel nicht daran fest, ob eine Behinderung vorliegt oder nicht. Trotz Behinderung gibt es gesunde Anteile. Entscheidendes Kriterium für Gesundheit von Menschen mit Behinderung ist, wie es gelingt, Behinderung in das Leben des Betroffenen zu integrieren und wie letztlich der Lebensalltag gestaltet werden kann. Diese Einstellung deutet auf eine gesundheitsorientierte Sichtweise hin, bei der die Erhaltung und Förderung von Potenzialen und positiver Anteile einen Stellenwert hat. Bei einem globalen Vergleich der Vorstellungen zu persönlicher Gesundheit mit denen zur Gesundheit behinderter Menschen besteht die grundlegende Übereinstimmung in einem positiven, salutogen orientiertem Verständnis von Gesundheit. Gesundheit steht dabei jeweils im Kontext individueller und sozialer Faktoren. Beide Bereiche der Gesundheitsvorstellungen enthalten Hinweise auf ein erweitertes Verständnis von Gesundheit. Ein solches erweitertes Gesundheitsverständnis kann zugleich als eine Voraussetzung für die Veränderung professioneller Handlungsweisen in Richtung einer stärkeren Gesundheitsorientierung gesehen und genutzt werden.

3. Aspekte zur Unterstützung und Förderung der Gesundheit von Menschen mit Behinderungen stehen im Kontext übergeordneter handlungsleitender Ziele der Arbeit mit behinderten Menschen

Die wichtigste Form der gesundheitsbezogenen Unterstützung findet nach Ansicht der Professionellen in grundlegenden Hilfeleistungsformen zur Bewältigung des Alltags von Menschen mit Behinderungen statt. Sie umfasst die „Assistenz“ bei der Bewältigung des Lebens in den konkreten alltagsbezogenen Anforderungen (tagesstrukturierende Maßnahmen, Behandlungs- und Therapieangebote, Pflege- und Betreuungsbedarf). Diese Assistenz ist wichtiger Teil der Lebensbegleitung

von Menschen mit Behinderungen und lässt sich nur schwer von anderen Hilfeformen abgrenzen.

Der medizinischen Versorgung messen die Professionellen insgesamt einen hohen Stellenwert bei. Sie ist ein Teilaspekt der therapeutischer Behandlung von Menschen mit körperlicher, geistiger und mehrfacher Behinderung. Im Fachbereich Epilepsie erhält sie durch die Behandlung des Krankheitsbildes einen besonderen Stellenwert: Regelmäßige Medikamenteneinnahme und medizinische Überwachung sind wichtige Voraussetzungen für einen adäquaten Umgang mit dieser Erkrankung. Das bietet eine mögliche Erklärung für die häufige Nennung dieses Aspektes. Eng mit dieser Notwendigkeit verbunden ist die professionelle Anforderung an die Fachleute, den einzelnen Menschen mit seiner individuellen Behinderung sensibel wahrnehmen zu können. In dieser professionellen Fähigkeit sehen die Fachleute einen wesentlichen Anknüpfungspunkt zur Förderung der Gesundheit behinderter Menschen. Inhärentes Ziel allen professionellen Handelns im Umgang mit behinderten Menschen sind die „Förderung der Selbstbestimmung“ und die „Förderung von Selbstbewusstsein“. „Selbst- und Mitbestimmung von Menschen mit Behinderung“ ist darüber hinaus auch ein Thema, das im Jahr 2003 (als „Jahr der Behinderten“) im Rahmen der Betheler Aktionstage bearbeitet wurde. Professionelle nennen ferner ein gut funktionierendes „Mitarbeiterteam“ sowie die „Vorbildfunktion“ der Fachleute als relevante Faktoren für die Gesundheitsförderung behinderter Menschen. Damit verweisen sie zugleich auf andere Ebenen gesundheitsbezogener Faktoren. Diese liegen im Bereich der Interaktion, der Kommunikation sowie in organisationsbezogenen Bereichen. Die Aspekte betonen einerseits die Position und Aufgaben, die Fachleute für die Gesundheit behinderter Menschen (mit)übernehmen, andererseits verweisen sie auf die Bedeutung, die Mitarbeiter generell als wichtigste Ressource einer Organisation haben. Ein in den von Bodenschwingschen Anstalten langjährig tätiger Arzt hat in einem Gespräch mit der Autorin diesen Ansatz der Gesundheitsförderung auf den Punkt gebracht, indem er feststellte, dass es den behinderten Menschen in den verschiedenen Einrichtungen nur dann gut gehen kann, wenn es auch den Mitarbeitern, die sie im Lebensalltag begleiten, gut gehe. So gesehen, wäre jede Investition in das Wohlergehen der Fachleute zugleich auch eine Investition der Menschen mit Behinderungen.

4. Das Gleiche ist nicht dasselbe: Bei einzelnen Aspekten zeigen die Ergebnissen der Fragebogenauswertung eine unterschiedliche Bewertung für die eigene Gesundheit und für die Gesundheit behinderter Menschen

Besonders auffällig bei der Fragebogenauswertung ist der hohe Anteil der Raucher unter den Gesundheitsfachleute: Die Hälfte von ihnen (40%) raucht. Nach den Ergebnissen einer Mikrozensus Befragung (Statistisches Bundesamt 2004) zum Rauchverhalten in verschiedenen Berufsbereichen (April 1999) rauchen 24% der Bevölkerung. Werden diese Zahlen zugrunde gelegt, so kann festgestellt werden, dass die untersuchte Gruppe der Professionellen überdurchschnittlich viel raucht. Bei der Bewertung des Rauchens im Bezug auf die Gesundheit behinderter Menschen wird die Kontrolle von Nikotin tendenziell als nicht wichtig erachtet. Nur ein kleiner Anteil von unter 20% der Fachleute meint, die Kontrolle des Zigarettenkonsums bei Menschen mit Behinderung sei etwas (sehr) Wichtiges. Welchen Einfluss der persönliche Umgang mit Nikotin auf die Bewertung des Rauchens für die Gesundheit behinderter Menschen hat, inwieweit das persönliche Rauchverhalten der Professionellen z.B. im Zusammenhang mit dem Arbeitsfeld Behindertenhilfe steht, sind neue Fragen, die sich in diesem Zusammenhang ergeben. Sie könnten ein Anlass sein, sich näher mit dem Aspekt „Rauchen“ zu beschäftigen. Kurzfristig ist für das konkrete Handlungsfeld in der Behindertenhilfe zu bedenken, dass Wechselwirkungen zwischen dem Rauchen und der Einnahme von Medikamenten entstehen können; teilweise kann die Wirkung der Medikamente durch das Rauchen geschwächt werden. Insbesondere dort, wo Medikamente regelmäßig genommen werden müssen, sollte es ein wichtiges Anliegen sein, auf den Umgang mit Nikotin zu achten. Zu bedenken ist auch der wirtschaftliche Aspekt: Kosten, die durch das Rauchen entstehen, schränken Möglichkeiten ein, die auf Integration ausgerichtet sind z.B. kulturelle Veranstaltungen, Kinobesuche u.a.. Besonders im Fachbereich Epilepsie wäre es sinnvoll, das Rauchverhalten zu thematisieren und über gesundheitsbezogene Interventionen nachzudenken.

Nach Einschätzung der Fachleute hat die Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft die geringste Bedeutung für die persönliche Gesundheit (9%). Religiöser Glaube wird von den Professionellen offensichtlich nicht als ein „Gesundheitsfaktor“ wahrgenommen. Durkheim (1897/ 1973) geht allerdings von

einer „Schutzfunktion“ aus, die Religion aufgrund ihrer sinnstiftenden Kraft mit ihren inneren Bindungen und Orientierungen bei der Bewältigung krisenhafter Lebenssituationen haben kann. Während sich in den USA angesehene Forschungsprojekte mit der Frage beschäftigen, ob der Glaubensfaktor auch ein Gesundheitsfaktor ist, löst in Deutschland allerdings schon die Problemstellung skeptische Verwunderung aus, und innerhalb der Gesundheitsforschung gibt es nach wie vor Hemmungen, die religiöse Einstellung und die Praxis der Bevölkerung einzubeziehen (Grom 2002). Gleichwohl wird allgemein von einem positiven Einfluss von Glaubenszugehörigkeit auf die Gesundheit ausgegangen. (Emnid-Umfrage Landau 4/2000, Psychotherapie News). Menschen ohne Konfession leben demnach ungesünder als gläubige Menschen. Ein Grund dafür liege vor allem darin, dass Glaube als Quelle der Geborgenheit erlebt werde. Innerhalb der Forschung werden dazu drei Ursachenkomplexe diskutiert:

Das günstigere Gesundheitsverhalten von gläubigen Menschen, die soziale Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft sowie die glaubensgestützte Bewältigungspraxis. Die Antwort auf die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Gesundheit und Religiosität ist somit keinesfalls Glaubenssache, sondern lässt sich nach anerkannten Methoden der Wissenschaft finden (Grom 2002, Matthews 2000).

Interessanter Weise unterscheiden die Professionellen in der Bewertung dieses Aspektes, was ihre eigene und die Gesundheit der behinderten Menschen betrifft: Während die Glaubenszugehörigkeit im Hinblick auf ihre persönliche Gesundheit eher eine marginale Bedeutung hat, schätzen sie diesen Aspekt im Bezug auf die Gesundheit behinderter Menschen deutlich höher ein. Hintergründe dafür, warum die Glaubenszugehörigkeit so unterschiedlich bewertet wird, konnte in dieser Untersuchung nicht herausgefunden werden. Es wäre weit mehr als eine interessante Forschungsaufgabe, den Aspekt Religiosität, der mehr als die einfache Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft bedeutet, als gesundheitswissenschaftliche Forschungsfrage zu thematisieren. Dörner (2003) macht im Zusammenhang mit Glaubensfragen und Gesundheit auf eine interessante Entwicklung in unserer Gesellschaft aufmerksam: Gesundheit wird selbst zu einem Religionsersatz und verhindere so schließlich Gesundheit, anstatt sie zu ermöglichen.

Ein deutlicher Unterschied in der Bewertung für die eigene Gesundheit und die Gesundheit behinderter Menschen zeigt sich ebenfalls bei der Einschätzung der Sexualität. Im Vergleich mit dem Aspekt Glaubenszugehörigkeit, zeigt sich hier eine Umkehrung: Während eine Glaubenszugehörigkeit nach Einschätzung der Fachleute größere Bedeutung für die behinderten Menschen hat als für sie persönlich, schätzen sie die Bedeutung von Sexualität für behinderte Menschen deutlich niedriger ein als für die eigene Person. Sexualität gehört in unserer Gesellschaft zu einem tabuisierten Themenbereich; wird das Thema dann noch im Zusammenhang mit behinderten und alten Menschen genannt, ergibt dich eine besondere Brisanz (Hofmann 1999). Vordergründig erscheint anerkannt, dass Sexualität bei Behinderten ein Grundrecht ist, doch ein offener Disput bleibt oft nicht aus, wenn Sexualität zwischen betroffenen behinderten Menschen und Professionellen zur Sprache kommt (Mand 2004). Mitarbeiter in Einrichtungen der Behindertenhilfe beeinflussen durch ihr erzieherisches Verhalten, durch ihre eigene Einstellungen zu Sexualität, durch ihre Ge- und Verbote, wie behinderte Menschen ihre Sexualität (er)leben können. Sie tragen somit zu einer be- oder auch verhinderten Sexualität behinderte Menschen bei. Darum ist es notwendig, die Gesundheitsfachleute für diese Thematik, die unmittelbar ihren professionellen Alltag betrifft, zu sensibilisieren. Themenbezogene Weiterbildungsangebote, berufsbegleitende Supervision, kollegiale Beratung, Teamgespräche über Sexualität bei behinderten Menschen u.a. bieten sich als geeignete Foren zur Bearbeitung dieses Themenbereiches für die Fachleute an. Im Kontakt mit den behinderten Menschen bleibt das persönliche Gespräch die wichtigste Zugangsform.

Bei der Einschätzung ärztlicher Routineuntersuchungen und ihrer Bedeutung für die Gesundheit kommt es ebenfalls zu einer deutlich unterschiedlichen Bewertung; ärztliche Routineuntersuchungen haben einen höheren Stellenwert für Menschen mit Behinderung. Diese Einschätzung hängt möglicherweise damit zusammen, dass Menschen mit körperlicher, geistiger und mehrfacher Behinderung insgesamt einer intensiveren medizinischen Behandlung und Betreuung bedürfen. Regelmäßige Arztbesuche und Medikamenteneinnahme haben dementsprechend einen ganz anderen Stellenwert. Warum Professionelle Routineuntersuchungen für sich selbst insgesamt als weniger wichtig erachten, wäre eine interessante Fragestellung, die eine besondere Dynamik dadurch erhält,

dass im Interview nahezu die Hälfte der Professionellen von „gleichen Vorstellungen“ bezüglich der eigenen und der Gesundheit behinderter Menschen ausgehen. Als Konsequenz eines solchen „gleichen“ Verständnisses von Gesundheit müssten ärztliche Routineuntersuchungen gleichermaßen von den Professionellen genutzt werden. Dieses ist allerdings nicht der Fall.

5. Die Untersuchungsgruppe zeichnet sich durch Besonderheiten aus: auffallend sind vor allem der hohe Anteil der Raucher sowie das hohe Niveau der Bildungsabschlüsse.

In den vorangegangenen Ausführungen wurde der Aspekt „Rauchen“ im Zusammenhang einer unterschiedlichen Bewertung für die eigene Gesundheit und die Gesundheit behinderter Menschen angesprochen. An dieser Stelle wird nun der hohe Anteil der Raucher als ein besonderes Merkmal der Untersuchungsgruppe herausgestellt. Bemerkenswert ist, dass die Professionellen als Fachleute für Gesundheit und Krankheit offensichtlich wider besseren Wissens und trotz ihrer Vorbildfunktion, die sie im Bezug auf die behinderten Menschen einnehmen, rauchen. Ob und in welchem Maße der Nikotinkonsum der Fachleute möglicherweise mit Belastungen im Umgang mit behinderten Menschen zusammenhängt, wäre eine sehr wichtige Fragestellung. Auch Gründe der Geselligkeit, des gemeinsamen Miteinanders von Fachleuten und behinderten Menschen in einer Wohngruppe u.a. sind denkbar, um das Rauchen zu erklären.

Ebenfalls hervorzuheben ist das hohe Niveau der Bildungsabschlüsse unter den Professionellen. Über die Hälfte von ihnen ist überqualifiziert, wenn man berücksichtigt, dass für die Berufe Pflegefachkraft, (Heil)ErzieherIn und AltenpflegerIn als Bildungsabschluss in der Regel ein mittlerer Bildungsabschluss vorausgesetzt wird. Aufschlussreich wäre es nun herauszufinden, warum die Einzelnen trotz dieser Überqualifikation für den Tätigkeitsbereich, den sie im Fragebogen angeben, in der Behindertenhilfe arbeiten. Gründe dafür könnten ganz allgemein in der Situation auf dem Arbeitsmarkt liegen, aber auch verhinderte oder gescheiterte berufliche Laufbahnen einzelner Personen könnten eine Erklärung sein. Verbunden damit wäre auch die Frage, ob es sich bei der Überqualifizierung nur um eine für den Fachbereich Epilepsie typische Erscheinungsform handelt

oder ob sich in anderen Arbeitsfeldern der von Bodelschwingschen Anstalten ein ähnliches Bild abzeichnet. Es wäre von berufspolitischem Interesse herauszufinden, wie sich die beruflichen Qualifikationen in der Behindertenhilfe generell darstellen und welche Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede es beispielsweise zu anderen Arbeitsfeldern (z.B. Krankenhaus, Altenheim) gibt.

Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes ist ein relevantes Merkmal für die Beschreibung individueller Gesundheit. Je höher das Bildungsniveau, so der Gesundheitsbericht Deutschland (1998), desto günstiger ist die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes. Unter Berücksichtigung des hohen Bildungsniveaus der Untersuchungsgruppe wäre naheliegend, einen günstigen Gesundheitszustand bei den Professionellen zu vermuten. Insgesamt betrachtet lassen die Ergebnisse der Fragebogenauswertung diese Schlussfolgerung zu. Die subjektiven Einschätzungen ihres körperlichen Gesundheitszustandes ergeben ein geteiltes Meinungsbild: Zwar stufen etwas mehr als die Hälfte (53%) ihren körperlichen Gesundheitszustand als gut ein, doch nicht zu übersehen ist der Anteil derer, die nur teilweise mit ihrem körperlichen Gesundheitszustand zufrieden sind (42%). Ihre psychische Gesundheit bewerten die Fachleute insgesamt höher, d.h. psychisch fühlen sie sich insgesamt gesünder als körperlich. Diese Angaben sind allerdings nur als Momentaufnahmen auf der Ebene subjektiver Wahrnehmungen zu bewerten. Jedoch ist die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes ein relevantes Merkmal für die Beschreibung individueller Gesundheit.

Der Frage, inwieweit der körperliche Gesundheitszustand der Fachleute mit Belastungen durch ihre Berufstätigkeit in der Behindertenhilfe zusammenhängt, konnte in dieser Untersuchung nicht nachgegangen werden. Pflegekräfte gehören zu den gesundheitlich gefährdetesten Arbeitnehmergruppen (Winter, Kuhlmeiy 2002). Sie sind überdurchschnittlich oft von körperlichen Beschwerden betroffenen (insbesondere im muskelskelettalen Bereich), haben häufig mit Bournout und Überforderungsgefühlen zu kämpfen und zeigen hohe psychische Beanspruchungsreaktionen (Schlaf- und Befindlichkeitsstörungen, Nervosität). Demzufolge verbleiben sie nur 5-7 Jahre im Beruf (DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 Krankenpflege, Robert Bosch Stiftung 2000). Eine im Durchschnitt doppelt so lange Verweildauer in ihrem Beruf kann bei den Professionellen im Fachbereich Epilepsie festgestellt werden. Einschränkend ist

allerdings anzumerken, dass sich diese Aussage auf die Gesamtgruppe der befragten Fachleute bezieht, d.h. es werden auch die pädagogisch tätigen Fachleute berücksichtigt. Sie übernehmen ebenfalls, sofern es erforderlich ist, ausgewählte pflegerische Aufgaben. In Gesprächen im Anschluss an die Untersuchung berichten sie von steigender Arbeitsbelastung, Arbeitsverdichtung und Aufgabenerweiterung bei gleichzeitig abnehmenden personellen Ressourcen. Insgesamt betrachtet, zeichnet sich die Gruppe der pädagogisch und pflegerischen Professionellen durch eine hohe Berufszufriedenheit aus; nur 7% sind beruflich nicht zufrieden. Ihre Berufszufriedenheit kann als ein möglicher Indikator für die psychische Gesundheit gesehen werden und auch die langjährige Berufstätigkeit der Fachleute in der Behindertenhilfe (mit)erklären. Die Mitarbeiter sind stets wichtigste Ressource einer Organisation. Einrichtungen der Behindertenhilfe beeinflussen durch ihre arbeitsorganisatorischen Bedingungen, ihre sozialen Strukturen, ihre erzeugten Erwartungshaltungen sowie durch die Art ihrer Dienstleistung implizit vermittelte Werte von Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln sowohl bei den Professionellen, die in diesen Einrichtungen arbeiten wie auch bei Nutzern dieser Einrichtungen, den behinderten Menschen. Unter diesem Aspekt könnten subjektive Gesundheitsvorstellungen möglicherweise im Rahmen einer Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung nützlich sein.

Die Frage nach Auswirkungen des beruflichen Kontaktes mit den behinderten Menschen auf das persönliche Gesundheitserleben wird von den Professionellen tendenziell stärker verneint. Leider haben die Befragten, die für sich persönlich Auswirkungen angeben, (es sind nahezu 40%), diese nicht näher ausgeführt. Es fehlen somit Hinweise auf mögliche Belastungsfaktoren und individuelle Verarbeitungsstrategien. Als Informationen könnten diese allerdings für Veränderungen aufschlussreich sein.

5.2 Anregungen für Forschung und Praxis

Welche Konsequenzen lassen sich nun aus den Untersuchungsergebnissen für Forschung und Praxis ableiten?

Die Untersuchung hat einen Perspektivwechsel vorgenommen, indem sie explizit Gesundheit und ihre Erhaltung in den Mittelpunkt stellt. In den alltäglichen berufsbezogenen Interaktions- und Handlungsweisen von Fachleuten, die in der Behindertenhilfe tätig sind, lassen sich subjektive Gesundheitsvorstellungen identifizieren. Sie beeinflussen Zielvorstellungen im professionellen Kontakt mit den behinderten Menschen. Die Bedeutung subjektiver Gesundheitsvorstellungen konnte in dieser Arbeit nur in einem kleinen, nicht repräsentativen Ausschnitt dargestellt werden. So geht es in den folgenden Ausführungen nicht darum, aus den Untersuchungsergebnissen Handlungsanweisen abzuleiten, sondern vielmehr um Anregungen auf dem Weg zu Implikationen für Gesundheit.

1. Erweiterung beruflicher Handlungskompetenz durch Einbeziehung subjektiver Gesundheitsvorstellungen

Um Handlungskompetenzen erweitern und modifizieren zu können, ist es zunächst wichtig, den einzelnen mit seinem subjektiv-theoretischen Wissen und seinem Erfahrungswissen ernst zu nehmen. Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Professionellen in der Behindertenhilfe beeinflussen, wie die Untersuchungsergebnisse belegen, Zielvorstellungen im Umgang mit der eigenen Gesundheit. Sie stehen auch hinter den Zielvorstellungen, die von ihnen entwickelt und für sie handlungsleitend im beruflichen Kontakt mit behinderten Menschen sind. Umgekehrt betrachtet bedeutet dieses, dass subjektive Gesundheitsvorstellungen als Anknüpfungspunkt genutzt werden können, um gesundheitsbezogenes Denken und Handeln in professionellen Bezügen zu stärken oder auch zu modifizieren. Subjektive Vorstellungen von Gesundheit enthalten stets Wissensbestände und Erfahrungswerte. Diese sind komplex und keinesfalls immer widerspruchsfrei. Für die Fachleute bedeutet das zunächst, dass sie auch ihre eigenen Vorstellungen über Gesundheit, Krankheit und Behinderung reflektieren sollten. Berufsbezogene Handlungsziele werden auf diese Weise

transparenter, Interaktions- und Kommunikationsprozesse erhalten einen wichtigen Stellenwert. Eigene Denk- und Verhaltensmuster können als „Gegenübertragungen“ im Umgang mit behinderten Menschen wirksam werden. Professionelle, die nicht ihr eigenes Verhältnis zu Gesundheit, Krankheit und Behinderung unterschiedlichster Art geklärt haben, sind wenig überzeugend. Die Kenntnis der persönlichen Vorstellungen zu Gesundheit und Behinderung im Sinne von anschlussfähigen Zugängen kann ferner dazu beitragen, den Blick für Gesundheitsvorstellungen im Kontakt mit den behinderten Menschen zu schärfen. Je nach Art, Umfang und Schwere der Beeinträchtigung wird es unterschiedlich möglich sein, Gesundheitsvorstellungen zu explorieren. Dort, wo das gelingt, sind sie als Elemente im professionellen Umgang zu verstehen. Es kommt darauf an, sie sichtbar zu machen und systematisch mit ihnen zu arbeiten. Dieses würde zugleich eine Umorientierung in der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten erforderlich machen.

Subjektiver Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsbezogene Vorstellungen zu Behinderung geben Hinweise darauf, welche Inhalte der Gesundheitsforschung in die Denkweisen eingeflossen sind. Diese Wissens- und Erfahrungsbestände können als Anknüpfungspunkte für ein „Wissensmanagement“ genutzt werden: Weiterbildungsangebote, Reformen in der Ausbildung, Supervision, Coaching und Beratung sind wichtige Elemente eines solchen Wissensmanagements, das darauf zielt, den Kompetenztransfer der Professionals zu verbessern.

2. Initiative „rauchfrei“

Der auffallend hohe Anteil der Raucher unter den Fachleuten könnte Anknüpfungspunkt für betriebsinterne Interventionen zur Vermeidung des Rauchens sein. Eine wichtige Fragestellung dabei wäre zunächst, warum überdurchschnittlich viele der Professionellen rauchen. Bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Vermeidung des Rauchens könnten beispielsweise „Anti-Raucher-Seminare“ für interessierte Mitarbeiter angeboten werden, ausgewiesene Raucher- bzw. Nicht-Raucher-Bereiche in den Einrichtungen bis hin zu einem generellen Rauchverbot am Arbeitsplatz. Diese Maßnahmen könnten Teilelemente einer langfristigen und für alle Seiten lohnenswerten

Gesundheitsförderung in den von Bodelschwingschen Anstalten Bethel sein. Die „Initiative rauchfrei“ könnte als Angebot gleichwohl auch für behinderte Menschen Anwendung finden. Informationen und Methoden müssten allerdings den speziellen Voraussetzungen dieser Zielgruppe angepasst werden. Neben didaktisch-methodischen Besonderheiten bedürfen Menschen mit geistiger Behinderung einer speziellen Anleitung. Die Professionellen wären aufgefordert, diese verhaltensorientierten Interventionen durch persönliche und fachliche Beratung sowie durch aktive Mitwirkung zu unterstützen. Die Wirksamkeit solcher Lernprozesse hängt wesentlich davon ab, in welcher Weise auf die bereits bestehenden Vorstellungen Bezug genommen wird. Die Assistenz wird dabei eher gelingen, wenn Gesundheitsvorstellungen kompatibel sind.

3. Forschungsmethodische Fragestellungen

Der Forschungsbereich subjektiver Vorstellungen und Konzepte von Gesundheit repräsentiert Studien, die überwiegend von einem qualitativen Forschungsansatz ausgehen. Für diese Untersuchung wurde eine Kombination von Interview und Fragebogen gewählt, die einem methodischen Grundverständnis entspricht, das qualitative und quantitative Verfahrensweisen nicht als Gegensätze wahrnimmt. Eine forschungsmethodische Fragestellung wäre beispielsweise, wie in repräsentativen Studien quantitative und qualitative Forschungsmethoden kombiniert werden können. Die Ergebnisse dieser Untersuchung dürfen aufgrund des kleinen Samples keinesfalls verallgemeinert werden; sie sind Eindrücke der Pilotstudie. Viele forschungsmethodische Herausforderungen verbinden sich mit dem Phänomen Behinderung. Es stellt jeweils spezielle Anforderungen an die Untersuchungsmethodik. Eine Frage in diesem Zusammenhang wäre z.B. wie sich Wohlbefinden bei schwerst- und mehrfach behinderten Menschen erfassen lässt.

4. Impulse für eine differenzierende Theorie von Gesundheit und Behinderung

Subjektive Gesundheitsvorstellungen enthalten bekanntlich mehr Fragen als Antworten – dieser Eindruck gilt ungeteilt auch für diese Untersuchung.

Subjektive Vorstellungen von Gesundheit sind jedoch Perspektiven für eine differenzierende Theorie von Gesundheit. Sie können als Anknüpfungspunkt für eine Erweiterung vorhandener Wissensbestände genutzt werden. Das bedeutet für die Theorieentwicklung zunächst eine intensive Auseinandersetzung mit subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Darüber hinaus ist noch wenig bekannt über den Einfluss subjektiver Gesundheitsvorstellungen auf das professionelle Handeln. Die vielfältigen Erfahrungen und Kompetenzen von Professionellen im Umgang mit behinderten Menschen können dabei aufschlussreich sein. Die Berücksichtigung von subjektiven Gesundheitsvorstellungen kann schließlich zu einer theoretischen Fundierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Fachbereich Epilepsie sein.

Im Hinblick auf eine differenzierende Theorie von Behinderung ist zu prüfen, welche Chancen „Disability Studies“ in Deutschland haben könnten. Disability Studies, übersetzt mit „Behinderungswissenschaften“ (Degener 2004) gehen davon aus, dass Behinderung von außen konstruiert wird und nur teilweise von innen kommt. Als Wissenschaft stellen sie die Frage, wie dieses „von außen machen“ abläuft, wer eigentlich darüber entscheidet, wer behindert ist und wer nicht. Disability Studies sollten in Deutschland, so die Ansicht Degeners, innerhalb und außerhalb von Hochschulen praktiziert werden. Sie sollten nicht nur in den Bereichen der Behindertenpädagogik geforscht und gelehrt werden, sondern auch in anderen Fachbereichen wie Kunst, Literatur, Medizin und Recht. Auch Gesundheitswissenschaften sind an dieser Stelle angefragt und könnten wertvolle Beiträge zu Disability Studies liefern. Bei Forschungsarbeiten und in der Praxis sollte stärker als bislang die subjektive Perspektive von behinderten Menschen berücksichtigt werden: Das Individuum ist Akteur im Kontext seiner Lebensplanung und Alltagsgestaltung, nicht Objekt wohlwollender Fürsorge. So ist der Mensch mit Behinderungen nicht nur der Empfänger von Hilfen, sondern auch der Nutzer von Dienstleistungen. Derzeit zeigen sich jedoch erhebliche Diskrepanzen zwischen dem fachlichen Anspruch und der Alltagsrealität von behinderten Menschen. Die aktuelle Situation birgt darüber hinaus auch ein hoffungsvolles Potenzial, das weiter zu entwickeln ist: Bei meinen Kontakten mit Mitarbeitern verschiedener Einrichtungen erlebte ich ein starkes Engagement zur

Verbesserung der Lebensqualität und einen beharrlichen Einsatz zur Förderung und Verbesserung der Partizipationschancen von behinderten Menschen.

5. Salutogenese für den Bereich der Behindertenhilfe denken

Die Betrachtung von Gesundheit im Kontext der Behinderung ist ein noch neues unbekanntes Terrain, da Behinderung eher dem Bereich von Krankheit zugeordnet wird als dem von Gesundheit. Eine salutogenetisch orientierte Sichtweise stellt Gesundheit und ihre Förderung in den Mittelpunkt. Das heißt nicht, die bestehende Behinderung zu negieren, sondern beide Aspekte, Gesundheit und Krankheit, wahrzunehmen. Beide Blickrichtungen, sowohl die Gesundheitsförderung als auch die Behandlung (z.B. der Epilepsie) müssen gleichberechtigt in ein umfassendes Konzept der Versorgung von Menschen mit Behinderung münden. Ein solches ganzheitliches Konzept stellt grundsätzlich Fragen an die Organisation und das Selbstverständnis von Einrichtungen der Behindertenhilfe. Im Sinne der Salutogenese stellen sich Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht als isolierte Einzelorganisationen da, sondern als spezialisierte Einrichtungen innerhalb einer Versorgungsstruktur für behinderte Menschen, die eng vernetzt sind mit ambulanten Fachdiensten, mit der Administration und mit Bürger- und Selbsthilfeinitiativen. Salutogenese innerhalb der Behindertenhilfe stellt eine Vielzahl von Fragen, die sich mit den Bedingungen für Gesundheit beschäftigen. Die Frage nach den subjektiven Gesundheitsvorstellungen der Professionellen und ihren gesundheitsbezogenen Vorstellungen zu Behinderung ist eine von denen, die in diesen Kontext gehört. Für ein erweitertes Verständnis von und den Umgang mit Gesundheit und Behinderung kann sie Anknüpfungspunkt sein. Darüber hinaus vermag sie Impulse zu geben für eine „Gesundheitsmentalität“ der Professionellen, die im Sinne einer Grundhaltung handlungsleitend im Alltag und in professionellen Bezügen sein sollte. Salutogenetische Strukturen und Prozesse sind für den Bereich der Behindertenhilfe bislang wenig thematisiert worden. Eine große Herausforderung besteht darin, praktisch umsetzbare und hinreichend konkrete Antworten auf salutogenetische Fragen zu finden.

6. Zusammenfassung

Die Untersuchung verbindet in einer Public-Health-Perspektive zwei thematische Schwerpunkte miteinander: Die Forschungsarbeiten um subjektive Gesundheitsvorstellungen Gesundheit und den Diskurs um eine Neubestimmung des Behinderungsbegriffes. Sie lenkt dabei den Blick stärker auf das Phänomen Gesundheit, nachdem diese in den letzten Jahren vor allem im Kontext von Krankheit beachtet wurde. Subjektive Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsbezogene Vorstellungen zu Behinderung beeinflussen das professionelle Handeln pädagogisch und pflegerisch tätiger Fachleute in der Behindertenhilfe. Sie haben eine wichtige Funktion bei der Einschätzung, ob und in welchem Maße man sich selbst und andere Menschen für gesund hält; daraus ergeben sich Konsequenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Ferner kann an ihnen gezeigt werden, inwieweit und welche Inhalte gesundheitswissenschaftlicher Forschung in die subjektiven Vorstellungen von Professionellen eingeflossen sind. Welche subjektiven Vorstellungen von Gesundheit haben Fachleute, die in der Behindertenhilfe tätig sind, und – was bedeutet für sie Gesundheit im Zusammenhang mit Behinderung? Welche Bedeutung haben ihre subjektiven Gesundheitsvorstellungen für ihr berufliches Handeln in der Behindertenhilfe?

Ausgehend von einer eingehenden Analyse der Literatur zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen und Behinderung wurde eine Pilotstudie (N=45) durchgeführt, die einen Einblick in das vergleichsweise wenig zur Kenntnis genommene Forschungsfeld subjektiver Gesundheitsvorstellungen in der Behindertenhilfe gibt. Dazu wurden in einem kombinierten Verfahren von Interview und Fragebogen die individuellen Erscheinungsformen subjektiver Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsbezogener Vorstellungen zu Behinderung der Gesundheitsfachleute erfasst. Die Auswertung der Untersuchung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse. Die Ergebnisse wurden anschließend anhand von Fallstudien dargestellt und dabei durch Ergebnisse der Fragebogenauswertung ergänzt.

In den subjektiven Gesundheitsvorstellungen der pädagogisch und pflegerisch tätigen Fachleute spiegeln sich verschiedene Inhalte und Dimensionen eines körperlichen und psycho-sozialen Verständnisses von Gesundheit wider. Gesundheit wird als eine positive Qualität wahrgenommen, die am häufigsten

über die Dimensionen „Wohlbefinden“, „Fähigkeit“ sowie „Abwesenheit von Krankheit und Beschwerden“ bestimmt wird. Ihre subjektiven Gesundheitsvorstellungen mit Bezug auf behinderte Menschen berücksichtigen ein besonderes Anforderungsprofil, das durch die Behinderung vorstrukturiert ist. Sehr wichtig ist, dass die Professionellen von einem positiven Gesundheitsverständnis ausgehen und Gesundheit in der Regel nicht davon abhängig machen, ob eine Behinderung vorliegt oder nicht. Dem Aspekt „Unterstützung“ wird eine zentrale Bedeutung beigemessen. Etwa die Hälfte der Befragten geht davon aus, dass Gesundheit für sie persönlich das Gleiche bedeute wie für behinderte Menschen. Werden allerdings die Ergebnisse der Fragebogenauswertung hinzugezogen, so zeigt sich bei einzelnen Aspekten eine unterschiedliche Bewertung für die eigene Gesundheit und die Gesundheit behinderter Menschen. Nach Einschätzung der Fachleute hat die Glaubenszugehörigkeit eine höhere Bedeutung für die Gesundheit behinderter Menschen als für ihre persönliche Gesundheit; Sexualität bewerten sie für ihre eigene Gesundheit höher als für die Gesundheit behinderter Menschen. Das Gleiche (Gesundheit) ist demnach nicht dasselbe. Die Förderung und Unterstützung der Gesundheit von Menschen mit körperlicher, geistiger und mehrfacher Behinderung steht für die Fachleute im Kontext übergeordneter handlungsleitender Ziele in der Arbeit mit behinderten Menschen. Die wichtigste Form der gesundheitsbezogenen Unterstützung findet nach Ansicht der Professionellen in grundlegenden Hilfeleistungsformen zur Bewältigung des Lebensalltags statt, die sich unter dem Begriff „Assistenz“ zusammenfassen lassen. Ferner hat die „medizinische Versorgung“ einen hohen Stellenwert. Als Besonderheiten dieser Untersuchungsgruppe können der hohe Anteil der Raucher unter den Gesundheitsfachleuten sowie das hohe Niveau der Bildungsabschlüsse herausgestellt werden. Über die Ursachen der beruflichen Überqualifizierung für ihre Tätigkeit in der Behindertenhilfe kann zunächst nur spekuliert werden. Auch ergeben sich aus den Untersuchungsergebnissen keine Hinweise darauf, warum die Professionellen, die selbst Fachleute für Gesundheit und Krankheit sind, wider besseren Wissens rauchen. So bleibt beispielsweise die Frage offen, ob das Rauchen möglicherweise eine Form der Stressbewältigung im beruflichen Kontakt mit behinderten Menschen ist.

Die subjektiven Gesundheitsvorstellungen der Professionellen enthalten verschiedene Anknüpfungspunkte, aus denen sich Implikationen für die

Gesundheitsförderung abgeleitet lassen: Die Einbeziehung subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Behinderung können genutzt werden, um gesundheitsbezogenes Handeln in professionellen Bezügen zu erweitern bzw. zu modifizieren, beispielsweise im Rahmen der Gesundheitsberatung. Die Thematisierung subjektiver Gesundheitsvorstellungen von Fachleuten in der Behindertenhilfe ist ein wichtiges Element zur Stärkung ihrer beruflichen Handlungskompetenz und würde u.a. auch Umorientierungen in der Ausbildung von Gesundheitsberufen erforderlich machen. Mit dem Forschungsbereich subjektiver Gesundheitsvorstellungen in der Behindertenhilfe verbinden sich noch viele forschungsmethodische Fragestellungen. Sie beziehen sich beispielsweise darauf, wie qualitative und quantitative Forschungsmethoden in repräsentativen Untersuchungen kombiniert werden können. Ein anderer Themenkomplex zukünftiger Forschungsarbeiten ist die Frage, wie Gesundheitsvorstellungen bei Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen erfasst werden können. Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Gesundheit können einen Beitrag zu einer differenzierteren Theorie von Gesundheit und Behinderung leisten. Sehr aufschlussreich ist dazu die intensive Auseinandersetzung mit subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit im Kontext von Behinderung. Im Hinblick auf eine differenzierte Theorie von Behinderung wäre zu prüfen, welchen Beitrag "Disability Studies" in Deutschland leisten können.

7. Literaturverzeichnis

- Abele, A., Becker, P. (Hrsg.) (1991). *Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik*, Weinheim: Juventa
- Abele, A., Brehm, W. & Gall, T. (1991). Sportliche Aktivität und Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik* (279-296). Weinheim: Juventa
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.Y.: Prentice Hall
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl, & J. Beckmann (Eds). *Action control* (11-39). Berlin: Springer
- Ajzen, I. & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioural control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474
- Amann, G., Wipplinger, R. (1998). *Gesundheit und Gesundheitsförderung*. In G. Amann, R. Wipplinger *Gesundheitsförderung ein multidimensionale Tätigkeitsfeld* (17-53) dgvt-Verlag: Tübingen
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco. Jossey Bass
- Antonovsky, A. (1993). *Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung*. In A. Franke, M. Broda (Hrsg), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (3-14). Tübingen dgvt
- Badura, B. (1981). *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit*. Frankfurt: Suhrkamp
- Badura, B. & Pfaff, H. (1996). Stress, ein Modernisierungsrisiko? Mikro- und Makroaspekte soziologischer Belastungsforschung im Übergang zur postindustriellen Zivilisation. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 41, 619-643
- Bandura, A. (1977). Self efficacy. Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review* 84, 191-215
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Slack: Thorefare
- Becker, M. H., Haefner, D. P., Karl, D. P., Kirscht, S. V., Maimann, J. P. & Rosenstock, I. M. (1977). Selected psychosocial models and correlates of individual health related behaviors. *Medical Care*, 15, 27-46

-
- Becker, P. (1982). Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 1. Theorien, Modelle, Diagnostik. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Becker, P. (1991). Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik (13-51). Weinheim und München: Juventa
- Becker, P. (1992). Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 21,(1), 64-75
- Becker, P. (1992). Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In P. Paulus (Hg), Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die Psychosoziale Praxis (91-107) Köln: GwG-Verlag, 91-107
- Becker, P. (1995). Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle, Göttingen. Hogrefe
- Becker, P. (1996). Zwei theoretische Rahmenmodelle zur Erklärung der aktuellen und habituellen körperlichen Gesundheit. Darstellung und empirische Überprüfung. Trierer Psychologische Berichte. Bd. 23, Heft 4. Trier: Universität. Fachbereich I- Psychologie
- Becker, P. (1998). Die Salutogenesetheorie von Antonovsky. Eine wirklich neue, empirisch abgesicherte, zukunftsweisende Perspektive? In J. Margraf, J. Siegrist, S. Neumer (Hrsg.), Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto-versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen (13-25). Berlin, Heidelberg, New-York: Springer-Verlag
- Belz-Merk, M., Bengel, J., Strittmatter, R. (1992). Subjektive Gesundheitskonzepte und gesundheitliche Protektivfaktoren. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 4, 153-171
- Beltz-Merk, M. (1995). Gesundheit ist alles und alles ist Gesundheit: die Selbstkonzeptforschung zur Beschreibung und Erklärung subjektiver Vorstellungen und Gesundheitsverhalten. Frankfurt am Main; Berlin; Bern; New York; Paris; Wien: Lang (Europäische Hochschulschriften)
- Bengel, J., Bucherer, G., Strittmatter, R. & Buggle, F. (1995). Die Entwicklung von subjektiven Gesundheitskonzepten - Ein Überblick zur Forschungslage bei Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 3, 241-254
- Bengel J., Belz-Merk, M. (1997). Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch (23-41). 2., überarbeitete u. erweiterte Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie
- Bengel, J., Maurischat, C. (2002). Rehabilitation. In E. Brähler, B. Strauß (Hrsg), Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin (377-396). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe

-
- Berkman, L. F. & Breslow, L. (1983). Health and ways of living: The Alameda County study. New York: Oxford University Press
- Bischoff, C. & Zenz, H. (1989). Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern: Huber
- Blaxter, M. (1990). Health and lifestyles. London and New York: Travistock/Routledge
- Bleidick, U. (1985). Historische Theorien: Heilpädagogik, Sonderpädagogik, Pädagogik der Behinderten. In U. Bleidick (Hg.), Theorie der Behindertenpädagogik (Handbuch der Sonderpädagogik, Band 1, (253-272) Berlin: Marhold
- Bleidick, U. (1990). Die Behinderung im Menschenbild und hinderliche Menschenbilder in der Erziehung von Behinderten. In Heilpädagogik , 41, 514 - 534
- Bleidick, U. (1994). Menschenbild und dialogisches Handeln. Grundprobleme der pädagogischen Förderung. Die Sonderschule 39, 420-429
- Bleidick, U., Hagemeyer (1998). Einführung in die Behindertenpädagogik I. Allgemeine Theorie der Behindertenpädagogik. 6. überarbeitete Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Bleidick, U. (1999). Behinderung als pädagogische Aufgabe. Behinderungsbegriff und behindertenpädagogische Theorie. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer
- Blumer, H. (1973). Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), Interaktionen und gesellschaftliche Wirklichkeit (80-146). Reinbek: Rowohlt
- Bock, K. D. (1999). Gesundheit und Krankheit als Gegenstand des Medizinalsystems. In W. Schlicht, H. Dickhuth, B. Badura (Hrsg.), Gesundheit für alle: Fiktion oder Realität? (36-54) Stuttgart, New York: Hofmann Verlag, Schattauer
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). Forschungsmethoden und Evaluation. 2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer
- Brieskorn-Zinke, M. (2000). Die pflegerische Relevanz der Grundgedanken des Salutogenese-Konzepte. Pflege, Heft 13, 373-380
- Brinkmann-Göbel, R. (2001). Gesundheitsberatung;: Zur Relevanz eines „neuen“ Elements im Gesundheitswesen. In R. Brinkmann-Göbel (Hrsg.) Handbuch für Gesundheitsberater (11-13). 1. Aufl.- Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Buchholtz, A. (1998). Alltagskonzepte psychischer Krankheit. Subjektive Theorien von Angehörigen. In U. Flick (Hrsg.), Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (241-256) Weinheim; München: Juventa.

-
- Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Das Gesundheitswesen, 61, Sonderheft 2. Stuttgart
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1995). Ratgeber für Behinderte. Bonn: Selbstverlag
- Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe e.V. (2001). Gesundheit und Behinderung. Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen. Stuttgart- Reutlingen: Diakonie Verlag
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese- Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) Köln. 7. erw. Neuaufl. Köln: BZgA
- Büsing, A., Glaser, J. (2002). Pflege und Public Health: Arbeits- und organisationspsychologische Aspekte. In U. Flick (Hrsg.), Innovationen durch New Public Health (76-99).Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe
- Calnan, M. & Johnson, B. (1985). Health, health risks und inequalities: An exploratory study of women`s perceptions. *Sociology Health and Illness*, 7, 55-75
- Christeiner, S. (1999). Frauen im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit: subjektive Befindlichkeitseinschätzungen und Ursachenattributionen von Laien. Bielefeld: Kleine Verlag GmbH
- Cloerkes, G. (1997). Soziologie der Behinderten: eine Einführung. Heidelberg: Ed. Schindele
- D`Andrade, R. G. (1976). A Propositional Analysis of U.S. American Beliefs about Illness. In K. H. Basso & Selby (Hg). *Meaning in Anthropology* (155-180). Albuquerque: University of New Mexico Press
- D`Houtand, Field, M.G. (1984).The image of health: Variations in perception by social class in a French population. *Sociology of Health and Illness*, 6, 30-60
- DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 Krankenpflege (Kurzfassung) <http://www.VerbraucherNews.de/artikel0000006829.html>, eingesehen am 11.4.2004
- Dann, H.D. (1983). Subjektive Theorien: Irrweg oder Forschungsprogramm. Zwischenbilanz eines kognitiven Konstrukts. In L. Montada, K. Reusser, G. Steiner (Hg.), *Kognition und Handeln* (76-92). Stuttgart: Klett
- Dann, H.-D. (1991). Subjektive Theorien zum Wohlbefinden. In A. Abele, P. Becker (Hg.), *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik* (97-117). Weinheim: Juventa

-
- Daoud-Harms, M. (1990). Arbeitsgegenstand oder Subjekt unserer Lebensgeschichte - Erfahrungen und Reflektion zum Verhältnis von Betreuer/Experten und „Behinderten“. In Eberwein, H. (Hrsg.): Behinderten und Nichtbehinderte lernen gemeinsam. Handbuch der Integrationspädagogik (345-350). 2. Aufl. Weinheim. Beltz, 345-350
- Davis, F. (1961). Deviance Disavowal. *Social Problems*, 9, 120-132
- Degener, Th. (2004). Behinderung neu denken. http://www.partizip.de/Illustrierte/Reportagen/Neu_denken/neu_denken.html, eingesehen am 27.3.2004
- Denzin, N. K. (2000). Symbolischer Interaktionismus. In U. Flick., E. v. Kardorff, I. Steinke, (Hg), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (136-150). rowohlt's enzyklopädie, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Deutscher Bildungsrat (1973). *Zur pädagogischen Förderung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen*. Dortmund; Verband deutscher Sonderschulen
- Diekmann, A. (1995). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. rowohlt's enzyklopädie: Reinbek bei Hamburg
- Dohnke, B., Knauper, B. (2002). Subjektive Gesundheit: Ein quantitativer und qualitativer Vergleich von Selbst- Fremd- und Arzturteilen. *Psychomed*, Heft 14. 161-166
- Dörner, K., Plog, U. (1996). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie*. 1. Neuausg. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Dörner, K. (2003). *Die Gesundheitsfalle. Woran unsere Medizin krankt / Zwölf Thesen zu ihrer Heilung*. München: Econ Verlag
- Durkheim, E. (1973). *Der Selbstmord*. Neuwied: Luchterhand
- Durkheim, E. (1989). Individuelle und kollektive Vorstellungen. In: Durkheim, E.. *Soziologie und Philosophie* (45-82). Frankfurt: Suhrkamp
- Eberwein, H., Sasse, A. (Hrsg.) (1998). *Behindert sein oder behindert werden? Interdisziplinäre Analysen zum Behinderungsbegriff*. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand
- EMNID-Umfrage, Landau 26.4.2000, *Psychotherapie News* April 2000, <http://medi-report.de/nachrichten/2000/04/20000426-01.htm>, eingesehen am 18. 4. 2004
- Engelhardt, v., D. (1999). Gesundheit und Krankheit im Wandel der Kulturgeschichte. In W. Schlicht, H. Dickhuth, B. Badura (Hrsg.), *Gesundheit für alle; Fiktion oder Realität?* (13-36) Schorndorf: Hofmann; Stuttgart; New York: Schattauer

-
- Erben, R., Franzkowiak, P. & Wenzel, E. (1986). Die Ökologie des Körpers. Konzeptionelle Überlegungen zur Gesundheitsförderung. In E. Wenzel (Hrsg.), Die Ökologie des Körpers (13-120). Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Evans-Pritchard, E. E. (1937). Witchcraft, oracles and magic among the Azande. Oxford: Clarendon
- Faller, H., Gossler, S., Lang, H. (1998). Gesundheitsvorstellungen bei Psychotherapiepatienten. In U. Flick, Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (257-268) Weinheim und München: Juventa
- Faltermaier, T. (1991). Subjektive Theorien von Gesundheit: Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis. In U. Flick (Hrsg.), Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen (45-59). Heidelberg: Asanger
- Faltermaier, T. (1994). Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim: Beltz
- Faltermaier, T. (1997). Why public health research needs qualitative approaches. Subjects and methods in change. In European Journal of Public Health, Vol.7 No 4, 357-363
- Faltermaier, T., Kühnlein, I., Burda-Viering (1998). Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa
- Faltermaier, T., Bengel, J. (2000). Subjektive Konzepte und Vorstellungen von Gesundheit. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 8 (4), 133-136
- Faltermaier, T., Kühnlein, I. (2000). Subjektive Gesundheitskonzepte im Kontext: Dynamische Konstruktionen von Gesundheit in einer qualitativen Untersuchung von Berufstätigen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 8 (4), 137-154
- Faltermaier, T. (2001). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. In R. Brinkmann-Göbel (Hrsg.), Handbuch für Gesundheitsberater (371-373). 1. Auflage. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber
- Faltermaier, T. (2002). Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkungen zum Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In H. Wydler, P. Kolip, Th. Abel, Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes (185-197). 2. Auflage. Weinheim und München: Juventa
- Faltermaier, T. (2002). Gesundheitsvorstellungen und Laienkompetenz. Die Bedeutung des Subjekts für die Gesundheitspraxis. Psychomed, Heft 14, 149-154

-
- Faltermaier, T. (2003). Gesundheitsvorstellungen von Erwachsenen. *Public Health Forum* 11, Heft 38, 9-10
- Filipp, S., Aymanns, P. (1997). Subjektive Krankheitstheorien. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (3-23). 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Fischer, C., Flick, U., Neuber A., Schwartz, F. W., Walter, U. (2003). Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften in der ambulanten Versorgung. *Public Health Forum* 11, Heft 38 , 18-19
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley
- Fitzsimmons, J. & Barr,O. (1997). A review of the reported attitudes of health professionals toward people with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 1(2), 57-65
- Flick, U. (1991). Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In U. Flick (Hg), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen* (9-27). Heidelberg: Asanger
- Flick, U. (Hg) (1991a). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Asanger
- Flick, U. & Niewiarra, S.(1994). *Alltag, Lebenswesen und Gesundheit*. Berlin: technische Universität Berlin; Bericht 94-5, Institut für Psychologie
- Flick, U. (1997). Gesundheitsvorstellungen im Alltag: Forschungsansätze und Bedeutung für Psychologie und Gesundheitswissenschaften. In R. Weitkunat, J. Haisch, M. Kessler (Hrsg.), *Public Health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik* (191-200). Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber
- Flick, U. (1998). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In U. Flick, *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (7-33) Weinheim und München: Juventa
- Flick, U. (2000). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff, I. Steinke, *Triangulation in der qualitativen Forschung. Ein Handbuch* (309-319). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH
- Flick, U. (2002). Wandel von Gesundheitsvorstellungen im Kontext von New Public Health. In U. Flick (Hrsg.), *Innovationen durch New Public Health* (295-321). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag
- Flick, U. (2003). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit – Eine Übersicht. *Public Health Forum* 11, Heft 38, 2-3

-
- Frank, U., Beltz-Merk, M., Bengel, J., Strittmatter (1998). Subjektive Gesundheitsvorstellungen gesunder Erwachsener. In U. Flick, Wann fühlen wir uns gesund? subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (57-70). Weinheim und München: Juventa
- Frank, U. (2000). Subjektive Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsförderlicher Lebensstil von Herzinfarktpatientinnen und -patienten. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 8, 155-167
- Franke, A. (1989). Gesundheit ist Spaß am Leben. Psychologie heute spezial (Thema Frauen Gesundheit). Weinheim, 28-33
- Franke, A. (1990). Gesundheit – ein Begriff im Spektrum der Wertsysteme. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation. Bd. 3, 313-320
- Franke, A. (1993). Die Unschärfe des Begriffs „Gesundheit“ und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen. In A. Franke, M. Broda (Hrsg.), Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept (15-34). Tübingen: dgvt-Verlag
- Franzkowiak, P., Sabo, P. (1993). Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Mainz: Frauengesundheitszentrum Frankfurt Informationsbroschüre
- Gadamer, H.- G. (1993). Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- GAP-Projekt: Forschungsprojekt: Gesundheits- und Alterskonzepte von Ärzten und Pflegekräften in der ambulanten Versorgung älterer Menschen. <http://www.asfh-berlin.de/gap/forschungsstand.phtml>
- Gerhardt, U. (1981). Der Krankheitsbegriff im Symbolischen Interaktionismus. In H.K. Deppe, U. Gerhardt & P. Novak (Hrsg.), Medizinische Soziologie (11-53). Jahrbuch 1. Frankfurt: Campus
- Geyer, S. (2001). Antonovsky's sense of coherence - ein gut geprüftes und empirisch bestätigtes Konzept? In H. Wydler, P. Kolip, Th. Abel (Hrsg.), Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes (71-85). Weinheim und Basel: Juventa
- Glaser, B. G. & Strauss, A. (1967). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine
- Goffman, E. (1967). Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt: Suhrkamp

-
- Graham, H. (1985). Providers, negotiators and mediators: women as the hidden carers. In E. Lewin, V. Oleson, Women, health and healing (25-32). New York: Travistock
- Greif, S., Bamberg, E. & Semmer N. (Hrsg.) (1991). Psychischer Stress am Arbeitsplatz. Göttingen: Hogrefe.
- Grom, B.(2002). Religiöser Glaube – ein Gesundheitsfaktor? Dr. med. Mabuse. Zeitschrift im Gesundheitswesen, September/ Oktober, 16-19
- Grossmann, R. (1993). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung- Organisationsentwicklung durch Projektmanagement. In J. M. Pelikan, H. Demmer, K. Hurrelmann (Hrsg.), Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen (43-62). Weinheim; München: Juventa
- Grundböck, A. (2003) Gesundheitskonzept, Gesundheitsförderung, Health Literacy.
<http://www.pflegewissenschaft.ac.at/tutorium/skripten/grundboeck/ws02vol.ppt>
eingesehen am 10.9.2002
- Gutzwiller, F. (1997). Gesundheitspsychologie aus der Public-Health-Perspektive. In R. Weitkunat, J. Haisch, M. Kessler (Hrsg.), Public Health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik (497-494). Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber
- Gutzwiller, F., Jeanneret, O. (1999). Konzepte und Definitionen. In Gutzwiller, F., Jeanneret, O. (Hrsg.), Sozial- und Präventivmedizin Public Health. 2. Auflage. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber, 23-29
- Hagen, J. (2001). Ansprüche an und von Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung in Tagesstätten. Aspekte der Begründung und Anwendung lebensweltorientierter pädagogischer Forschung. Herausgeber: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., Marburg: Lebenshilfe-Verlag
- Harris, T. (1971). Handicapped and impaired in Great Britain. London: Her Majesty's Stationery Office . In M. Häußler, E. Wacker, R. Wetzler; Das Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (1996). Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 65. Baden Baden: Nomos
- Haug, C.V. (1991). Gesundheitsbildung im Wandel. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

-
- Häußler, M., Wacker, E., Wetzler, R.; Das Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (1996). Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 65. Baden Baden: Nomos
- Heider, F. (1958). The psychology of interpersonal relations. New York: Wiley. Dt. Übers. 1977. Psychology der interpersonalen Beziehungen. Stuttgart: Klett
- Helfferich, C. (1993). Das unterschiedliche „Schweigen der Organe“ bei Frauen und Männern- subjektive Gesundheitskonzepte und „objektive“ Gesundheitsdefinitionen. In A. Franke, M. Broda (Hrsg.), Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept (36-65). Tübingen: dgvt-Verlag
- Herrmann, W., Költringer, R., Nemeth, G.(1990). Soziale Lage von körperlich beeinträchtigten Menschen in Österreich. Eine Analyse von fünf kombinierten Mikrozensus-Sondeprogrammen. In Berichte aus Forschung und Praxis 4. In Häußler, M., E. Wacker, R. Wetzler, Das Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (1996).ebd.
- Herzlich, C. (1973). Health and Illness: A social psychological analysis. London: Academic Press
- Hofmann, G. (1999). Sexualität im Altenheim. In Remlein, K.-H., Nübel, G. (Hrsg.), Geschlechtslos im Alter? Aspekte zur Alterssexualität (163-171), Jahrbuch der Gerontopsychiatrie, Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis
- Holland, W W., Detels, R., Knox, G. (1991). Oxford Textbook of Public Health (561pp). Volume I, Influences of Public Health. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Hollenweger, Haug, Prerost (2003) <http://www.disability-reseach.ch/impressum.html>, eingesehen am 15. Mai 2003
- Hopf, C. (1991). Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In U. Flick et.al. (Hrsg.): Handbuch qualitativer Sozialforschung (177-185). München: Psychologie Verlags Union
- <http://www.bethel.de>, eingesehen am 15. Juni 2004
- <http://www.destatis.de/basis/d/solei/soleitab11.htm>, eingesehen am 12.5.2003
- Hurrelmann, K. (1988). Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim und Basel: Juventa
- Hurrelmann, K. (1994). Familienstress, Schulstress, Freizeitstress. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. 2. unveränd. Aufl., Weinheim, Basel: Beltz

-
- Hurrelmann, K. (2000a). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 4., völlig überarbeitete Auflage von „Sozialisation und Gesundheit“. Weinheim und München: Juventa
- Hurrelmann, K. (2000b). Gesundheitsförderung – Neue Perspektiven für die Pflege. In B. Rennen-Allhoff, D. Schaeffer (Hrsg.), Handbuch Pflegewissenschaften (591-611). Weinheim und München: Juventa
- Jantzen, W. (1987). Allgemeine Behindertenpädagogik. Bd.1: Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen. Weinheim, Basel: Beltz
- Jürgens, A. (2001). „Es ist normal, verschieden zu sein“. Das Selbstbestimmungsrecht behinderter Menschen. Dr. med Mabuse. Zeitschrift im Gesundheitswesen. Nr. 12
- Kahl, H., Hölling, H., Kamtsiuris, P. (1999). „Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung“. Das Gesundheitswesen, 61, Sonderheft 2, 121-125
- Kaplan, H. B. (Ed.) (1983). Psychosocial stress: Trends in theory and research. New York: Academic Press.
- Kasl, S.V./Cobb, S. (1966). Health Behavior and Sick Role Behavior. Archives of Environmental Health 12 , 246-266
- Kelle, U., Erzberger, Ch. (2000). Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz. In U. Flick, E. von Kardorff, I. Steinke (Hg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch (299-309). rowohlts enzyklopädie, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag Psychologie Verlags Union
- Kelly, G. A. (1955). The psychology of personal constructs. New York: Norton. Dt. Übersetzung 1986. Die Psychologie der persönlichen Konstrukte. Paderborn. Junfermann
- Kickbusch, I. (1994). Frauen und Gesundheit aus der Sicht von WHO-Gesundheitsförderung. In: C. Helfferich & J. v. Troschke (Hrsg), Der Beitrag der Frauengesundheitsforschung zu den Gesundheitswissenschaften/ Public Health in Deutschland (11-15). (Schriftenreihe der Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/ Public Health, Bd. 2) Freiburg
- Kickbusch, I.(1996). Zehn Jahre nach Ottawa. Herausforderungen für die Zukunft. Prävention 19, 35-36.
- Kleese, R., Sonntag, U., Brinkmann, M., Maschewsky-Schneider, U. (1992). Gesundheitshandeln von Frauen. Leben zwischen Selbst-Losigkeit und Selbst-Bewusstsein. Frankfurt : Campus
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful Life Events, Personality and Health. Journal of Personality and Social Psychology 37, 1-11

-
- Kolip, P. (1994). Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechts-spezifischen Jugendgesundheitsforschung. Weinheim und München : Juventa
- Kolip, P. (1998). Aspekte gesundheitsbezogener Kognitionen. Ergebnisse einer quantitativen Befragung 12-16jähriger Jugendlicher. In: U. Flick (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (45-57). Weinheim; München: Juventa
- Kolip, P. (2000). Subjektive Gesundheitsdefinitionen im Jugendalter: Geschlechtsunterschiede und Zusammenhänge zum gesundheitsrelevanten Verhalten. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 8 (4), 180-189
- Kolip, P., Wydler, H. & Abel, Th. (2001). Gesundheit: Salutogenese und Kohärenzgefühl. Einleitung und Überblick. In, H. Wydler, P. Kolip, Th. Abel (Hrsg.). Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes (11-17). Weinheim und Basel: Juventa
- Kolip, P. (2002). Entwicklung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland: Ausgangspunkte, Definitionen und Prinzipien. In P. Kolip (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung (7-23). Weinheim und München: Juventa Verlag
- Konrad, K. (1999). Mündliche und schriftliche Befragung. Landau: Verlag Empirische Pädagogik
- Krebs, H. (1996). Gesundheit, Krankheit und Behinderung. Kritische Anfragen an das gängige Normalisierungskonzept. In E. Zwierlein (Hrsg), Handbuch Integration und Ausgrenzung. Behinderte Mitmenschen in der Gesellschaft (39-56). Neuwied; Kriftel; Berlin: Luchterhand
- Kuhlmann, A. (2001). Die Risiken der Leidverleugnung. Zum Diskurs über Behinderung. Dr. med. Mabuse. Zeitschrift im Gesundheitswesen Nr. 130, 26. Jahrgang, 57-59
- Kuhlmann, E. (1996). Subjektive Gesundheitskonzepte. Eine empirische Studie mit Professorinnen und Professoren. Münster: Lit Verlag
- Kuhlmann, E., Kolip, P. (1998). „...Lust und Freude am Leben. Gesundheitsvorstellungen von Professorinnen und Professoren. In U. Flick (Hrsg.). Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (105-119). Weinheim, München: Juventa
- Laaser, U., Hurrelmann, K., Wolters, P. (1993): Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In K. Hurrelmann, U. Laaser, Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

-
- Laaser, U., Hurrelmann, K. (2003). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann, U. Laaser, Handbuch Gesundheitswissenschaften. 2. Auflage 2003. Weinheim und München: Juventa Verlag 2003
- Lamnek, S. (1995). Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz
- Lau, R. R., Hartmann, K. A. & Ware, J. E. (1986) Health as a value: Methodological and theoretical considerations. *Health Psychologie*, 5 (1), 25-43
- Laucken, U. (1974). Naive Verhaltenstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer
- Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill
- Lazerus, R.S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In Nitsch (Hrsg), Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen (213-259). Bern: Huber
- Lettke, F., Eirmbter, W., Hahn, A. Hennes, C. & Jacob, R. (1999). Krankheit und Gesellschaft. Zur Bedeutung von Krankheitsbildern und Gesundheitsvorstellungen für Prävention. Konstanz: UVK
- Lindmeier, Ch. (1993). Binderung – Phänomen oder Faktum? Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Lohaus, A. (1990). Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern. Göttingen: Hogrefe
- Mand, P.(2004). Selbstbestimmt lieben. Sexuelle Emanzipation am Beispiel Querschnittlähmung. Dr. med. Mabuse. Zeitschrift im Gesundheitswesen Nr. 150, 29. Jahrgang, 37- 40
- Matthews, D. A. (2000) Glaube macht gesund. Herder Verlag: Freiburg
- Mayring, Ph. (1995). Qualitative Inhaltsanalyse. In: U. Flick (Hrsg), Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen (209-213). 2. Auflage, Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union
- Mayring, Ph. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 7. Auflage 2000. Weinheim: deutscher Studien Verlag
- Mayring, Ph. (2001). Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research. Verfügbar über: http://www.qualitative_research.net/fqs/fqs.htm, eingesehen: 15. 6.2002

-
- Mc-Keon, T. (1982). Traum, Trugbild oder Nemesis? Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Mensink, G. B. M. (1999). „Körperliche Aktivität“. Das Gesundheitswesen, Sonderheft 2, 126-131
- Millstein, S. G. & Irwin, C. E. (1987). Concepts of health and illness: Different constructs or variations on a theme? *Health Psychology*, 6, 515-524
- Möller, H. (1997). Möglichkeiten der Supervision in der Gesundheitsförderung. In: Ch. Kotter (Hrsg.) *Prävention im Gesundheitswesen (174-188)*, Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie
- Morant, N. (1995). What is Mental Illness ? Social Representations of Mental Illness among British and French Mental Health Professionals . *Paper of Social Representations*, 4, 41-45
- Morant, N. (1998). The social representation of mental ill-health in communities of mental health practitioners in the UK and France. *Social Science Information* 37, 4, 663-687
- Moscovici, S. (1961). *La Psychoanalyse, son image et son public*. Paris : Presse Universitaire Francaise
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In R. M. Farr, S. Moscovici, S.(Hg.), *Social representations (3-69)*. Cambridge: University Press
- Natapoff, J. N. (1978). Children's view of health: A developmental study. *American Journal of Public Health*, 68, 995-1000
- Nestmann, R. & Hurrelmann, K. (Eds.) (1994). *Individualization in childhood and adolescence*. Berlin: de Gruyter
- Neubert, D., Cloerkes, G. (1987). *Behinderung und Behinderte in verschiedenen Kulturen. Eine vergleichende Analyse ethnologischer Studien*. Heidelberg: Edition Schindele
- Noack, R. H. (1993). Gesundheit: Medizinische, psychologische und soziologische Konzepte. In R. Gawatz, P. Novak (Hg), *Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte (13-33)*. Ulm: Universitätsverlag Ulm GmbH
- Noak, R. H. (1996). Salutogenese und Systemintervention als Schlüsselkonzepte von Gesundheitsförderung und Public Health. *Prävention*, Heft 19, 37-39
- Österwitz, I. (1996). Das Konzept Selbstbestimmt Leben - eine neue Perspektive in der Rehabilitation. In E. Zwierlein, (Hrsg.): *Handbuch Integration und Ausgrenzung: behinderte Menschen in der Gesellschaft (196-207)*. Neuwied; Kriftel, Berlin: Luchterhand,
- Parsons, T. (1981). *Sozialstruktur und Persönlichkeit*. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie

-
- Pearlin, L. (1987). The stress process and strategies of intervention. In K. Hurrelmann, F.X. Kaufmann & F. Lösel (Eds): Social intervention: Potential and constraints (53-72). Berlin: De Gruyter
- Perrig-Chiello, P. (1997). Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen. Weinheim und München: Juventa
- Pfäfflin, M. u. Wolf, P. (1998). Behinderte. In F.W. Schwartz (Hrsg.), Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (524-536). München; Wien; Baltimore: Urban und Schwarzenberg
- Pohle, C. (1994). Gesundheitsbewusstsein: Theoretische und empirische Analysen unter besonderer Berücksichtigung von Bewegung und Entspannung. Frankfurt am Main; Berlin; Bern; New York, Paris; Wien: Lang
- Reye, I. (1993). Risikofaktor Gesundheit. In: A. Franke, M. Broda (Hrsg.), Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept (79-109). Tübingen: DGVT-Verlag
- Rivers, W.H. R. (1924). Medicine, magic and religion. New York: Harcourt & Brace
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2000). Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart, New York: Schattauer
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 2, 328-335
- Rothe, S., Süß, M. (2003). Pflege in der Arbeit mit behinderten Menschen. In: B. Rennen-Allhoff, D. Schaeffer, Handbuch Pflegewissenschaft (507-535). Weinheim und München: Juventa
- Rotter, J. B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. Psychological Monographs 80 (1, No 609)
- Sack, M. & Lamprecht, F. (1998). Forschungsaspekte zum „Sense of Coherence“. In W. Schüffel, U. Brucks, et. al. (Hrsg.), Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis (325-336). Wiesbaden: Ullstein Medical
- Sander, A. (1990) Behinderungsbegriffe und ihre Konsequenzen für die Integration. In H. Eberwein (Hg.), Behinderte und Nichtbehinderte lernen gemeinsam. Handbuch der Integrationspädagogik 2. überarbeitete Auflage (75-82). Weinheim, Basel: Beltz
- Schaefer, G. (1992). Der Gesundheitsbegriff bei verschiedenen Völkern - Eine internationale Studie. In A. Trojan, B. Stumm, Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen (50-72). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH

-
- Schaeffer, D. (2002). Geschichte und Entwicklungsstand qualitativer Gesundheits- und Pflegeforschung im deutschsprachigen Raum. In D. Schaeffer, G. Müller-Mundt (Hrsg.), *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung (7-13)*. 1. Aufl. Bern; Toronto; Seattle: Huber
- Schmidt, L., Fröhling, H. (1998). Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen bei Kindern und Jugendlichen. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (33-45)*. Weinheim; München: Juventa
- Schmidt, Lothar R. (1998). Zur Dimensionalität von Gesundheit (und Krankheit). Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 6 (4), 161-178
- Schnabel, E.-P., Kolip, P., Hurrelmann, K. (1997). Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften. In C. Klotter (Hrsg.), *Prävention im Gesundheitswesen (61-82)*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag
- Schnipperges, H. (1990). Das Bild der Gesundheit im Spiegel der Geschichte. In I. Gropengieser, V. Schneider (Hg.), *Gesundheit (14-19)*. Friedrich Jahresheft VIII, Seelze
- Schröder, H. (2002). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In E. Brähler, B. Strauß, *Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin (359-374)*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Schulte, I. (1998). Die Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit Behinderung. Dissertation im Fachbereich Sondererziehung und Rehabilitation der Universität Dortmund
- Schulze, Ch., Welters, L. (1998). Geschlechts- und altersspezifisches Gesundheitsverständnis. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (88-105)*. Weinheim; München: Juventa
- Schuntermann, M. (2001). Denken und Handeln jenseits von Krankheit: Rehabilitation. In, R. Brinkmann-Göbel (Hrsg.), *Handbuch für Gesundheitsberater (322-331)*. 1. Aufl. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber
- Schütz, A. (1953/54). Common sense theories and scientific interpretation of human action. *Philosophy and Phenomenological Research*. 16, 1-37
- Schütz, A. (1971). Begriffs- und Theoriebildung in den Sozialwissenschaften. In A. Schütz, *Gesammelte Schriften Bd. 1 (237-288)*. Den Haag: Nijhoff
- Schütze, F. (1976). Zur Hervorlockung und Analyse von Erzählungen thematisch relevanter Geschichten im Rahmen soziologischer Feldforschung. In *Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.), Kommunikative Sozialforschung (159-260)*. München: Wilhelm Fink

-
- Schwartz, W. & Walter, U. (1996). Public Health in Deutschland. In U. Walter & W. Paris (Hg.), Gesundheit im Mittelpunkt (3-12). Meran: Alfred und Söhne
- Schwarzer, R. (1992). Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe
- Seifert, M. (2003). Lebensbedingungen von Menschen mit schwerer Behinderung - aktueller Stand und Perspektiven. Vortrag gehalten auf der Arbeitstagung Krisenintervention; Freiburg, 16. Jan. 2003. Verfügbar über: http://www.insos.ch/pdf/Seifert_Fribourg.pdf, eingesehen am 15.4. 2004
- Seiffge-Krenke, I. (1994). Gesundheitspsychologie des Jugendalters. Göttingen: Hogrefe
- Selye, H. (1984). Stress- Mein Leben. Frankfurt: Fischer
- Siedersleben, Ch. (2002), Stiftungsbereich Behindertenhilfe. Arbeitsbericht 2002 (internes Arbeitspapier)
- Siegrist, J., Neumer, S., Margraf J. (1998). Salutogeneseforschung: Versuch einer Standortbestimmung. In, J. Margraf, J. Siegrist, S. Neumer (Hrsg.), Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen (3-8). Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, u. a.: Springer
- Socialdata, Anzahl und Situation der Behinderten nach Zielgruppen. München (unveröffentlichter Endbericht in zwei Teilen) 1984a, 1984b. In M. Häußler, E. Wacker, R. Wetzler; Das Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (1996): ebd.
- Socialdata, Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger, Stuttgart 1980. In M. Häußler, E. Wacker, R. Wetzler; Das Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (1996): ebd
- Sommer, R. (2000). Die Rolle sozialer Unterstützung bei der Aufnahme und Fortführung gesundheitsbezogenen Verhaltens (Psychologie, Band 28). Landau: Verlag Empirische Pädagogik
- Speck, O. (1996) System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. 4. Aufl. München; Basel: E. Reinhardt
- Spijk, P. van (1993). Gesundheitskonzepte in historischer Perspektive. In R. Gawatz, P. Novak (Hg), Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte (47-59). Ulm: Universitätsverlag Ulm GmbH
- Statistisches Bundesamt (2003). Soziale Sicherung - Schwerbehinderte am Jahresende

-
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2004). Rauchverhalten nach Berufsbereichen in Deutschland. Ergebnisse der Mikrozensus Befragung im April 1999. Verfügbar über: <http://www.destatis.de/cgi-bin/printview.pl>, eingesehen am 10.4.2004
- Steinke, I. (2000). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff, I., Steinke, Qualitative Forschung. Ein Handbuch (319-332). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Strauss, A. L. (1978). Qualitative analysis for social scientists. Cambridge: Cambridge University Press
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques. Newbury Park: Sage
- Strauss, A.L. (1970). Discovering New Theory from Previous Theory. In T. Shibutani (ed.) Human Nature and Collective Behaviour: Papers in Honor of Herbert Blumer. New Jersey: Prentice Hall
- Strittmatter, R. (1995). Alltagswissen über Gesundheit und gesundheitliche Protektivfaktoren. Frankfurt: Lang
- Sturm, G. (1994). Wie forschen Frauen? Überlegungen zur Entscheidung für qualitatives oder quantifizierendes Vorgehen. In A. Diezinger, H. Kitzer et.al. (Hrsg.), Erfahrungen mit Methode. Wege sozialwissenschaftlicher Frauenforschung (85-104). Freiburg: Kore
- Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. Journal of Consulfin and Clinical Psychology 54, 416-423
- Trojan, A., Legewie, H. (2001). Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung: Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt/Main: Verlag für Akademische Schriften
- Troschke, J. v. (1995). Zukunft der Gesundheitsförderung und Prävention. In: P. Kolip, K. Hurrelmann, Peter-Ernst Schnabel (Hrsg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche (334-346) Weinheim und München: Juventa
- Tröster, H. (1990). Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung. Bern; Stuttgart; Toronto: Huber

-
- Udris, I., & Rimann, M.(2002). Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst? Strukturelle und funktionale Aspekte und ein Validierungsversuch. In H. Wydler, P. Kolip, Th. Abel, Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes (129-149).2. Auflage. Weinheim und München: Juventa
- Uexküll, T. v. (1988). Paradigmawechsel – Wirklichkeit liegt nicht vor, sondern wird von uns erzeugt. In W. Schüffel, Sich gesund fühlen im Jahre 2000. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit; die Technologie, das Team und das System (42-49). Berlin, Heidelberg: Springer
- Uexküll, T. v. (1981). Handbuch der psychosomatischen Medizin. München: K&S
- Verres, R. (1986). Krebs und Angst. Berlin: Springer
- Vogt, I. (2003). Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann, U. Laaser (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (117-145). 3. Auflage. Weinheim und München: Juventa
- von Bodelschwingsche Anstalten Bethel: Zentrale Öffentlichkeitsarbeit (ohne Erscheinungsjahr): Teilanstalt Bethel Fachbereich Epilepsie Haus Gaza (Informationsbroschüre)
- Walter u, U. & Schwartz, F.W. (1998). Prävention: Institutionen und Strukturen. In F.W. Schwartz (Hrsg), Das Public Health Handbuch (200-211). München: Urban & Schwarzenberg.
- Walter, U. Flick,U. & Schwarz Gesundheits- und Alterskonzepte von Ärzten und Pflegekräften in der ambulanten Versorgung älterer Menschen. Berlin/Hannover
- Wanek, V, Schwab, H., Novak (1997). Selbsthilfegruppen: Unterstützung im „sozialpolitischen Niemandsland“. In R. Weitkunat, J. Haisch, M. Kessler (Hrsg.), Public Health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik (179-190). Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber
- Weber, A., Raspe, H.-H. (1997). „Behinderung“- bevölkerungsmedizinische und gesundheitswissenschaftliche Überlegungen. In R. Weitkunat, J. Haisch, M. Kessler (Hrsg.), Public Health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik (348-366). Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber
- Weltgesundheitsorganisation. Die Ottawa-Charta (1992). In A. Trojan, B. Stumm, Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen (84-92).Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH

- Werner, E. & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill
- WHO (1986). *Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung*. In: *Die Ortskrankenkasse* 4. 1988, 117-120
- Wilson, T.P. (1982). Qualitative „oder“ Quantitative Methoden in der Sozialforschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 34, 487-508
- Winter, M. H.-J., Kuhlmeier, A.(2002). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. Konzepte und Umsetzungsmöglichkeiten*. In: S. Stöckel, U. Waller (2002) *Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland* (266-272). Weinheim und München: Juventa
- Witt, H. (2001). *Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung*. *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*. Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs/fqs.htm>. Eingesehen: 15.6.2002
- World Health Organization (WHO) (1946). *Constitution*. Genf
- World Health Organization (WHO) (1986). *Ottawa Charta for Health Promotion*. *Canadian Journal of Public Health* 77, 425-430

8. Anhang

**Fragen
zu
Gesundheit und Behinderung**

Roswitha Gembris-Nübel

November 2002

01. **Was verstehen Sie unter Gesundheit?**

.....
.....
.....
.....

02. **Wenn Sie an sich ganz persönlich denken – was bedeutet da Gesundheit für Sie?**

.....
.....
.....
.....

03. **Was tun Sie persönlich in gesundheitlicher Hinsicht?**

.....
.....
.....
.....

04. **Wenn Sie jetzt an Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung denken – was bedeutet da für Sie Gesundheit?**

.....
.....
.....
.....

05. **Was halten Sie persönlich für wichtig um die Gesundheit der behinderten Menschen, die Sie in Ihre Einrichtung betreuen, zu unterstützen?**

.....
.....
.....
.....

Bitte beantworten Sie einige Fragen zu verschiedenen Aspekten der Gesundheit

06. **Welchen Stellenwert hat Gesundheit in Ihrem Leben?**

Gesundheit ist für mich das Wichtigste im Leben

stimmt vollständig 1 2 3 4 5 stimmt nicht

Wie schätzen Sie zur Zeit Ihre persönliche Gesundheit ein?

sehr gut 1 2 3 4 5 sehr schlecht

07. körperliche Gesundheit
08. psychische Gesundheit

Bitte kreuzen Sie auf der Skala die Bedeutung der verschiedenen Bereiche für Ihre persönliche Gesundheit an.

sehr stark 1 2 3 4 5 überhaupt nicht

09. soziales Umfeld (Familie / Freunde)
10. Kontakte in der Arbeitswelt
11. Freizeitaktivitäten
12. (berufliche) Tätigkeit
13. Wohnsituation
14. Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft
15. körperliche Symptome/ Einschränkungen
16. psychisches Erleben
17. Umgang mit Genussmittel (z.B. Alkohol, Nikotin)
18. Ernährung
19. Bewegung
20. Sexualität
21. ärztliche Routineuntersuchungen
22. Umwelt- und Umgebungsbedingungen

23. **Beschäftigen Sie sich in Gedanken mit Ihrer Gesundheit?**

sehr viel 1 2 3 4 5 überhaupt nicht

24. **Wie schätzen Sie Ihre berufliche Zufriedenheit ein?**

sehr hoch 1 2 3 4 5 überhaupt nicht

In welchem Maße treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

		trifft vollständig zu	1	2	3	4	5	trifft gar nicht zu
25.	ich treibe regelmäßig Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26.	ich rauche nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27.	ich trinke keinen /wenig Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28.	ich achte auf Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29.	ich achte auf Entspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30.	regelmäßige Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
31.	ich gehe regelmäßig zum Arzt (incl. Zahnarzt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32.	ich achte auf Vermeidung von Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33.	ich achte auf Körperhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34.	ich beobachte meinen Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35.	ich informiere mich zu Gesundheitsfragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wirkt sich Ihr täglicher Umgang mit behinderten Menschen auf Ihr persönliches Gesundheitserleben aus?

36. **nein**
37. ja und zwar

Welche Bedeutung haben aus Ihrer Sicht die verschiedenen Bereiche für die Gesundheit der behinderten Menschen, die Sie betreuen?

(Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende auf der Skala an)

		sehr stark	1	2	3	4	5	überhaupt nicht
38.	soziales Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39.	Kontakte in der Arbeitswelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40.	Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
41.	(berufliche) Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
42.	Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43.	Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
44.	körperliche Symptome/ Einschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45.	psychisches Erleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
46.	Umgang mit Genussmittel (z.B. Alkohol, Nikotin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
47.	Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
48.	Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
49.	Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50.	ärztliche Routineuntersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
51.	Umwelt- und Umgebungsbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

52. **Glauben Sie, dass die behinderten Menschen, die Sie betreuen, selbst etwas für ihre Gesundheit tun können?**

sehr viel 1 2 3 4 5 überhaupt nichts

53. **Sprechen Sie mit den behinderten Menschen, die Sie betreuen, über deren Gesundheit?**

sehr oft 1 2 3 4 5 überhaupt nicht

Welchen Stellenwert haben die folgenden Aspekte im Umgang mit behinderten Menschen in Ihrer Einrichtung?

	sehr hoch	1	2	3	4	5	sehr niedrig
54. regelmäßige sportliche Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
55. Kontrolle von Nikotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
56. Kontrolle von Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
57. Medikamenteneinnahme (überwachen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
58. auf Ernährung achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
59. auf Entspannung achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
60. regelmäßige Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
61. regelmäßige Arztbesuche (Arzt, Zahnarzt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
62. Vermeidung von Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
63. auf Körperhygiene achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
64. Beobachtung des Körpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
65. Information zu Gesundheitsfragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wie schätzen Sie den Stellenwert von Gesundheitsförderung in den folgenden Bereichen ein?

	sehr hoch	1	2	3	4	5	sehr niedrig
66. internen Fortbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
67. Dienstbesprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
68. Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
69. Weiterbildungsangeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Inwieweit könnten die folgenden Maßnahmen Ihrer Meinung nach dazu beitragen, Gesundheitsförderung in Ihrem Arbeitsbereich weiterzuentwickeln?

	sehr nützlich	1	2	3	4	5	überhaupt nicht nützlich
70. Forschung und wissenschaftliche Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
71. Beratungsangebote für das pflegerisch und pädagogisch tätige MitarbeiterInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
72. Weiterbildungsangebote für MitarbeiterInnen zum Thema Gesundheitsförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
73. Gesundheitstraining für MitarbeiterInnen (Entspannungstraining u.a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
74. Supervisionsangebot für MitarbeiterInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
75. Gesundheitstraining für die BewohnerInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
76. Therapeutische Angebote für die BewohnerInnen (gesundheitliche Vorsorge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
77. Angehörigenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
78. fachliche Standards und Qualitätskriterien in der Betreuung und Versorgung behinderter Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
79. verbandspolitische Aktivitäten (gesundheits- u. sozialpolitische Aktivitäten nach außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
80. Reformen in der Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
81. Gesundheitszirkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zum Schluss noch einige Fragen zu Ihrer Person und aktuellen Lebenssituation

82. **Alter:** 83. **Beruf:**

84. **Bildungsabschluss:**

- kein Bildungsabschluss
- Hauptschulabschluss
- Mittlere Reife (Fachoberschulreife)
- Fachhochschulreife
- Abitur
- abgeschlossenes Studium
- Promotion

85. **in der Behindertenhilfe tätig seit:**

86. **in der Behindertenhilfe tätig als:** Vollzeitbeschäftigung
 Teilzeitbeschäftigung

87. **Geben Sie bitte an, in welchem Bereich der Behindertenhilfe Sie tätig sind**

- Fachkrankenhaus
- Heim für Behinderte

88. **Geschlecht:** weiblich
 männlich

89. **Familienstand:** ledig
 verheiratet
 geschieden
 Lebensgemeinschaft
 verwitwet

90. **Kinder:** nein
ja; Anzahl

Anmerkungen, Kritik und Anregungen zum Fragebogen:

.....
.....
.....
.....

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die eingereichte Arbeit „Gesundheit und Behinderung - Eine empirische Untersuchung zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen bei Fachleuten in der Behindertenhilfe“ selbst verfasst habe.

Des weiteren erkläre ich, dass ich bei der Abfassung der Arbeit nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und wörtlich oder inhaltlich übernommene Stellen als solche gekennzeichnet habe.

Dieses ist mein erstes Promotionsverfahren.

Salzkotten, den 30. August 2004

Roswitha Gembris-Nübel