

Bakkalaureatsarbeit

Kohlhofer Dietmar

0633078

Salutogenese in der ganzheitlichen
Rehabilitation von
querschnittgelähmten Menschen

Medizinische Universität Graz

Betreuerin / Begutachterin:

Haring Sabine, Mag. Dr.rer.soc.oec

319 Institut für Soziologie

8010 Graz, Universitätsstrasse 15 Bauteil G/IV


Eingereicht am:

09.11.2009

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bakkalaureatsarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe

Gleisdorf, am 29.10.09



Kohlhofer Dietmar

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG.....	4
ANGABEN ZUR PERSON A. ANTONOVSKY.....	7
UNTERSCHIEDLICHE DEFINITIONEN VON GESUNDHEIT.....	7
VON DER PATHOGENESE ZUR SALUTOGENESE.....	8
GRUNDZÜGE DES SALUTOGENETISCHEN MODELL NACH A. ANTONOVSKY	10
Salutogenetische Fragestellungen.....	10
Der Kohärenzsinn (Sense of Coherence).....	12
Der Kohärenzsinn entlang der Lebensspanne.....	16
Säuglingsalter und Kindheit.....	16
Adoleszenz.....	17
DEFINITION UND ZIELE DER SALUTOTHERAPIE.....	18
PSYCHISCHE REHABILITATION – 3 PHASEN.....	19
Phase 1.....	19
Phase 2.....	20
Phasen 3.....	21
SALUTOTHERAPEUTISCHE MASSNAHMEN.....	22
Veränderte Beziehungssituation.....	23
Faktor Bildung.....	24
Kunsttherapie.....	26
Sinnfindung bzw. Sinnerhaltung.....	27
Dimensionen des Wohlbefindens.....	28
Ad A: Umweltbewältigung.....	28
Ad B: Persönliche Entwicklung.....	29
Ad C: Lebensziel und Lebenssinn.....	29
Ad D: Autonomie.....	30
Ad E: Selbstakzeptanz.....	30
Ad F: Positive Beziehung.....	30
ZUSAMMENFASSUNG.....	31
LITERATURVERZEICHNIS.....	33

Einleitung

Im Zuge meiner Bachelorarbeit möchte ich mich dem Thema Salutogenese bzw. Salutotherapie widmen. Lange Zeit war vor allem in der Medizin und Rehabilitation stets die Krankheit im Mittelpunkt des Interesses und psychische bzw. soziale Faktoren erhielten bestenfalls eine Nebenrolle im therapeutischen Gefüge. Mehr und mehr versucht man heutzutage diese und andere Faktoren in die Therapie miteinzubeziehen. Psychische Betreuung wurde großteils von Patient/Innen abgelehnt, da psychisch kranke Personen in der Gesellschaft noch stark stigmatisiert werden und die Akzeptanz dafür oftmals fehlt. Die Integration von sozialen und psychischen Aspekten erfordert viel Aufgeschlossenheit und Engagement sowohl von Seiten der PatientInnen als auch der Betreuenden.

Ein weiterer Punkt in der Salutotherapie bezieht sich auf das soziale Umfeld der PatientInnen. In unserer schnellebigen Zeit geht der Trend hin zur Individualisierung und weg von der gewohnten Großfamilie, die intern ein starkes Wir-Gefühl besaß. Durch Singlehaushalte und Scheidungen stehen Personen nach sogenannten „Life events“, die in der Literatur als einschneidende Erlebnisse beschrieben werden, oft alleine da und sind mit diversen Situationen überfordert. Das Fehlen von Gesprächspartnern bzw. Vertrauenspersonen, die in der ersten Zeit nach solch einem Life event einem den Rücken stärken und anfallende Pflichten übernehmen, führt häufig zu einer Anhäufung von zusätzlichen Problemen und Sorgen. Dies lähmt die Verarbeitungs- und Akzeptanzprozesse und behindert notwendige Coping-Strategien. Alleine gelassen, manifestieren sich Krankheitsbilder wie Depressionen, Angstzustände, Suchtverhalten und chronisch verlaufende Erkrankungen.

Wichtig in Bezug auf die Salutotherapie ist die Stärkung des eigenen Selbstwerts. Antonovsky beschreibt in seinem Modell die sogenannten Widerstandsressourcen, die sich jeder Mensch von Geburt an aneignet. Der eine hat mehr davon, da er bereits schwierige Situationen gemeistert hat und somit Strategien zur erfolgreichen Bewältigung vorhanden sind. Dies steigert unter anderem das Selbstwertgefühl, was zur Lösung weiterer Probleme angesehen werden kann. In diesem Fall bewegt man sich mehr und mehr im „Gesund-Krank-Kontinuum“ in Richtung gesund. Man erkennt, dass bereits früh in der Kindheit richtungsweisende Ressourcen aufgebaut werden können, von denen man ein Leben lang profitiert.

Neben einem hohen Selbstwertgefühl wirken auch Zielsetzungen und Vorhaben positiv auf den Therapieerfolg. Lebensaufgaben dienen der Motivation zur Genese. So bieten Kinder, Hobbies, der eigene Garten oder andere Dinge für die es sich zu kämpfen lohnt, Halt in Zeiten

zunehmender Ermüdung. Der Logotherapeut V. Frankl unterstreicht die Bedeutung des Lebenssinns in seinem Buch " . . . und trotzdem ja zum Leben sagen“ sehr deutlich.

Da ich in der Ausübung meines Berufes als Diplomkrankenschwester auf der Station für Querschnittgelähmte ständig mit tiefgreifenden Schicksalen konfrontiert bin und ich den vielfältigen Umgang mit der neuen Lebenssituation immer wieder hautnah miterlebe, möchte ich in meiner Arbeit meinen Fokus auf diese Zielgruppe richten. Die Spanne im Umgang mit dem versehrten Körper reicht von schneller Akzeptanz hin zur dauerhaften Ablehnung. Jene Personen, die 1.) in ein soziales Netz eingebettet sind, 2.) finanziell abgesichert und 3.) über höheren Ausbildungsstand verfügen, gelingt diese Akzeptanz leichter. Der Faktor Bildung ermöglicht einerseits den Zugang zu fördernden Gesundheitsinstitutionen und erleichtert den Betroffenen den Wiedereinstieg in die Berufswelt. Dies wirkt sich positiv auf den Selbstwert aus.

Auch das Thema Sport spielt besonders bei querschnittgelähmten Personen eine wichtige Rolle. Wird diesen Betroffenen im gesellschaftlichen Leben oft unbewusst ihre körperliche Behinderung vor Augen gehalten, so gibt ihnen der Sport unter Gleichgesinnten wieder Selbstvertrauen und das Gefühl, auch mit ihrem Körper Leistung zu erbringen. Die Rehabilitation von querschnittgelähmten Personen verläuft auf drei Ebenen: die physische Ebene, die psychische Ebene und die soziale Ebene.

Die physische Rehabilitation setzt ihre Schwerpunkte von Anfang an auf Selbstpflege. Nachdem die Stabilität aus medizinischer Sicht wieder hergestellt ist, soll der/die Betroffene all das, was selbstständig möglich ist, auch selber machen. Fertigkeiten im Bereich der Selbstpflege sowie in der Handhabung alltäglicher Situationen müssen teilweise in konsequenter Arbeit wiedererlernt werden, was den unbedingten Willen und die Motivation des/der Betroffenen erfordert.

Grundsätzlich soll meine Arbeit Einblicke in das Modell der Salutogenese geben und zeigen, wie der neue Ansatz im Gesundheitssystem in der Praxis Fuß fassen kann. Es soll aufgezeigt werden, mit welchen Mitteln Selbstwert und andere Widerstandsressourcen entlang der Lebensspanne angeeignet werden können, um schwierige Lebenssituationen besser handhaben zu können. Zudem wird modellbezogen auf die Voraussetzungen wie Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit hingewiesen, ohne denen ein erfolgreiches Bewältigen der Extremsituationen nicht möglich ist.

Dieser modellhafte Ansatz soll auf den speziellen Fall einer Querschnittlähmung umgelegt werden und die unterschiedlichen Bewältigungsmöglichkeiten dieser neuen Lebenssituation beschreiben.

Diese Arbeit soll betreuenden Professionen von querschnittgelähmten Personen Einblicke in das Modell der Salutogenese und den daraus abgeleiteten Therapiemöglichkeiten gewähren. Zudem ist sie an Laien gerichtet, um Herausforderungen mit denen Personen mit einem Handicap zu kämpfen haben, verständlicher zu machen. Im idealen Fall können somit Vorurteile reduziert werden und es kann eine noch bessere Integration von Personen mit Handicap stattfinden.

Folgende Forschungsfragen sollen in meiner Arbeit thematisiert werden:

- *In welchen Punkten differenziert sich die Pathogenese von jener der Salutogenese?*
- *Was sind die Grundzüge des Konzepts der Salutogenese von A. Antonovsky?*
- *In welchem Zusammenhang steht der Kohärenzsinn mit der individuellen Gesundheit?*
- *Wie vollzieht sich die Entwicklung des Kohärenzgefühls im Verlauf der Lebensspanne?*
- *Wie werden Stressoren in der salutogenetischen Sichtweise betrachtet?*
- *Wie stellt sich die psychische Situation des Querschnittpatienten in der Rehabilitation dar?*
- *Welche Rolle spielt „soziale Unterstützung“ bei der Bewältigung von Stressereignissen oder Lifeevents?*
- *Wie lässt sich das Modell der Salutogenese in der Rehabilitation von querschnittgelähmten Personen umsetzen?*
- *Welche Formen der salutotherapeutischen Unterstützung bei der Betreuung von querschnittgelähmten Personen gibt es?*
- *Welche Rolle spielen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit in der Rehabilitation von querschnittgelähmten Personen?*

Beginnen möchte ich meine Ausführungen mit biographischen Daten des Begründers des Salutogenesemodells: Aaron Antonovsky. Sein neuer Ansatz von Gesundheit und Krankheit führte zu einem Paradigmenwechsel der medizinischen Sichtweise und ist heutzutage aktueller denn je.

Angaben zur Person A. Antonovsky

Aaron Antonovsky, geb. 1923, gestorben 1994, ist ein gebürtiger Amerikaner, der im Jahre 1960 nach Israel ausgewandert ist. Vor dem Zweiten Weltkrieg studierte er Geschichte und Wirtschaft an der Yale-Universität, was er allerdings für den Dienst in der US-Armee aufgeben musste. Eher zufällig kam er mit der Medizinsoziologie und der Stressforschung in Kontakt und absolvierte 1955 einen Ph.D in Soziologie. Thematische Schwerpunkte seiner Forschungsarbeiten lagen u. a. bei psychosozialen Risiken jüdischer Emigranten aus den USA in Bezug auf koronare Herzerkrankungen oder in der Erforschung ethnischer Unterschiede in der Verarbeitung der Menopause bei in Israel lebenden Frauen. In diesen Studien befanden sich auch Frauen, die eine Zeit in Konzentrationslagern verbracht hatten. Diese „unbeschadet“ zu überstehen grenzte für ihn an ein Wunder – ein Wunder, welches es zu erforschen galt.

An Zitaten bzw. an den verschiedenen Definition von und über Gesundheit lässt sich gut erkennen, welchen Wandel der Begriff Gesundheit unterliegt und aus welchen unterschiedlichen Gesichtspunkten er betrachtet werden kann.

Unterschiedliche Definitionen von Gesundheit

Gesundheit stellt sich als schwer definierbarer, äußerst subjektiver Begriff dar. Die meist verbreitete Definition ist jene der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Diese versteht unter Gesundheit „ einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen

Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.
(Weltgesundheitsorganisation, 1948)

Der Soziologe Talcott Parsons beschreibt Gesundheit „als einen Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums, für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben für die es sozialisiert worden ist.“ (Parson, 1967)

(vgl. http://www.aids.ch/d/ahs/PDFs/forum08/4_Amort_definitiv.pdf , 15.9.2009)

Das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie erklärt Gesundheit 1997 „als ein mehrdimensionales Phänomen, welches über den Zustand der Abwesenheit von Krankheit hinausreicht.“

(vgl. <http://www.gesundheitsinformationsdienst.de/> ,15.9.2009)

Für die Pflegeprofessorin Monika Krohwinkel sind Krankheit und Gesundheit „dynamische Prozesse“, die für die Pflege als Fähigkeiten und Defizite erkennbar sind. Sie identifiziert Wohlbefinden und Unabhängigkeit als subjektiv empfundene Teile der Gesundheit.
(<http://www.hauszumfels.de/resources/ueberuns/inhalt/Pflegemodell.pdf> . vgl. 15.9.2009)

Auch Gelehrte vergangener Tage haben sich ihre eigenen Definitionen zurechtgelegt. Als Beispiele soll jene von Friedrich Nietzsche - „Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheit, das mir es noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen" (vgl. <http://www.medhost.de/> , 15.9.2009) - und Sigmund Freud - „Gesundheit ist die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können" (vgl. <http://www.gesundheitsinformationsdienst.de/>, 15.9.2009) - dienen.

Von der Pathogenese zur Salutogenese

In der Vergangenheit war der dichotome Denkansatz von Gesundheit und Krankheit prägend. Dieser ist auch heute noch weit verbreitet. Patient/Innen werden in Spitälern häufig auf ihre Diagnose reduziert und die Aufmerksamkeit wird weitestgehend auf die Pathologie gerichtet. Dies führt zu einer „Blindheit gegenüber dem Kranksein der Person“, (Aaron Antonovsky, 1997, S. 23). Die ganzheitliche und mehrdimensionale Sichtweise des Patienten/der Patientin ermöglicht dem Arzt, an wichtige Informationen des Patienten/der Patientin, heranzukommen und so die Effektivität der Behandlung zu steigern.

Die medizinische Sichtweise hat sich im Laufe der Zeit grundlegend verändert. So war lange die Pathogenese die zentrale Denkrichtung, die primär die Krankheitsentstehung und deren Behandlung in den Mittelpunkt setzte. Im Laufe der Zeit entwickelte sich die Tendenz, das Fach der Medizin in Einzeldisziplinen zu fragmentieren, was es erschwerte, den Patienten ganzheitlich zu therapieren. Der kurative Ansatz blieb bestehen und der Fokus lag weiterhin bei der Krankheit und nicht beim Patienten. Das Interesse an den subjektiven Lebenswelten wurde wenig bis gar nicht berücksichtigt. Ausgehend von dieser Basis geht die Tendenz heutzutage in Richtung salutogenetische Denkweise, die das Individuum in den Mittelpunkt der Betrachtung setzt.

(vgl. <http://rvl.multimedia.uni-greifswald.de/010122/sld004.htm>, 21.7.2009)

„Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund.“ (Aaron Antonovsky, 1997, S. 23) Dieser gedankliche Ansatz bewirkte bei Aaron Antonovsky einen Paradigmenwechsel in der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit.

War man lange Zeit darauf bedacht, die Kranken in Bezug auf ihre Krankheit zu behandeln und wenn möglich ihre Gesundheit wiederherzustellen, so entwickelt sich mehr und mehr die Idee, den Menschen gesund zu erhalten, ihn vor Krankheit zu bewahren.

Nach Antonovsky fassen folgende Punkte die grundsätzliche, salutogenetische Orientierung zusammen:

1. Die dichotome Klassifizierung von Menschen als gesund oder krank soll verworfen werde. Stattdessen soll ein „multidimensionales Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ ihren Platz einnehmen.
2. Ziel soll es sein, die gesamte Geschichte eines Menschen zu betrachten, einschließlich seiner oder ihrer Krankheit. Die ausschließliche Konzentration auf die Krankheitsätiologie muss überdacht werden.
3. Copingressourcen sollen ins Zentrum unserer Aufmerksamkeit gestellt werden. Anstatt der Frage „was löst aus?“ soll die Frage „welche Faktoren sind daran beteiligt, dass man seine Position auf dem Kontinuum zumindest beibehalten oder aber auf den gesunden Pol hin bewegen kann?“

4. Stressoren werden nicht als etwas Abnormes angesehen, sondern als allgegenwärtig. Auch die Konsequenzen der Stressoren werden nicht als unbedingt pathologisch angenommen, sondern möglicherweise als sehr gesund. Dies ist abhängig von der Art und der Bewältigung des Stressors.
5. Pathogenetische Untersuchungen können aus salutogenetischer Sicht insofern genutzt werden, dass dabei immer die abweichenden Fälle ins Auge gefasst werden.

(vgl. Aaron Antonovsky, 1997, S. 29-30)

Diese punktuelle Aufzählung der salutogenetischen Orientierung soll einen grundlegenden Überblick über die Ziele des Modells bieten. Grundsätzlich schließt der salutogenetische Ansatz den pathogenen Ansatz nicht aus. Die beiden Orientierungen sollen vielmehr komplementär angesehen werden und zu einer ganzheitlichen Betrachtung des Individuums beitragen. (vgl. A. Antonovsky, 1997, S. 30)

Betrachten wir nun das Modell der Salutogenese genauer. Wie ist es aufgebaut und was sind die Kernelemente des Konzeptes.

Grundzüge des salutogenetischen Modell nach A. Antonovsky

Salutogenetische Fragestellungen

- Wie kommt es, dass eine Person trotz zahlreicher (mikrobiologischer, chemischer, physikalischer, psychologischer, sozialer und kultureller) krankheitserzeugender Bedingungen ihre Gesundheit bewahrt?
- Wie entsteht oder erhält sich Gesundheit?
- Welche Faktoren fördern Gesundheit?

(Aaron Antonovsky, 1997, S. 22)

Ein zentrales Thema in der salutogenetischen Sichtweise nimmt der Umgang mit Stressoren ein. Setzen wir uns anfangs einmal damit auseinander, was ein Stressor grundsätzlich ist. Stressreaktionen sind normal und alltäglich. Sie führen zu einem Spannungszustand der auf den Organismus belastend, aber auch anregend wirken kann. Bereits mit diesem Satz entfernen wir uns von der pathogenetischen Ansicht, alle Stressoren seien grundsätzlich schädlich. Natürlich gibt es Situationen, die vom Organismus einfacher verarbeitet werden

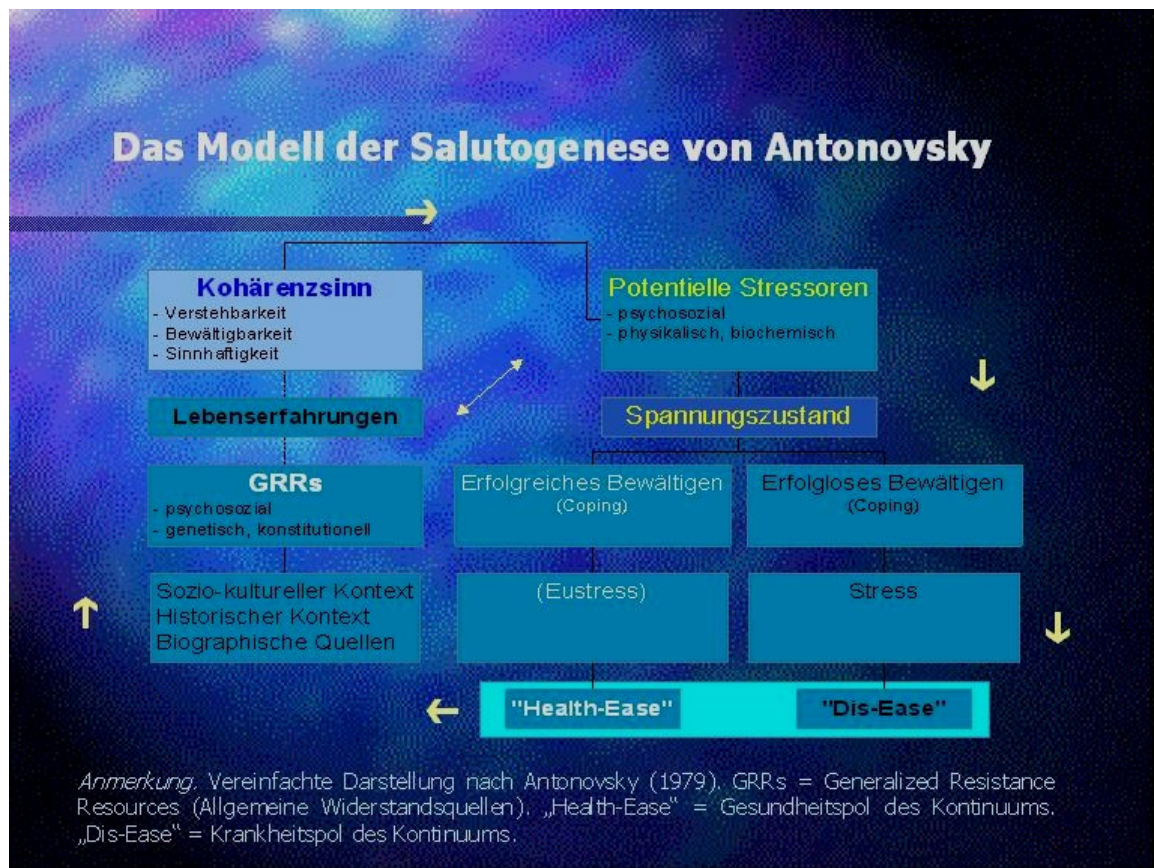
können als andere, die Aufgabe bleibt allerdings stets die selbe: Wie kann der Spannungszustand wieder abgebaut werden? Welche Möglichkeiten zur Spannungsbewältigung hat das Individuum? Dabei muss man sich vor Augen halten, dass das Bewältigen solcher Situationen durchaus eine gesundheitsförderliche Wirkung haben kann. Das Individuum erlernt Möglichkeiten, mit stressigen Situationen umzugehen und baut Widerstandsressourcen auf, die bei der nächsten Belastung erneut abgerufen werden können. Nur jene Spannungszustände, die nicht effektiv gelöst werden, wirken als Stress im herkömmlichen Sinne – also belastend für den Körper. Bei der erfolgreichen Bewältigung wird das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence), die zentrale Komponente im Modell nach A. Antonovsky, auf welche folglich noch speziell eingegangen wird, gestärkt. Diese Widerstandsressourcen formen somit den Kohärenzsinn. Antonovsky unterscheidet zwischen individuellen, sozialen und kulturellen Widerstandsressourcen (GRR's), die folgende Tabelle nennt hierfür Beispiele.

Persönlichkeit	Organismus	Soziales System
Wissen und Intelligenz	Physikalische und biochemische	Materieller Wohlstand
Ich-Identität	Widerstandsressourcen (GRR's)	Soziale Unterstützungssysteme
Rationalität	Konstitution, Immunsystem usw.	Intakte Sozialstrukturen
Flexibilität und Weitsicht bei der Problemlösung		Eine funktionierende Gesellschaft

(<http://rvl.multimedia.uni-greifswald.de/010122/sld014.htm>, 22.7.2009)

Die Literatur spricht von drei verschiedenen Arten von Stressoren: chronische Stressoren, wichtige Lebensereignisse und die akuten täglichen Widrigkeiten (vgl. A. Antonovsky, 1997, S.44). Die ersten beiden Arten werden dabei als „lebensverändernde Einheiten“ (Aaron Antonovsky, 1997, S.45) betrachtet. Akute Stresssituationen sind laut Antonovsky für den SOC (= Kohärenzsinn) nicht entscheidend, da bei einem ständigen Auftreten akuter Stressoren die Ursache vermutlich in der generellen Unzufriedenheit, also im chronischen Bereich, liegt.

Die folgende Abbildung soll nochmals das Modell der Salutogenese in seinen Grundzügen zusammenfassen:



<http://rvl.multimedia.uni-greifswald.de/010122/sld008.htm>, 21.7.2009

Der Kohärenzsinn (Sense of Coherence)

Nach A. Antonovsky ist das Kohärenzgefühl „eine globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamischen Gefühl des Vertrauens besitzt, dass die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar ist und dass mit großer Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann.“ (Aaron Antonovsky, 1997, S.36) Er ist davon überzeugt, dass das Kohärenzgefühl entscheidend dafür ist, welche Position man auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einnimmt und dass eine Stärkung dieses Gefühls zu einem Verschieben in Richtung Gesundheitspol führt (vgl. Aaron Antonovsky, 1997, S. 33).

Das Kohärenzgefühl (SOC) soll der Bewältigung von Anforderungen und Belastung dienen und somit zur Erhaltung der Gesundheit wesentlich beitragen. Bisher sind drei Komponenten des SOC identifiziert – Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit

Die Komponente „Verstehbarkeit“ (comprehensibility) meint, dass Ereignisse als geordnet und kontrollierbar wahrgenommen werden. Das Individuum hat für den Stimulus eine Erklärung parat.

Die „Handhabbarkeit“ (manageability) beschreibt die Fähigkeit, optimales Vertrauen darauf zu haben, dass die Lebensaufgabe mit Hilfe der körpereigenen, bestehenden Ressourcen bewältigt werden kann.

Die wichtigste der drei Komponenten nimmt die der „Sinnhaftigkeit“ (meaningfulness) ein. In ihr ist das Individuum überzeugt, dass das Leben einen Sinn hat. Anforderungen des Lebens werden als Herausforderungen im positiven Sinn gesehen, die es zu bewältigen gilt. Engagement in dieser Sache wird als Stärkung des eigenen Ich betrachtet.

Das Kohärenzgefühl basiert größtenteils auf Lebenserfahrungen. Der positive und situationsadäquate Umgang mit stresshaften Situationen steigert das Kohärenzgefühl und ermöglicht es dem Individuum im Hinblick auf die Gestaltung und Erhaltung seiner Gesundheit auf geeignete Ressourcen zurückgreifen zu können.

(vgl. <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/koharenzgefuehl>, 21.7.2009)

Der Kohärenzsinn steht somit im unmittelbaren Zusammenhang mit der individuellen Gesundheit. Da bedauerliche Dinge im Leben nun mal passieren, ist es wichtig, diese entsprechend einordnen zu können und im Falle ihres Auftretens geeignete Strategien zur Bewältigung zu besitzen. Interviews haben gezeigt, dass Personen, die sich selber häufig in der Opferrolle sehen, über einen schwächeren Kohärenzsinn verfügen, als jene, die nicht endlos trauern und das Leben auch nach Schicksalsschlägen schnell wieder selbst in die Hand nehmen (vgl. Aaron Antonovsky, 1997, S.35).

Ein gutes Beispiel für ein hohes Maß an Bedeutsamkeit bietet der Logotherapeut Viktor Frankl, geb. 26.3.1905, KZ-Überlebender und Gründer der Logotherapie. In seinem Buch“ . . . und trotzdem ja zum Leben sagen“ beschreibt er detailliert, jene psychologischen Anker, die einem helfen, solch widrige Umstände „gesund“ zu überstehen.

Die Wichtigkeit der Komponente „Bedeutsamkeit“ ist nochmals speziell hervorzuheben. Jenen Personen mit einem schwachen SOC haben nur wenige Dinge im Leben, die ihnen von großer Bedeutung sind. Sie sehen alles als mehr oder weniger große Belastung. Jene Situationen, die in ihrem Leben zeitlich viel Platz beanspruchen – z. B. der Beruf, der Haushalt usw. – werden nicht als sinnvoll betrachtet, sondern als unerwünschte Belastungen angesehen, auf diese man gerne verzichten würde. Die Komponente „Bedeutsamkeit“ bezeichnet im Allgemeinen das Ausmaß, in dem man bestimmte Dinge im Leben (Beruf, Kinder, . . .) emotional als sinnvoll empfindet. Zumindest einige Lebensbereiche die als Stressoren wirken sollen es wert sein, dass man Energie in sie investiert (vgl. Aaron Antonovsky, 1997, S.35).

Diese Komponente wird als die wichtigste der drei angesehen. Welche Rolle spielen aber nun die anderen beiden Komponenten? Für Antonovsky scheint es eindeutig, dass „ein hohes Maß an Handhabbarkeit stark von einem hohen Maß an Verstehbarkeit abhängt.“ (A. Antonovsky, 1997, S.37). Zu wissen, dass man mit einem Problem adäquat umgehen kann, setzt voraus, dass man die Situation richtig versteht und einschätzt. Wird die Umgebung oder das Leben an sich als chaotisch und unberechenbar empfunden, ist es schwer zu glauben, dass diejenige Person die passenden Mittel zur Bewältigung anfallender Situationen findet.

Aber auch ein hohes Maß an Verstehbarkeit in Kombination mit einem geringen Maß an Handhabbarkeit wird als problematisch angesehen. Der folglich starke Veränderungsdruck führt dazu, dass die Komponente „Bedeutsamkeit“ entscheidenden Einfluss auf die Richtung der Entwicklung nimmt. Ist der Wille groß und wird das Problem als wichtig interpretiert, so können durch hartnäckiges Arbeiten trotz allem Ressourcen gefunden werden, die ein Lösen des Spannungszustandes ermöglichen. Fehlt es allerdings an Willen und Motivation, hört man auf, auf solche Reize zu reagieren und die Welt wird mehr und mehr unverständlich.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die motivationale Komponente der Bedeutsamkeit am wichtigsten zu sein scheint. Ohne sie ist ein hohes Ausmaß an Verstehbarkeit und Handhabbarkeit wahrscheinlich nur von kurzer Dauer. Verstehbarkeit scheint in der Reihenfolge der Wichtigkeit an nächster Stelle zu stehen, da ein hohes Maß an Handhabbarkeit vom Verstehen abhängt. Aber auch die Handhabbarkeit hat insofern seine Bedeutung, da man über das Vorhandensein körpereigener Ressourcen Bescheid wissen muss, damit die Bedeutsamkeit nicht sinkt. Ein erfolgreiches Coping ist somit nur möglich, wenn das SOC als Ganzes gut ausgeprägt ist (vgl. Aaron Antonovsky, 1997, S. 38).

Erwähnenswert ist zudem noch, dass sich jeder Mensch Grenzen setzt in Bezug auf die eigene Verstehbarkeit der Welt. So heißt es nicht, dass jemand, dem Politik, Kunst oder Religion nicht wichtig ist, automatisch ein niedriges Maß an SOC besitzt. Vielmehr ist es wichtig, dass es generell Bereiche im Leben gibt, die einem am Herzen liegen, für die man bereit ist, Zeit und Kraft zu investieren. Antonovsky ist allerdings auch überzeugt, dass, um ein hohes Maß an SOC zu besitzen, die Grenzen nicht so eng gesetzt werden dürfen, dass folgende vier Bereiche sich jenseits der Bedeutungsgrenze befinden: die eigenen Gefühle, die unmittelbaren interpersonellen Beziehungen, seine wichtigste eigene Tätigkeit und existentielle Fragen (Tod, unvermeidbares Scheitern, persönliche Fehler, Konflikte und Isolation) (vgl. Aaron Antonovsky, 1997, S. 39).

In der folgenden Ausführung möchte ich beschreiben, wie sich das Kohärenzgefühl im Verlauf des Lebens entwickelt und in wie weit man aktiv eingreifen kann, um den SOC zu erhöhen. Kritiker des Salutogenesemodells werfen Antonovsky vor, er sei der Überzeugung, dass die Entwicklung des SOC bereits Mitte zwanzig abgeschlossen ist. Heute geht man davon aus, dass der Kohärenzsinn entlang der gesamten Lebensspanne Veränderungen sowohl in positiver als auch in negativer Richtung ausgesetzt ist. Trotz allem muss die frühe Prägung als Basis für spätere Entwicklungen angesehen werden, was mich dazu veranlasst, darauf näher einzugehen.

Antonovsky schreibt der Lebenserfahrung eine große Bedeutung in der Entwicklung des SOC zu. „Konsistente Erfahrungen schaffen“ seiner Meinung nach „die Basis für die Verstehbarkeitskomponente, eine gute Belastungsbalance diejenige für die Handhabbarkeitskomponente, und die Partizipation an der Gestaltung des Handlungsergebnisses diejenige für die Bedeutsamkeitskomponente.“ (Aaron Antonovsky, 1997, S.93) Letzteres bedeutet, ob einem die Entscheidung, eine bestimmte Erfahrung zu machen, selbst überlassen wurde oder ob dazu von aussen Druck ausgeübt wurde. Wenn alle Entscheidungsmacht bei anderen liegt und man seine Erfahrungen nur auf Anweisung anderer macht, wird man auf ein Objekt reduziert. Es fehlt das Verständnis für das Erreichte und dem Ergebnis kann kein Sinn zugesprochen werden. Verdeutlichen lässt sich dieser Punkt noch mit einem soziologischen Beispiel: Bereits Karl Marx kritisierte die, in der Zeit der Industrialisierung aufkommende, Zerlegung der Arbeitsschritte in der Produktion. Durch sie verliert der Arbeiter die Sicht auf das Endprodukt und die Motivation leidet darunter.

Der Kohärenzsinn entlang der Lebensspanne

Säuglingsalter und Kindheit

In so mancher pädiatrischen Literatur werden Empfehlungen gemacht, wie das von Erikson beschriebene „Urvertrauen“ erreicht werden kann. Dabei wird häufig nicht darauf hingewiesen, dass der Idealfall mütterlicher Bindung in der Realität nur schwer zu erreichen ist. Es grenzt an ein Wunder, dass trotz aller Ablenkungen und Einflüsse auf Mutter und Kind diese Bindung mit hoher Wahrscheinlichkeit trotzdem vorhanden ist. Solange die elementaren Bedürfnisse gedeckt sind und das Kind aus eigener Erfahrung lernt, dass seine Bezugsperson nach vorübergehenden Verschwinden wieder auftaucht – und das immer und immer wieder – gewinnt es an Vertrauen. Es lernt die, aus seiner Sicht, kleine Welt zu verstehen und verlässt sich darauf, dass sich seine physikalische und soziale Welt nicht ständig verändert. Dabei ist die Verstehbarkeit umso größer, je einfacher sich die Umgebung darstellt.

Da der Säugling häufig über Weinen die Kommunikation nach aussen sucht, sollte nach salutogenetischer Sichtweise entsprechend darauf reagiert werden. Wird das Weinen aufgrund eines Hungergefühls mit einem Klaps abgetan und wie früher üblich das „Füttern nach Stundenplan“ vollzogen, so wird dem Säugling die Partizipation an Entscheidungsprozessen verweigert, was sich negativ auf die Bedeutsamkeit auswirkt.

Auch in Bezug auf die Handhabbarkeit können bereits früh Fehler gemacht werden, die sich negativ auf den Kohärenzsinn des Individuums auswirken. So führen Forderungen in Bezug auf Sauberkeitserziehung, die der physiologischen Reife vorausgehen, zu einer Überforderung des Kindes. Es weiß, dass etwas von ihm verlangt wird, was noch nicht umsetzbar ist. Dies führt zu Stresssituationen, die nicht bewältigt werden können, was eine positive Entwicklung des Kohärenzgefühls hemmt. Das Kind drängt von Natur aus, eine eigene soziale Identität aufzubauen und ist bestrebt zu lernen. Von Seiten der Umwelt soll nach salutogenetischem Denken die Motivation aufrecht gehalten und das Kind in seinem Tun bestärkt werden.

Abschließend ist zu sagen, je ausgeprägter das SOC der Eltern ist, desto wahrscheinlicher beeinflussen sie die Lebenserfahrung ihrer Kinder so, dass diese in dieselbe Richtung tendieren. (vgl. Aaron Antonovsky, 1997, S. 95-100)

Adoleszenz

Antonovsky sieht in der Adoleszenz einen starken Druck auf das Individuum wirken. Die Zeit der Verwirrung, Selbstzweifel und Neuorientierung bildet eine große Herausforderung. Die Welt stellt sich als unverständlich und absurd dar, was das Individuum dazu bewegt, sich nach Halt und Stabilität umzusehen. Zu beobachten ist, dass der Fundamentalismus, d. h. eine vorgegebene, vereinfachte Welt, in der Aktivitäten von einer Person bzw. einer Institution vorgegeben werden, häufig als Lösung gewählt wird. Trotz aller Veränderungen in dieser Phase bietet die Prägung der Kindheit die Basis im Umgang mit den neuen Herausforderungen.

Mit der Kindheit und der Adoleszenz hat das Individuum Erfahrungen gesammelt, die den Umgang mit Stress und somit die Dynamik der Gesundheit beeinflussen. Antonovsky hebt im Erwachsenenalter besonders die Erwerbstätigkeit als entscheidender Faktor in der Entwicklung des SOC hervor. So ist es entscheidend, ob eine Person im Job unterfordert oder überfordert ist. Zugleich hat die Bedeutsamkeit der Arbeit Einfluss darauf, wie man mit anfallenden Problemen umgeht. Ein Techniker in einem Spital hat somit einen stärkeren Kohärenzsinn als ein Techniker in einem Atomkraftwerk.

Auch die gesellschaftliche Bewertung der Arbeit trägt stark zur Arbeitszufriedenheit bei. Ein typisches Beispiel liefert Antonovsky in der Anführung der Rolle der Hausfrau. Je nach Kulturkreis findet die Arbeit diese unterschiedliche Anerkennung. In den sogenannten westlichen Ländern ist der Drang nach beruflicher Selbstverwirklichung bei Frauen besonders stark. Karriereplanung und das Nutzen der sich bietenden beruflichen Gelegenheiten in Kombination mit der fortschreitenden Emanzipation führt dazu, dass bezahlte Erwerbsarbeit gegenüber unbezahlter Hausfrauentätigkeit klar bevorzugt wird. Diese Tatsache spiegelt sich auch in den Statistiken zur Geburtenrate wider.

In anderen Kulturkreisen, wo die Frau den Status genießt, verantwortlich für die Erhaltung der Menschheit zu sein, wird es ihr leichter fallen, den Haushalt zu führen und sich für die Erziehung der Kinder einzusetzen.

Dieser erste Teil meiner Arbeit, der sich grundsätzlich mit den für mich wichtigsten Aspekten des Salutogenesemodells auseinandersetzt, soll uns nun als Basis dienen, die folgenden Fragen zu beantworten:

- Welche Formen der salutotherapeutischen Unterstützung bei der Betreuung von querschnittgelähmten Personen gibt es?
- Wie lässt sich das Modell der Salutogenese in der Rehabilitation von querschnittgelähmten Personen umsetzen?
- Welche Rolle spielt „soziale Unterstützung“ bei der Bewältigung von Stressereignissen oder Lifeevents?
- Welche Rolle spielen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit in der Rehabilitation von querschnittgelähmten Personen?

Der therapeutische Ansatz, der sich vom Modell der Salutogenese ableitet nennt sich Salutotherapie. Diese Art der Therapie befasst sich mit verschiedenen Formen von Beeinträchtigung, die unter der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zusammengefasst sind. Die ICF beschreibt nicht nur die Symptome sondern bezieht sich auf mindestens drei Hauptebenen (Funktionen, Fähigkeiten und Kontextfaktoren). (vgl. Michael Linden, Wolfgang Weig, 2008, S. 1)

Definition und Ziele der Salutotherapie

Grundsätzlich ist die Salutotherapie von der Gesundheitsförderung im allgemeinen Sinne abzugrenzen. Es werden die Ansätze der Gesundheitsförderung teilweise übernommen, um sie in die Aufgaben und Strukturen des Gesundheitswesens einzubauen. Im Vergleich zu „Wellness“-Angeboten beinhaltet sie zusätzlich den Bezug zur Krankheit, die durch die Salutotherapie verhindert werden soll. Grundsätzlich geht es bei Salutotherapie darum:

- die funktionale Gesundheit trotz vorliegender Krankheit zu erhalten
- durch eine gezielte Veränderung von Gesundheit Einfluss auf Funktionsstörungen zu nehmen
- über die Förderung von Lebensqualität das Leiden unter Krankheitsbeschwerden zu lindern
- die Krankheitsfolgen zu mindern und
- eine Sekundär und Tertiärprävention zu erreichen

(vgl. Michael Linden, Wolfgang Weig, 2008, S. 5)

Die Salutotherapie sieht sich als notwendige Ergänzung zur Schulmedizin und nicht als Gegenspieler. Besondere Bedeutung hat die Salutotherapie in der Rehabilitation. Krankheit wird hier häufig als zentraler Lebensmittelpunkt angesehen und die noch verbleibende Gesundheit in der subjektiven Wahrnehmung vernachlässigt. Somit fallen Urlaubsreisen, soziale Kontakte oder andere die Gesundheit positiv beeinflussende Aktivitäten der Konzentration auf die Krankheit zum Opfer. Hier soll die Salutotherapie ansetzen und dazu beitragen, dass die psychische und soziale Gesundheit erhalten und die berufliche Integration wieder hergestellt wird (vgl. Michael Linden, Wolfgang Weig, 2008, S. 6).

Psychische Rehabilitation – 3 Phasen

Phase 1

In den meisten Fällen tritt nach dem Unfall eine „Phase des Schocks“ ein, die man auch als akute Belastungsreaktion bezeichnet. Das Gefühl, nicht man selbst zu sein oder alles wie durch einen Filter wahrzunehmen, wird von Betroffenen oft nachträglich beschrieben. Für den Außenstehenden sind die starken emotionalen Schwankungen, wie etwa der schnelle Wechsel zwischen tiefer Trauer und Wut, zu beobachten. Auch physiologische Symptome wie Schwitzen, Herzrasen oder Übelkeit sind für diese Phase typisch (vgl. Wolfgang Gratzner et al, 2003, S. 161).

Kübler-Ross und auch Verena Kast bezeichnen die folgende Phase als ein „Leugnen“, bzw. „Nicht Wahrhaben Wollen“ (vgl. Verena Kast, 1999, S. 71). Die Realität wird als unwahr empfunden und die Betroffenen sehen den Ist-Zustand nicht als dauerhaft an. In dieser Phase gehen die Meinungen auseinander, in wie weit eine ärztliche Aufklärung sinnvoll ist. Einerseits wird an eine offene Aufklärung appelliert, da man davon ausgeht, dass der Schockzustand als Filter dient, der nur das Maß an Stressoren durchlässt, das der/die Patient/in auch bewältigen kann. Die psychischen Abwehrmechanismen lassen nur nach und nach das ganze Ausmaß der Unfallfolgen ins Bewusstsein vordringen. Die Realitätsbewältigung wird durch falsche bzw. unvollständige Informationen nur verzögert. Dies bedeutet, das betreuende Team muss sich in Bezug auf die Aufklärung einig sein und darf sich nicht widersprechen. Speziell bei inkompletter Querschnittssymptomatik ist diese Prämisse sehr schwer umzusetzen, da Funktionen innerhalb eines Jahres wiederkommen

können und das optimale Ergebnis nur durch konstantes und motiviertes Training erzielt werden kann.

In dieser ersten Phase sind Schulungsmaßnahmen (Trinkverhalten, regelmäßige Medikamenteneinnahme, Kontrolle des Hautbildes u.s.w.) hinten anzustellen, da der psychische Schutzapparat mit dominanteren Reizen zu tun hat. Einfache, durch häufige Wiederholungen betonte Informationen, führen zu mehr Erfolg. (vgl. Wolfgang Gratzner et. al, 2003, S. 159-162.)

Phase 2

Die zweite Phase ist laut V. Kast durch ein Aufbrechen der Emotionen geprägt (vgl. V. Kast, 1999, S. 73). V. Kast spricht von einer Phase, in der ein Wechsel zwischen Hoffnung auf Genesung und eine Phase tiefer Trauer stattfinden. Dem Betroffenen wird sein Zustand mehr und mehr bewusst und alles was dem Patienten vorher Sicherheit und Orientierung vermittelt hat, ist nun in Frage gestellt. Da die psychischen Abwehrmechanismen zumeist unbewusst ablaufen, sind sie auch oft „unvernünftig“. So kann in dieser Phase eine Vorwurfshaltung auftreten und es werden Personen gesucht, denen man die Schuld geben kann. Diese Haltung kann sich in Richtung Familie aber auch in Richtung betreuende Professionen oder überhaupt der ganzen Gesellschaft richten. Auch das Verleugnen, Kübler-Ross spricht vom „Verdrängen“, kann in dieser Phase auftreten. Die Diagnose wird als unwahr aufgenommen und Rettungsanker (oft in Form sogenannter „Wunderkliniken“) werden gesucht.

Die Situation wird für den/die Patienten/Patientin als unakzeptabel wahrgenommen, was häufig zu Widerständen gegen Behandlungsempfehlungen oder Therapieverweigerung führt. Ein häufig beobachtetes Phänomen stellt die „verdrängte Depression“ dar. Dieser Zustand ist dadurch begründbar, da ein gewisses Maß an depressiver Verstimmtheit bei nahezu jedem Betroffenen anzutreffen ist. Viele glauben allerdings, nicht depressiv sein zu dürfen und versteckte Formen der Depression (Vorwürfe, Widerstände, Fehlverhaltensweisen) resultieren daraus.

Egozentrisches Verhalten tritt aufgrund der großen Belastung in der Rehabilitation häufig auf und kann für die betreuenden Angehörigen sehr anstrengend sein. Hier ist ein stabiles soziales Umfeld von größter Bedeutung, da die Gefahr der Entfremdung sehr stark vorhanden ist.

In dieser Phase ist speziell das Pflegepersonal und das enge Umfeld des Betroffenen gefordert. Die Kenntnis der oben genannten Abwehrmechanismen ermöglicht ein Verständnis für die Situation und trägt zur Konfliktvermeidung bei.

Phasen 3

Die dritte große Phase der psychischen Rehabilitation geht mit der Erstmobilisation einher. Es geht zwar anfänglich „aufwärts“, allerdings wird erst durch das Sitzen im Rollstuhl das ganze Ausmaß der Behinderung bewusst. Was vor dem Unfall selbstverständlich erschien, entpuppt sich nun als schier unüberwindbare Hürde. Der Wandel vom abhängigen, von Verantwortung entbundenen, Schwerverletzten hin zum unabhängigen, eigenverantwortlichen „körperlich Behinderten“ benötigt Zeit und Geduld. Die nach Beendigung der häuslichen Umbauarbeiten anstehenden Wochenendurlaube werden sehr oft als große Belastung angesehen, da das Handling in der realen Welt außerhalb des behindertengerechten Rehabilitationszentrums wesentlich erschwert ist. Auch die Aufgabe der Pflege ist in dieser Phase einem Wandel unterworfen. Der Patient wird jetzt nicht mehr „nur“ versorgt und gepflegt, die Anleitung und Motivation zur Selbstpflege bezogen auf alle Lebensaktivitäten steht nun im Mittelpunkt. (vgl. Wolfgang Gratzner et. al, 2003, S. 159 – 180)

Diese Einblicke in die psychische Situation einer frischverletzten Person mit Querschnittssymptomatik sollen nun als Basis dienen, um adäquate Ansätze im Sinne der Saluotherapie herauszufiltern.

In der Praxis zeigt sich häufig, dass vor allem das soziale Umfeld eines Betroffenen starken Einfluss auf den Verlauf der Situationsbewältigung hat. Speziell in belastenden Lebenssituationen nimmt die Abhängigkeit von sogenannten sozialen Netzwerken zu, allerdings vollzieht sich dabei auch meistens eine Ausdünnung dieser. Dieser Verlust an sozialen Kontakten ist besonders bei chronischen Krankheiten und Behinderungen zu beobachten.

Aufgabe der Saluotherapie ist es daher, den Erhalt sozialer Netzwerke zu fördern oder gegebenenfalls Ersatznetzwerke aufzubauen. Diese inkludieren professionelle Hilfe genauso wie Laienhilfe und die Selbsthilfe. Ansätze der Sozialpsychiatrie wie Einzelfallhilfe und Gemeinwesenarbeit in der Sozialarbeit, Angebote des betreuten Wohnen, der Tagesstrukturierung, der Schaffung von Kommunikationsmöglichkeiten, Kontaktstellen und Patiententreffs wirken in diese Richtung. Ein sogenannter „Triolog“ zwischen dem Betroffenen, den Angehörigen und dem professionellen Umfeld soll hergestellt werden. (vgl. Michael Linden, Wolfgang Weig, 2008, S. 55)

Grundsätzlich ist die Familie ein Ort der Geborgenheit. Dies zeigen auch Statistiken, in denen Personen in funktionierenden Paarbeziehungen deutlich zufriedener Werte angeben als Singles. Die Tendenz der Postmoderne produziert allerdings immer mehr Single-Haushalte bzw. kinderlose Beziehungen. Dies führt dazu, dass der Zuwachs an persönlicher Freiheit und Mobilität auf Kosten von Stabilität und Sicherheit erkaufte wird. Welche Konsequenzen diese Entwicklung für Personen in schwierigen Lebenslagen hat, wird sich zeigen.

Salutotherapeutische Maßnahmen

Wichtige Beispiele für salutotherapeutische Maßnahmen werden in der Tabelle aufgezeigt:

Genusstherapie	Wohlbefindenstherapie	Maßnahmen zur Förderung der Selbstfürsorge
Maßnahmen zur Förderung der Lebensqualität	Flexibilitätstraining	Resilienzförderung und -training
Weisheitstherapie	Training sozialer Kompetenzen	Partnerschafts-, Familien- und Sexualtherapie
Bewegungs –und Balneotherapie	Maßnahmen zur Förderung von persönlichem Ausdruck	Ergotherapie
Endurance –und Work-Hardening-Therapie	Bildungsförderung	Logotherapie

(vgl. Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation, 2008, S. 6-7)

Anhand der Beispiele erkennt man, dass durch Bereiche wie Ergotherapie und Bewegungstherapie der salutogenetische Ansatz schon seit langem einen fixen Bestandteil in der medizinischen Behandlung einnimmt. Andere Ansätze (Genusstherapie, Logotherapie. . .) finden ihren Wirkungsrahmen in anderen Disziplinen wie hier der Psychologie. Bereiche, wie Maßnahmen zur Förderung der Lebensqualität oder der Bildung sind zwar schon reichlich theoretisch erforscht, allerdings fehlen hier noch Konzepte zur praktischen Umsetzung.

Die Salutotherapie setzt grundsätzlich in verschiedenen Ebenen der Rehabilitation an. Da stets negativ wirkende Ereignisse die Gesundheit beeinträchtigen, befinden wir uns im Sinne der Salutogenese eigentlich ständig in einer Phase der Rehabilitation. Die Differenzierung der Gesundheitsförderung bzw. der Prävention soll in meinen Ausführungen keinen besonderen

Stellenwert einnehmen. Die Aufspaltung des Begriffes „Prävention“ in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention spielt allerdings eine Rolle, da ich mich den salutotherapeutischen Maßnahmen im Falle einer Querschnittslähmung widmen möchte. Die Tatsache, dass der folgenschwere Unfall, der mit einer Beteiligung der Halswirbelsäule einhergeht, bereits geschehen ist, zeigt uns, dass es sich hier um tertiäre Prävention geht. Ziele dabei sind nicht mehr das Krankheitsgeschehen vorzubeugen, sondern mit der vorhandenen Situation adäquat umgehen zu lernen bzw. Folgeerkrankungen zu vermeiden. Die Verbesserung physischer Fähigkeiten hängt nach der medizinischen Stabilisierung stark vom Patienten selbst ab. Je früher es möglich ist, die lebensverändernde Situation zu begreifen und als real wahrzunehmen, desto gezielter und konsequenter ist ein Aufbau neuer Fähigkeiten möglich.

Veränderte Beziehungssituation

Besonders bei querschnittgelähmten Personen ist es häufig zu beobachten, dass sich Paare früher oder später trennen. Relativ junge Beziehungen sind davon wesentlich stärker betroffen. Die Lebenssituation von Paaren verändert sich durch solch einen Unfall grundlegend. Der Fokus liegt im Leiden des Betroffenen und andere Themen kommen dabei zu kurz. Der Betroffene ist ausschließlich mit seiner Situation beschäftigt und alles andere rückt in den Hintergrund. Der Rehabilitationsprozess dauert zumindest ein halbes Jahr, kann sich aber auch, je nach psychischer Konstellation, über Jahre hinauszögern. Ist die Beziehung gefestigt, bringt so eine Zeit zwei Menschen noch näher zusammen. Beide müssen in vielerlei Hinsicht Energie und Empathie investieren und es ist wichtig, dass sie sich gemeinsam in einen Lernprozess einlassen. Einer dieser Lernprozesse betrifft das Thema Sexualität. Mit seinen Phasen aus Lust, Erregung und Befriedigung gehört sie zu den Grundbedürfnissen des Menschen. Aufgrund dieser Tatsache möchte ich auf diesen Aspekt im Weiteren auch etwas näher eingehen

Ziel der Salutotherapie sollte es sein, die Person in der Erfüllung der Bedürfnisse zu unterstützen. Die eingeschränkte Sexualität ist speziell bei querschnittgelähmten Personen ein häufiges Problem. Die Lähmungshöhe entscheidet zwischen Funktionalität, Einschränkungen und Dysfunktionalität im Bereich der Sexualität.

Beim Mann stellt die Sexulafunktion einen Komplex aus Rückenmarksreflexen dar, der psychisch, hormonell und supraspinal beeinflusst ist. Das Sexualzentrum befindet sich im

Bereich S2 – S4. Eine komplette Lähmung darüber bedeutet, dass psychisch eine Erektion ausgelöst werden kann, der Geschlechtsverkehr aber nicht verspürt wird.

Tritt die Lähmung unterhalb des Sexualrückenmarkszentrums auf, können psychische und reflektorische Erektionen sowie Ejakulationen vor dem Orgasmus vorkommen. Die Zeugungsfähigkeit des Mannes ist gering, allerdings gibt es neueste Ergebnisse, in denen durch ständiges Training (Vibratoren) qualitativ hochwertiges Ejakulat gewonnen und dieses mittels Insemination der Partnerin zugeführt werden kann.

Bei querschnittgelähmten Frauen ist die Sexualfunktion günstiger als beim querschnittgelähmten Mann, da bei ihr „nur“ das Empfindungsvermögen ausgefallen ist. Grundsätzlich ist zu sagen, dass nach dem Unfall ein Lernprozess für beide Partner beginnt, indem die veränderte Situation mit all ihren Schwierigkeiten gemeinsam aufgearbeitet werden muss. (vgl. Wolfgang Gratzner et.al, 2003, S.176.)

Zudem ist zu erwähnen, dass Medikament, besonders Psychopharmaka und Analgetika, sich negativ auf die Sexualfunktion auswirken können. Die Vorbeugung und Behandlung sexueller Funktionsstörungen ist aus salutotherapeutischer Betrachtung daher von großer Bedeutung. Ziel ist es, negative Einflussfaktoren weitestgehend zu eliminieren. Durch Behandlung der Grunderkrankungen können Medikamente zur reinen Symptombekämpfung reduziert werden. Zusätzlich können Paartherapien und Paarberatungen genutzt werden, um etwaigen Ängsten und Konflikten, die durch die veränderte Situation entstanden sind, entgegenzuwirken. (vgl. Michael Linden, Wolfgang Weig, 2008, S. 55-59.)

Faktor Bildung

Ein weiterer Punkt auf den ich gesondert eingehen möchte, ist der Faktor Bildung. „Bildung stellt eine zentrale Voraussetzung für soziale Teilhabe und Lebenschancen dar, indem sie Kompetenzen zur Bewältigung vielfältiger Anforderungen vermittelt.“ (Michael Linden, Wolfgang Weig, 2008, S. 61-62.)

Dieses Zitat sagt schon viel über die Bedeutung von Bildung im Zusammenhang zu psychischer, physischer und sozialer Gesundheit aus. Bildung beeinflusst die soziale Zugehörigkeit und hat somit Einfluss auf Einkommen und Lebensstandard. Nutzung hochwertiger Informationen aus Internet oder Bücher setzt eine gewisse Bildung voraus. Das Wissen über den jeweils besten Zugang zum Gesundheitssystem oder über gesundheitsförderliche bzw. präventive Angebote hat signifikante Auswirkungen auf die Gesundheit. Auch in den Bereichen Ernährung und chronische Erkrankungen aufgrund der

Arbeitsbedingungen hat Bildung einen großen Einfluss. Dies zeigen folgende Tabellen:
(Michael Linden, Wolfgang Weig, 2008, S. 63.):

[Belastende Arbeitsbedingungen (ALLBUS 2004, gewichtet, N = 1412)]

Anteile	Sign.	Kein Hauptschulabschluss	Abschluss, Mittlere Reife	Abitur
Lärm, Staub, Gas, Dämpfe	***	61,6%	49,8%	30,8%
Zeitdruck, Leistungsdruck	***	79,4%	84,3%	88,9%
Schlechtes Arbeitsklima		23,8%	22,4%	24,9%
Lange Arbeitszeiten	*	57,1%	59,5%	65,6%
Schichtarbeit	***	33,8%	23,8%	16,0%
Körperliche Arbeit	***	54,3%	36,6%	15,8%
Mobbing		14,8%	14,3%	10,4%

[Body-Mass-Index nach Bildungsabschluss(ALLBUS 2004, gewichtet, eigenen Auswertungen, N = 2839)]

Anteil	Kein Hauptschulabschluss	Abschluss, Mittlere Reife	Abitur
BMI < 25	37,9%	52,5%	60,7%
BMI 25 – 30 (Übergewicht)	40,4%	33,8%	28,7%
BMI >30 (Adipositas)	21,7%	13,7%	10,7%

Statistiken zeigen zudem, dass Personen mit niedriger Bildung deutlich mehr rauchen als Personen mit besserer Ausbildung. Auch ist der Anteil der sportlich Inaktiven bei den weniger gebildeten Personen höher. (vgl. Michael Linden, Wolfgang Weig, 2008., S. 63.)

Für Querschnittgelähmte ist es somit wichtig, die Ressource Bildung zu nutzen. Speziell junge Betroffene sollen nach dem Unfall motiviert werden, eine Ausbildung zu machen oder sich durch Lesen oder Lernen geistig fit zu halten. Häufig wächst mit der subjektiven Perspektivenlosigkeit auch der Hang zur Trägheit und der junge Betroffene gibt sich mit der frühen Pensionierung und somit der teilweisen Entsozialisation zufrieden. Ohne geregelte Arbeit geht die Tagesstruktur verloren, das Lebenstempo verringert sich, Depression und andere psychische Erkrankungen nehmen zu und der Selbstwert, als wichtige Ressource des Kohärenzsinn, sinkt drastisch. Wie in der bekannten „Marientalstudie“ herausgefunden wurde, führt eine dauerhafte Beschäftigungslosigkeit zu einem Zustand der Apathie.

Neben der Motivation zur individuellen Weiterbildung ist es in der rehabilitativen Arbeit mit querschnittgelähmten Personen auch wichtig, diese zu mehr Eigenverantwortung und Selbstsorge zu befähigen. Salutotherapeutische Maßnahmen können hier auf verschiedenen Ebenen wirken:

- durch Edukation und Befähigung auf der individuellen Ebene
- durch Aufzeigen eigenen Ressourcen und Netzwerkmanagement auf der sozialen Ebene
- durch Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten auf der gesellschaftlichen-rechtlichen Ebene

(vgl. Michael Linden, Wolfgang Weig, 2008., S. 68-69.)

Kunsttherapie

Auch das Thema Kunst spielt im salutogenetischen Modell eine bedeutende Rolle. Durch das kreative Handeln kann ein Individuum seine Individualität ausleben und fördern. Bei Kindern sowie bei Erwachsenen muss dabei Raum und Zeit gewährt werden, wobei von alt eingesessenen Strukturen oft bewusst Abstand genommen werden muss. Die sogenannte Kunsttherapie oder einfach das künstlerische Erleben wird in der Rehabilitation speziell im Bereich der Ergotherapie genutzt. Hier wirkt sie als Ergänzung zu den vorgegebenen Therapieprogrammen, und ermöglicht den Patienten mehr Mitspracherecht und Eigeninitiative. Der künstlerisch-kreative Prozess verläuft dabei in vier Phasen: In der ersten Phase hat die Person eine Idee im Kopf, es stellt sich ein Problem dar, welches es zu lösen gibt. Die zweite Phase kennzeichnet sich durch Suchen und Experimentieren. Es werden Möglichkeiten zur Problemlösung gesucht, Materialien getestet und Techniken ausprobiert. In der darauffolgenden Phase klärt sich das Problem und es ergibt sich eine Lösung, welche in der vierten und letzten Phase nur noch umgesetzt werden muss.

Meiner Meinung nach sind diese Phasen des künstlerischen Prozesses auch auf das Leben als Ganzes übertragbar. Nur der kreativ denkt und sich die Zeit nimmt, an einem Problem zu arbeiten, wird Lösungen finden, die seiner eigenen Identität entsprechen. Erfolgreiche und kreative Lösungsstrategien steigern den Kohärenzsinn und beeinflussen die Gesundheit positiv. Da sich speziell Querschnittgelähmte am Anfang vollkommen aus ihrem alten Leben gerissen fühlen, ist das künstlerische Betätigen oft eine Form der Identitätssuche. Anbei werden in der Literatur noch folgende positive Aspekte der Kunsttherapie genannt:

- Förderung der Selbst -und Fremdwahrnehmung

- Äußern von Gefühlen und Bedürfnissen
- Erleben neuer Erfahrungen
- Üben sozialer Kompetenzen
- Knüpfen von Kontakten
- Annehmen und äußern von Kritik
- Verantwortung übernehmen für das eigene Handeln

(vgl. Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation, 2008, S. 77-82.)

Sinnfindung bzw. Sinnerhaltung

Ich möchte mich in meinen Ausführungen nun der Sinnfindung und Sinnerhaltung widmen. Diese Strategien, die unmittelbar mit der Lebenszufriedenheit in Verbindung gebracht werden können und als bedeutende Ressourcen im Problemlösungsprozess angesehen werden müssen, sollen vor allem den Faktor „Bedeutsamkeit“ verständlicher machen.

Die Geschichte zeigt uns, dass das Thema Sinn immer schon die Menschheit beschäftigte. Frankl beschreibt Sinn als subjektiv- „insofern, als es nicht einen Sinn für alle, sondern für jeden einen anderen Sinn gibt“ (Viktor Frankl, 2007, S. 86).

Diese Überlegung erklärt auch, warum sich im Laufe der Zeit eine Vielzahl von Sinnkonzepten entwickelt haben, deren Basis in den verschiedensten wissenschaftlichen Denkrichtungen zu finden ist. Das ontologische Konzept (von Parmenides bis Fichte) zum Beispiel spricht jedem Individuum einen gedachten Lebenssinn zu. Die Existenzphilosophen Sartres und Camus hingegen sehen Sinn im Eingeständnis der prinzipiellen Sinnlosigkeit des Lebens und der Bereitschaft zum Widerstand dagegen (vgl. Michael Linden, Wolfgang Weig, 2008, S. 92).

Frankl erkennt den Menschen als ein Wesen, welches ständig auf der Suche nach Sinn ist. Auch in ausweglos erscheinenden Situationen sieht das Individuum unter Umständen noch einen Sinn. Es kommt darauf an, wie der Mensch einem unvermeidlichen und unabänderlichen Schicksal entgegblickt. Geht der Glaube an die Sinnhaftigkeit verloren, steht man, nach Frankl, ohne Reserven da (vgl. Michael Linden, Wolfgang Weig, 2008, S. 93).

Antonovsky, beeinflusst von Frankl, sieht im Individuum die Fähigkeit, einen, jeweils auf die Lebenssituation angepassten Lebenssinn zu finden. Der Wille, seine selbst gesteckten Ziele zu erreichen, gibt einem die Kraft, mit schwierigen Situationen umzugehen. Grundsätzlich hat man erkannt, dass Menschen, die in der Erfüllung ihrer Aufgaben Sinn finden über deutlich aktivere Stressverarbeitungsstrategien verfügen, als jene, die Problemen aus dem Weg gehen. (vgl. Michael Linden, Wolfgang Weig, 2008, S. 94.)

Dimensionen des Wohlbefindens

Die bereits ausführlich thematisierte Sinnfindung ist ein Punkt von vielen, denen sich ein frisch Querschnittgelähmter in der Zeit nach seinem Unfall stellen muss. Um die Lebensfreude zu erhalten und Motivation zur aktiven Teilnahme an der Rehabilitation zu erreichen muss sich der Patient wohl fühlen. Ryff beschreibt 1996 die Dimensionen des Wohlbefindens, die als Basis für neue therapeutische Ansätze mehr und mehr an Bedeutung gewinnen. Folgende Dimensionen werden von ihm genannt:

- A. Umweltbewältigung
- B. Persönliche Entwicklung
- c. Lebensziel und -sinn
- D. Autonomie
- E. Selbstakzeptanz
- F. Positive Beziehung

Bezogen auf die Situation eines frisch versehrten Querschnittpatienten kann man diese Dimensionen wie folgt umlegen:

Ad A: Umweltbewältigung

Der Betroffene ist mit der sich bietenden Situation überfordert. Er sieht sich mit einer vollkommen neuen Umwelt konfrontiert, in der ihm die Ressourcen zur Bewältigung zu fehlen scheinen. Für viele ist es das erste Mal, dass sie sich in einem Krankenhaus bzw. einer Rehabilitationsklinik wiederfinden. Unbekannte Strukturen, fremde Betreuer, ungewohnte Tagesabläufe und eine Fülle neuer Eindrücke erschweren die Wahrnehmung der veränderten

Situation zusätzlich. In dieser Phase können Ansätze der Genusstherapie sinnvoll sein, die spezielles Augenmerk auf die Umgebung des Betroffenen setzen. Anamnestisch erhobene Daten können sich zur Basis für aromatherapeutische Aktivitäten entwickeln und hedonistische Nischen, d. h. Räume in denen man sich wohl fühlt, können eingerichtet werden. Soweit es die Raumsituation zulässt, kann durch Poster oder Fotos eine vertrautere und wärmere Umgebung entstehen.

In dieser Dimension soll es das Ziel sein, dem Patienten Raum zur persönlichen Identitätsfindung zu geben. Der Patient soll sich selbst wieder als kompetent entdecken.

Ad B: Persönliche Entwicklung

Der Betroffene sieht all seine bisherigen Ambitionen als unerreichbar an. Sowohl die Pläne in Bezug auf familiäre Planung als auch auf berufliche Karriere scheinen unrealisierbar. Seine persönliche Entwicklung scheint am Ende, da die Kraft, sich neu zu orientieren, fehlt. Die Weisheitstherapie kann hier aktiv eingreifen und den Betroffenen durch Techniken wie z.B. Aktivierung von Selbstdistanz und Problemrelativierung neue Sichtweisen aufzeigen. Der Betroffene soll den Eindruck bekommen, dass er sich selbst weiterentwickelt und aus der gegebenen Situation lernt. Perspektiven für ein interessantes Leben sollten mit dem Betroffenen erarbeitet werden.

Ad C: Lebensziel und Lebenssinn

Im Laufe der Rehabilitation stehen die meisten Betroffenen vor einer Sinnkrise. Bin ich noch leistungsfähig?, Bin ich nur noch eine Belastung für mein Umfeld?, Hat mein Leben noch einen Sinn?, das sind Fragen, die einem mehr oder weniger bewusst durch den Kopf gehen. Speziell nach dem erstmaligen Verlassen der Rehabilitation im Zuge eines so genannten „Sozialurlaubs“ wird den Betroffenen oft klar, dass die Welt ausserhalb der Klinik noch nicht ausreichend für Rollstuhlfahrer adaptiert ist. Hier werden Probleme wieder real, die man schon als bewältigt abgehakt hat. In dieser Phase wird die Unterstützung des Umfelds besonders wichtig. Auch sollte von Seiten der betreuenden Professionen im Rehabilitationsklinikum das Thema „zu Hause“ immer wieder angesprochen werden, um den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, sich darauf vorzubereiten.

Ad D: Autonomie

Durch die ständige Betreuung im Zuge der Rehabilitation wird dem Betroffenen sehr viel Selbstbestimmung abgenommen. Die Privatsphäre reduziert sich auf ein Minimum, über lange Zeit erlerntes Verhalten (Trinkverhalten, Schlaf – Wach – Rhythmus, . . .) wird von Fremden bewertet und oft unter Nachdruck geändert. Hier besteht die Gefahr, dass sich die zu betreuende Person zu sehr in die Hände der Betreuer begibt und dadurch ihre Individualität zu verlieren scheint. Das Selbstbewusstsein soll gestärkt werden, um auf spätere Vorurteile von Seiten der Gesellschaft adäquat reagieren zu können. Hier ist der Anschluss zu Sportvereinen oder anderen gruppenspezifisch orientierten Verbänden hilfreich. Der Betroffene soll lernen, dass er sein Leben weiterhin selbst bestimmen und gestalten kann bzw. muss.

Ad E: Selbstakzeptanz

Die Selbstakzeptanz stellt ein weiteres Problem dar. Der Betroffene lehnt seinen Körper und somit sich selbst ab. Das Neglect-Phänomen, das bei Schlaganfallpatienten mit Halbseitenlähmung auftritt, und die Ablehnung der betroffenen Körperhälfte beschreibt, findet man auch bei Querschnittpatienten. Sie behandeln die gelähmten Körperregionen rücksichtslos und sind sich der Konsequenzen, wie zum Beispiel schlechte Wundheilung aufgrund der Lähmung, nicht bewusst. Ziel der Therapie muss es daher sein, den Betroffenen seinen Körper wieder bewusster zu machen und die schlechten sowie die guten Seiten an sich selbst wieder akzeptieren zu lernen. Zu Beginn der Therapie helfen hier basale Anregungen in Form von Ausstreichungen oder basale Lagerungstechniken. Im weiteren Verlauf muss durch Gespräche dem Betroffenen immer wieder die Bedeutung seines eigenen Körpers klar gemacht werden. In der Praxis hat sich gezeigt, dass junge Betroffene viel von sogenannten „Altversehrten“ lernen können. Diese werden von den Betroffenen oftmals besser akzeptiert als das Personal. Mit diesem Phänomen kann man auch in der Zimmerbelegung arbeiten und somit von aussen den Prozess der Selbstakzeptanz steuern.

Ad F: Positive Beziehung

Bereits von Anfang an muss von Seiten der Therapie versucht werden, dem sozialen Rückzug des Betroffenen entgegenzusteuern. Ein Zusammenspiel der vorhin erwähnten Punkte wie Sinnkrise, geringes Selbstwertgefühl, Überforderung usw. führt dazu, dass sich der Versehrte

in seiner eigenen Gedankenwelt verstrickt und die Verbindungen nach aussen abbricht. Er wirkt passiv und lässt alles und jeden auf sich zukommen. Durch das Beschäftigtsein mit sich selbst ist es ihm selbst oft nicht bewusst, dass er für seine Umwelt unnahbar wirkt. Dem Betroffenen soll angeraten werden, die Gedanken nach aussen zu transportieren. Das „Sich Öffnen“ führt dazu, dass Beziehungen leichter aufgebaut werden können.
(vgl. Michael Linden, Wolfgang Weig, 2008, S. 144.)

Zusammenfassung

Durch meine Arbeit konnte ich einen guten Eindruck der salutogenetischen Sichtweise gewinnen. Wie man an der Vielzahl der salutotherapeutischen Maßnahmen erkennen kann, fließt der neue Denkansatz mehr und mehr in das Bewusstsein der im Gesundheitswesen Tätigen ein. Trotz allem stehen diese Maßnahmen weiterhin im Schatten herkömmlicher, traditioneller Therapieformen. Es bedarf daher noch eine Menge an Forschungsarbeit, um die positive Wirkung neuer Therapien zu messen. Klare Fakten und Messdaten bezüglich Wirkung bzw. Therapieerfolg sind leider noch sehr schwer zu eruieren, was auf einen Mangel an Forschung schließen lässt.

Durch die Verwendung von sehr aktueller Literatur konnte der derzeitige bestehende Umfang der salutotherapeutischen Therapiemöglichkeiten gut erhoben werden. Auch wenn dieser Denkansatz noch relativ am Anfang steht hat er, wie ich finde, eine hohe Praxisrelevanz. Durch das Heben des Kohärenzsinnens mittels seiner drei Säulen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit kann Motivation und Einstellung ins Positive verändert werden, was zu einem besseren Therapieerfolg und zu einer Prävention poststationärer Komplikationen führt.

Zudem kann dieses Modell nicht nur auf direkt Betroffene umgelegt werden, sondern bietet auch die Möglichkeit, das Umfeld der versehrten Person miteinzubeziehen und nachhaltig zu stärken.

In der Umsetzung sind neben der Pflege auch andere Disziplinen gefordert. Da speziell die Psychologie recht intensiv mit dem Modell arbeitet, wäre ein Erfahrungsaustausch eine gute Möglichkeit, um das Bewusstsein für diesen innovativen Denkansatz auch in andere Professionen zu transportieren.

Das Wissen über die psychische Ausnahmesituation in denen sich die Patienten im Zuge der Rehabilitation befinden, ist besonders für die Pflege von großer Bedeutung, da gerade diese

Disziplin den längsten direkten Kontakte mit den Betroffenen aufzuweisen hat. Interpersonelle Konfliktsituationen können durch ein professionelles Verständnis der Patientensituation vermieden werden. Durch professionelles Agieren kann der Benefit der Pflegenden erhöht werden, was zu einem Absinken der „Burn-out-Symptomatik“ führt. Zusammenfassend steht das Salutogenesemodell für einen Ansatz, der in der optimalen Umsetzung zu mehr Wohlbefinden sowohl der Betroffenen als auch der verantwortlichen Professionen führt, und dadurch auch ökonomische Vorteile mit sich bringt.

Literaturverzeichnis

Bücher

- Antonovsky, Aaron (1997), Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen
- Böttcher, Rainer (2001), Nebel über dem Deich – Schicksal oder Chance? Leben mit einem Handikap.
- Frankl, Viktor E. (2007), Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn, München
- Gratzner, Wolfgang; Linder, Siegmund; Strubreither, Wilhelm (2003), Psychische Verarbeitungsformen einer Querschnittlähmung, in: Ganzheitliche Pflege – die Chance für erfolgreiche Rehabilitation – eine multiprofessionelle Aufgabe, Wien, S. 159-182
- Kast, Verena (1999), Trauern – Phasen und Chancen des psychischen Prozesses, Stuttgart
- Linden, Michael / Weig, Wolfgang (2008), Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation, Köln

Internetadressen :

- <http://rvl.multimedia.uni-greifswald.de/010122/sld014.htm>, 22.7.2009
- <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/koharenzgefuehl>, 21.7.2009
- <http://www.gesundheitsinformationsdienst.de/>, 15.9.2009
- <http://www.medhost.de/> , 15.9.2009

- http://www.aids.ch/d/ahs/PDFs/forum08/4_Amort_definitiv.pdf , 15.9.2009

Tabellenverzeichnis :

- <http://rvl.multimedia.uni-greifswald.de/010122/sld008.htm>, 21.7.2009
- Linden, Michael; Weig, Wolfgang (2008), Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation, Köln
 - Belastende Arbeitsbedingungen (ALLBUS 2004, gewichtet, N = 1412)
 - Body-Mass-Index nach Bildungsabschluss(ALLBUS 2004, gewichtet, eigenen Auswertungen, N = 2839)