

Edited by Wolf Bloemers and Fritz-Helmut Wisch

European Bachelor



EUROPEAN INCLUSION STUDIES
STUDIUM EUROPÄISCHER INKLUSION

Leib und Seele: Salutogenese und
Pathogenese
Body and Soul: Salutogenesis and
Pathogenesis

Norbert Rückert / Petr Ondracek
Lyudmyla Romanenkova

F Frank & Timme

Verlag für wissenschaftliche Literatur

Norbert Rückert/Petr Ondracek/Lyudmyla Romanenkova
Leib und Seele: Salutogenese und Pathogenese/
Body and Soul: Salutogenesis and Pathogenesis

European Inclusion Studies/
Studium Europäischer Inklusion, Band 4
Edited by Wolf Bloemers and Fritz-Helmut Wisch

Norbert Rückert/Petr Ondracek/
Lyudmyla Romanenkova

Leib und Seele:
Salutogenese und Pathogenese/
Body and Soul:
Salutogenesis and Pathogenesis

FFrank & Timme
Verlag für wissenschaftliche Literatur

ISBN 978-3-86596-032-0

ISBN 3-86596-032-4

Acknowledgements to the European Commission
for the financial support out of the funds of the
Socrates Programme to develop the European Bachelor
Study Programme “European Bachelor of Inclusion Studies”

© Frank & Timme GmbH Verlag für wissenschaftliche Literatur
Berlin 2006. Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts-
gesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Herstellung durch das atelier eilenberger, Leipzig.
Printed in Germany.
Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier.

www.frank-timme.de

Norbert Rückert / Petr Ondracek / Lyudmyla Romanenkova

Mit Beiträgen von
Eva Luber / Manfred Jödecke / Norbert Störmer

**Leib und Seele:
Salutogenese und Pathogenese**

Inhaltsverzeichnis

0.	Vorworte _____	9
0.1	Vorwort der Herausgeber _____	9
0.2	Vorwort der Autoren _____	12
1.	Einführung	
	<i>Norbert Rückert</i> _____	13
1.1	Problemaufriss _____	13
1.2	Schlüsselbegriffe _____	17
1.3	Ziele _____	17
1.4	Lernergebnisse _____	18
2.	Salutogenese und Pathogenese _____	19
2.1	Kategorien zur Orientierung <i>Norbert Rückert</i> _____	19
2.1.1	Leibliche Existenz _____	19
2.1.2	Normalität und Abweichung _____	25
2.1.3	Subjekt und Gesellschaft _____	28
2.1.4	Fazit _____	30
2.2	Physische und psychosoziale Aspekte der Gesundheit _____	31
2.2.1	Merkmale und Determinanten physischer Gesundheit <i>Eva Luber</i> _____	31
2.2.2	Merkmale und Determinanten psychischer Gesundheit <i>Norbert Rückert</i> _____	36
2.2.2.1	Was ist überhaupt psychische Gesundheit? _____	36
2.2.2.2	Psychische Funktionsfähigkeit _____	39
2.2.2.3	Psychische Grundbedürfnisse _____	41
2.2.3	Determinanten der Gesundheit am Beispiel Osteuropas <i>Lyudmyla Romanenkova</i> _____	49
2.2.4	Bewältigung von Belastungen <i>Petr Ondracek, Lyudmyla Romanenkova, Norbert Rückert</i> _____	53
2.2.4.1	Stress und Coping _____	53

2.2.4.2	Resilienz _____	60
2.2.4.3	Salutogenese _____	63
2.3	Gesundheitsprobleme _____	66
2.3.1	Biomedizinisches Krankheitsmodell und Gesundheitsförderung <i>Eva Luber</i> _____	66
2.3.2	Gesundheitsprobleme (Epidemiologie, Demographie) und Exklusion <i>Eva Luber</i> _____	77
2.3.3	Einfluss der sozialen Umgebung auf Gesundheitsprobleme am Beispiel Osteuropas <i>Lyudmyla Romanenkova</i> _____	83
2.4	Einschränkende Situationen _____	85
2.4.1	Einschränkungen der körperlichen Funktionsfähigkeit <i>Manfred Jödecke</i> _____	85
2.4.2.	Einschränkungen der kognitiven Strukturbildung <i>Norbert Störmer</i> _____	92
2.4.3	Verhaltensbedingte Einschränkungen <i>Petr Ondracek, Norbert Rückert</i> _____	102
2.4.4	Einschränkungen der Funktionsfähigkeit: Erfahrungen aus ukrainischer Sicht <i>Lyudmyla Romanenkova</i> _____	113
2.5	Anhang _____	118
3.	Weiterführende Aufgaben _____	124
4.	Bibliographie _____	125
	Autoren _____	248

0. VORWORTE

0.1 VORWORT DER HERAUSGEBER

Als eine der Antworten auf die herausfordernden Transformationsprozesse eines zusammenwachsenden Europas haben – im Sinne grenzüberschreitenden Denkens und grenzüberwindender Neuorientierungen – der 1999 von 39 Wissenschaftsministern vereinbarte „Bologna-Prozess“ sowie seine Folgeabkommen von Prag (2001), Berlin (2003) und Bergen (2005) eine europaweite universitäre Kooperation und akademische Strukturreform befördert, mit denen bis zum Jahr 2010 ein europäischer Hochschulraum aufgebaut werden soll, dem eine tragende Säule der zukünftigen „Europäischen Wissensgesellschaft“ zuge-dacht ist. Ein Europa des Wissens, das als unerlässliche Voraussetzung für die gesellschaftliche und menschliche Entwicklung und als unverzichtbare Komponente einer Festigung und Bereicherung der europäischen Bürgergesellschaft angesehen wird. Kompatibilität, Harmonisierung und Vergleichbarkeit von Curricula, Transparenz, Mobilität, internationale Wettbewerbsfähigkeit sowie eine optimale arbeitsmarktbezogene Qualifizierung der europäischen Bürger sind die Ziele, die im Rahmen des zu schaffenden Hochschulraumes mittels verschiedener Instrumente erreicht werden sollen. Zu diesen Werkzeugen gehört ein verbindliches, einheitliches System gestufter Abschlüsse – Bachelor (BA), Master (MA), Doctorate (PhD) – sowie ein Leistungspunktesystem (ECTS), das erworbene Teilleistungen transferierbar und an allen Hochschulen gegenseitig anerkennbar macht.

Im Sinne dieser Zielsetzungen und als fachliche Untersetzung eines bereits zuvor entwickelten Masterstudienganges „European Master of Development Studies in Social and Educational Sciences“ haben in den Jahren 2003 bis 2006 mit finanzieller Unterstützung des von der Europäischen Union getragenen Socrates-Erasmus-Programmes 12 Universitäten aus acht europäischen Ländern unter der Federführung der Hochschule Magdeburg-Stendal einen innovativen „European Bachelor of Inclusion Studies“ entwickelt, der von der Europäischen Kommission im Jahr 2004 als „best practice“ und „europäisches Modellvorhaben“ eingestuft wurde. Ziel dieses Curriculums ist die Qualifizierung Studierender, neue wissenschaftliche Erkenntnisse sowie europäisch-sozialpolitische Ziele bezüglich Inklusion, Barrierefreiheit und gleichberechtigter Partizipation behinderter Menschen und marginalisierter Gruppen in einem zusammenwachsenden Europa zu verstehen und die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten professionell in pädagogischen und sozialen Berufen zur Förderung, Lebensbegleitung und zum Empowerment dieser Menschen in einem regionalen, nationalen und europäischen Kontext einzusetzen.

Mit der Etablierung des europäischen BA-Studienganges verbindet sich also die Erwartung, dass hiermit ein Beitrag zur Gestaltung des europäischen Sozialraumes durch interkulturelles Lernen in Studium und Forschung geleistet wird und ebenso, dass hiermit den Studierenden bessere Möglichkeiten und Wettbewerbschancen auf dem zukünftigen europäischen Arbeitsmarkt von Erziehung und sozialer Förderung eröffnet werden. Weiterhin wird erwartet, dass mit diesem Vorhaben ein Schritt zur Einbindung neuer EU-Mitgliedsstaaten (Estland, Tschechien, Slowakei, Slowenien und auch der Ukraine) in gemeinsame Entwicklungs- und Gestaltungsprozesse von Lehre und Forschung gemacht wird.

Hier stehen wir erst am Anfang: Die veränderten Sichtweisen in den Human- und Sozialwissenschaften (interdisziplinär-ökologisches Verständnis, ein neues Menschenbild, z.B. geprägt von Selbstbestimmung und selbstreferentiellem Lernen) einschließlich des Paradigmenwechsels heil- und sozialpädagogischer Theoriebildung über den deutschsprachigen Raum hinaus, haben einen erheblichen Bedarf in der Revision und Neukonzeption von akademischen Qualifikationen hervorgerufen, besonders für den Bereich der Inklusion marginalisierter Personengruppen. Die an diesem BA-Studiengang beteiligten Universitäten haben dies mit diesem Curriculum versucht.

Das hier vorliegende Buch ist Teil dieses „European Bachelor of Inclusion Studies“ Studienprogramms, das insgesamt 12 Lehrbausteine (10 Lehrmodule, 1 Projektmodul und 1 Bachelor-Thesis Modul) umfasst, wobei für jedes der 10 Lehrmodule ein zweisprachiges Buch entwickelt worden ist; diese in deutscher und englischer Sprache erschienenen Bände verstehen sich nicht als Lehrbücher, sondern als Handbücher, als Basismaterial und „Quellenpool“ für vertiefende und erweiternde Studien sowie als Orientierungsgerüst und Anregungspaket für die Lehrenden. Für die Studierenden sind sie als gemeinsame Startgrundlage Pflichtlektüre. Alle Bücher wurden entsprechend des Konzeptes der Internationalisierung von Forschung und Lehre von Dozentinnen oder Dozenten von mindestens zwei verschiedenen Hochschulen geschrieben und folgen alle demselben Aufbau: einer *Einführung* mit Problemaufriss und Zielen folgt im zweiten Teil ein kondensierter Überblick mit informierender Darstellung über für das Modul relevante *Inhaltsaspekte*, dem sich *weiterführende Aufgaben* als Angebote für vielfältige eigene Lernaktivitäten oder für Arbeit in Gruppen anschließen. Der letzte Teil enthält jeweils die *Bibliographie* für das vertiefende Selbststudium.

Im Sinne eines auch durch dieses Studium erhofften weiteren Zusammenwachsens zu einer europäischen Sozialgemeinschaft und Bürgergesellschaft sind vielfältige Kontakte, Erfahrungsaustausche und Begegnungen der Studierenden und Lehrenden aller teilnehmenden Hochschulen während des Studiums (und

auch anschließend!) – real und virtuell – besonders erwünscht und sogar durch das Modul 11 (Europäisches Projekt) eingeplant.

Magdeburg, im Sommer 2006

Wolf Bloemers
Fritz-Helmut Wisch

Hinweis:

Aus Kostengründen musste leider darauf verzichtet werden, die vorliegenden zehn Modulbücher lekturieren zu lassen. Für etwaige sprachliche „Holprigkeiten“ bitten wir deshalb um Verständnis.

0.2 VORWORT DER AUTOREN

Das vorliegende Buch bietet begleitende Texte zum Modul 4 des Bachelor-Studienprogramms „European Inclusion Studies“. Das Modul, das jetzt den Titel „Leib und Seele: Salutogenese und Pathogenese“ trägt, sollte in der ursprünglichen Planung ausschließlich psychiatrische und andere medizinischen Grundlagen zum Inhalt haben. Das Konsortium der an der Entwicklung des Studienprogramms beteiligten Hochschulen kam im weiteren Verlauf bald darin überein, nicht nur auf eine einzige Wissenschaftsdisziplin zu fokussieren. Daher sollte statt einer Disziplin ein Themenbereich genannt werden, so dass auch Beiträge aus anderen Disziplinen (z.B. Gesundheitswissenschaft, Klinische Psychologie) berücksichtigt werden können. So kam es zu dem etwas ungewöhnlichen Titel „Leib und Seele: Salutogenese und Pathogenese“. Damit wird kenntlich gemacht, dass sowohl die körperliche als auch die psychische Seite thematisiert werden. Dabei sollen Merkmale und Entstehungsbedingungen von Gesundheit sowie auch von Gesundheitsproblemen und von Einschränkungen der Aktivität in den Blick genommen werden.

Nachdem noch eine Kollegin aus der Ukraine als Gastmitglied zum Konsortium hinzugekommen war, ergab sich die Möglichkeit, die genannten Themen zusätzlich am Beispiel eines osteuropäischen Landes zu vertiefen. Dort herrscht insofern eine besondere Situation, als bisherige Strukturen des Gesundheitswesens teilweise zusammengebrochen sind, ohne dass schon neue Institutionen an ihre Stelle treten konnten. Manche Probleme vor allem im Falle von Krankheiten und Behinderungen kommen hier doch härter zum Vorschein als etwa in West- und Mitteleuropa.

Der Kollegin Lyudmyla Romanenkova von der Nationalen Universität Zaporizhzhya sei an dieser Stelle für ihre Beiträge ebenso herzlich gedankt wie der Magdeburger Kollegin Eva Luber sowie den Kollegen Manfred Jödecke und Norbert Störmer von der Hochschule Zittau-Görlitz. Durch die Vielfalt der Beiträge ist der vorliegende Text „bunt“ geworden und bietet so sicherlich ein breiteres Spektrum an Themen und Herangehensweisen als die „Monokultur“ einer Autorin bzw. eines Autors.

Hannover und Bochum, im Frühjahr 2006

Norbert Rückert
Petr Ondracek

1. EINFÜHRUNG

Norbert Rückert

1.1 PROBLEMAUFRISS

Ein Disput:

(A): Ich bezweifle, ob sich Angehörige sozialer Berufe, die Inclusion auf ihre Fahne geschrieben haben, überhaupt näher mit medizinischen, klinisch-psychologischen, gesundheitssoziologischen und ähnlichen Themen und Theorien beschäftigen sollten; deren meist defizitorientierte Sichtweise verträgt sich doch nicht mit der Idee der Inclusion.

(B): Die Ablehnung der Beschäftigung mit Schädigungen und Störungen ist eine ziemlich kurzsichtige Schlussfolgerung. Eingeschränkte Lebenslagen, die im Kontext eines Behinderungszustandes im Sinne von Kobi (1993, 100 ff.) entstehen und oft zur Exklusion der betroffenen Menschen tendieren, weisen fast immer einen defizitären Schädigungs- bzw. Störungshintergrund auf. Deshalb ist es erforderlich, im Kontext von Inklusion über möglichst gute Kenntnisse bezüglich der Ursachen, Wirkungen und Umgehensweisen mit diesem Hintergrund zu verfügen. Sie helfen, sowohl das subjektive Befinden und die interaktiven Erfahrungen betroffener Menschen zu verstehen als auch mit ihnen zu kommunizieren und sie zu stärken. Ohne dieses Wissen kann es zu „gut gemeinten“ Fehlern kommen, die u.U. verheerende Folgen haben können. Ich gebe ein *Beispiel*: Ohne spezifische Kenntnisse über das sog. Down-Syndrom kann der Versuch, einem betroffenen Menschen durch körperliche Ertüchtigung (wie z.B. Jogging) zur Gewichtsabnahme zu verhelfen, schwere Folgen haben. Bedingt durch die mit dem Down-Syndrom einhergehende Herzschwäche besteht bei ihm nämlich die Gefahr, dass er bei physischer Anstrengung an Herzversagen stirbt.

(A): Es bleibt aber die Gefahr, dass durch die Beschäftigung mit den – teilweise faszinierenden – Auffälligkeiten, Besonderheiten und Defiziten schlicht der „klinische“ Blick eingenommen und vor allem eingeübt wird. Damit meine ich:

- (1) den auf Störungen ausgerichteten Blick, der entgegen der neuen Position der WHO von einem Ursache-Wirkungs-Zusammenhang in nur einer Richtung (impairment → disability → handicap) ausgeht und damit der Medizin weiter die primäre Zuständigkeit für Behinderungen sichert;
- (2) den Blick, der vom Außenstandpunkt *über* die Menschen urteilt und dabei in Kauf nimmt, die Innenperspektive der Betroffenen zu übergehen;
- (3) den Blick, der gesellschaftlich bedingte Widersprüche ausblendet und Behinderungen einseitig zu individuellen Problemen umdefiniert;

- (4) den Blick, der die Vorstellungen von Normalität sowie die entsprechenden Abweichungen erst produziert und damit auch für die daraus resultierenden praktischen Korrekturmaßnahmen am Individuum verantwortlich ist.

(B): Das Wissen der Medizin und Psychologie stellt eine Orientierungshilfe dar zum Verstehen der Situation der Betroffenen *und* zur Ressourcenorientierung. Sich das Wissen dieser Disziplinen anzueignen und zu nutzen, zeichnet die wahre Professionalität aus. Zutreffend hat auf diese Tatsache Wiesener hingewiesen. Seiner Meinung nach blendet eine pauschale Ablehnung medizinischer und psychologischer Diagnosen wichtige Erkenntnisquellen aus, die im Einzelfall ein wertvoller Baustein der Aufklärung beteiligter Personen und Entscheidung über sinnvolle Maßnahmen sein können (vgl. Wiesener 1999, 81 ff.). Um den oben angedeuteten Gefahren oder „Fallstricken“ zu entgehen, sind im übrigen in der Vergangenheit doch schon verschiedene Lösungswege beschrritten worden. Exemplarisch will ich auf folgende hinweisen:

Zu 1)

Gegen die *Allzuständigkeit der Medizin* können wir doch beispielsweise auf die längst vorgeschlagene Unterscheidung zwischen Krankheit und Behinderung verweisen: Während eine Krankheit ein zu behandelndes Übel oder Leid darstellt, trifft dies für eine Behinderung nicht zu. Hier handelt es sich nämlich nur um eine – zunächst neutral zu bewertende – Reduktion oder ein Fehlen physischer (oder psychischer?) Funktionen bzw. Strukturen. Inwieweit dies eine Einschränkung für die betroffene Person darstellt, bleibt offen und hängt von der subjektiven Bewertung im Kontext gesellschaftlicher Möglichkeiten ab (vgl. Kuhlmann 2003, 151 f.).

Zu 2)

Auch innerhalb des „klassischen“ Krankheitsbegriffs finden wir schon Konzepte, die sowohl die *Außen- als auch die Innenperspektive* berücksichtigen, etwa in der Unterscheidung zwischen der objektiven und subjektiven Diagnose („Befund“ und „Befindlichkeit“). Besonders erwähnt sei zudem die von der (phänomenologischen) Philosophie herausgearbeitete Unterscheidung zwischen dem „Körper, den wir haben“, und dem „Leib, der wir sind“ (Fuchs 2000). Selbst wenn Krankheit und Behinderung strikt voneinander unterschieden werden sollen, bietet es sich an, die Philosophie der Leiblichkeit auch für das Verständnis des inneren subjektiven Erlebens von Behinderung fruchtbar zu machen.

Zu 3)

Gegen den „klinischen Blick“, der Behinderung an der Person festmacht, wird darauf verwiesen, dass die Erlebnis- und Handlungsfähigkeit eines Menschen

entscheidend von personalen, materiellen und strukturellen Ressourcen abhängig ist, die gesellschaftlich bereitgestellt bzw. vorenthalten werden: „Behindert ist man nicht. Behindert wird man!“ Als Handlungsperspektive wird daher nicht eine „Reparatur“ des Individuums, sondern eine *Transformation der Gesellschaft* in sozialer und materieller Hinsicht angestrebt, um Allen eine umfassende Partizipation zu ermöglichen.

Zu 4)

Über praktische Bemühungen (z.B. hinsichtlich „accessibility“) hinaus gilt es sicherlich, auch unser *Verständnis von Normalität* zu überprüfen. Denn gerade die kulturell gewachsene und den Diskurs dominierende Deutung von Normalität ist es, die eine Abweichung von der sog. „Normalität“ produziert und damit den Druck zur Kontrolle oder Beseitigung der Abweichung erzeugt.

Allerdings wird sich auch die kritische Auseinandersetzung mit Normalität dem Dilemma ausgesetzt sehen, allein durch die Bewertung der bisherigen Konzepte sowie durch die (evtl. notwendige) Verwendung neuer Begriffe und Symbole, unvermeidlich ebenfalls Normen zu setzen (s. z.B. Dederich 2001, 113–123).

(A): Deine Ausführungen sind aber doch genau ein Indiz dafür, dass wir uns weniger mit den *behinderten* Menschen, sondern mehr mit den *behindernden* Umständen beschäftigen sollten. Besonders radikal wurde auf Seiten der wissenschaftlichen Experten die hier als klinischer Blick bezeichnete Sichtweise etwa von G. Feuser (1996) kritisiert. In seinen Augen haben die Zuschreibungen, die wir „behinderten“ Menschen entgegenbringen, ihre Grundlage darin, dass wir andere Menschen nicht verstehen bzw. Seiten an ihnen, die auch für uns zutreffen könnten, nicht akzeptieren können. Mit unserer eigenen Begrenztheit gehen wir jedoch so um, dass wir sie auf die Anderen projizieren. Infolge dessen kommt es dazu, dass wir unsere Begrenztheit als Grenzen des anderen Menschen wahrnehmen. Der andere Mensch wird sogar für „wesensmäßig“ begrenzt gehalten. Unsere Annahmen über die Begrenztheit des anderen „lassen uns nun so handeln, dass wir den anderen in Erziehungs-, Bildungs- und Unterrichtssysteme, in Wohn-, Arbeits-, Förder- und Therapiezusammenhänge verbringen, die dieser unserer Annahme über seine Begrenztheit entsprechen. Das garantiert, dass der andere trotz Förderung so bleibt, wie ich ihn mir nur denken kann. Dadurch erfüllt sich, was wir über seine Entwicklungsmöglichkeiten prognostiziert haben. Das bestätigt uns (nicht den anderen), beweist unsere „Normalität“ und dessen „Pathologie“ und schließt den Zirkel.“

(B): Diesem Standpunkt werden jedoch in Publikationen von Menschen ohne und mit Behinderungen auch Einwände entgegengebracht (vgl. Anhang 2.5.1). Soweit zu sehen ist, handelt es sich vor allem um folgende Argumentationsstränge:

- Zum einen werden eher wissenschaftstheoretische Erwägungen dazu angestellt, dass das Denken und Sprechen über Problemsituationen nie begrifflos möglich ist. Es bleibt also immer die Aufgabe, *allgemeine* Begriffe zu finden, die aber das *Spezifische* einer Situation nicht tilgen (vgl. z.B. Dederich 2001, S. 90–123; siehe vorliegenden Anhang 2.5.2).
- Zum anderen werden eher pragmatische Überlegungen vorgebracht: Solange Inclusion als gesamtgesellschaftliches Projekt noch nicht verwirklicht ist, kann es für die Arbeit mit Menschen oder Gruppen, die von Exklusion betroffen oder bedroht sind, *nützlich* bzw. erforderlich sein, deren besondere Situation mit entsprechenden Begriffen kenntlich zu machen und ihnen so auch besondere Unterstützung zu ermöglichen.
- Schließlich geht es jedoch über pragmatische Überlegungen hinaus auch um das Verstehen in der Begegnung. Wie von Behinderung betroffene Menschen berichten, kann nicht nur eine stigmatisierende Handlung oder Äußerung, sondern auch ein die Situation ignorierendes Verleugnen oder Schweigen irritierend und kränkend sein (vgl. Meyer 2004, 61).

Auf den letztgenannten Punkt könnten sich A und B in ihrer Kontroverse vielleicht sogar einigen. Dies soll nochmals aufgegriffen und mit den Worten einer farbigen Frau ausgedrückt werden: „Vergiss, dass ich schwarz bin – und vergiss nie, dass ich schwarz bin!“ Analog kann es auch für einen Menschen mit Behinderung gelten: Reduziert mich nicht darauf, dass ich Einschränkungen unterliege – aber ignoriert nicht, wer ich bin und wie ich von außen behindert werde.

Eine Antwort auf die anfangs gestellte Frage, was wir bezüglich körperlicher Schädigungen, funktioneller Beeinträchtigungen und Behinderungen wissen sollen oder verstehen können, scheint in weite Ferne gerückt zu sein. Letzten Endes wird es indes, worauf z.B. D. Weber aufmerksam gemacht hat, nicht um die Antwort auf die Frage nach Schädigungen, Beeinträchtigungen, Behinderungen etc. gehen. „In der Frage, wie wir mit Menschen umgehen, die anders sind als wir, die wir nicht verstehen, und das ist mehr oder minder jeder, stehen wir selbst auf dem Spiel – es geht dann nicht darum, wer diese Menschen sind, sondern wer *wir* sein wollen. (...) Die Frage: „Wie wirklich ist Behinderung?“ ist also nicht theoretisch zu lösen, sondern nötig zu einer Analyse der Praxis des Umgangs mit Menschen in pädagogischen Zusammenhängen überhaupt“ (Weber 2003).

1.2 SCHLÜSSELBEGRIFFE

Gesundheit, Normalität, Abweichung, Subjektorientierung, Stressbewältigung, Coping, Resilienz, Salutogenese, Gesundheitsförderung, Gesundheitsprobleme, körperliche Strukturen und Funktionen, psychische Funktionen und Strukturen, soziale und materielle Ressourcen, Funktionsfähigkeit, Aktivität, Beeinträchtigungen, Behinderungen, Benachteiligung, Umweltfaktoren.

1.3 ZIELE

Folgende Ziele sollen durch die Lehre erreicht werden:

- Vermittlung einer „interaktionalen“ Leitidee:
 - Wenn wir über Andere urteilen und sprechen, geht es immer auch um unsere Position. Wer wollen wir sein?
 - Wenn das Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft nicht „passt“, sind immer verschiedene Anpassungs- bzw. Abstimmungsprozesse möglich. Wer bewegt sich auf wen zu?
- Differenzierte Auseinandersetzung mit grundlegenden Kategorien wie Normalität, Innen- und Außenperspektive, Funktionsfähigkeit, Erlebnis- und Handlungsfähigkeit¹
- Überblick über verschiedene Begriffe und fachliche Zugänge (bes. der Medizin, Psychologie und Gesundheitswissenschaften) bezüglich Gesundheit, Körper, Gesundheitsproblemen, Einschränkungen und Behinderungen
- Vermittlung von kognitiven, emotionalen und praktischen Kompetenzen, die erforderlich sind, um bei verschiedenen Gesundheitsproblemen die Gefahr von Einschränkungen körperlicher, psychischer und sozialer Funktionen erkennen und mit den betroffenen Personen günstig beeinflussen zu können.

¹ Gegenüber der Betonung von „activity“ im ICF könnte m.E. als Einwand vorgebracht werden, dass Menschen nicht immer nur handelnde Wesen sind, sondern sich und die Welt auch erleben und manchmal erleiden. Neben der „Aktion“ ist also das „Widerfahrnis“ oder die „Passion“ (W. Sofsky) als anthropologische Grundkategorie zu postulieren.

1.4 LERNERGEBNISSE

Die Studierenden sollen nach erfolgreicher Absolvierung des Moduls in der Lage sein,

- fundiert Stellung zu nehmen zu zentralen Begriffspaaren wie Normalität und Abweichung, Leib und Seele, Gesundheit und Krankheit, Funktionsfähigkeit und Behinderung, naturwissenschaftliche und hermeneutische Denkmodelle;
- ein Verständnis dafür zu demonstrieren, wie verschiedene Wissenschaften die Zusammenhänge zwischen physischen, psychischen und sozialen Faktoren im Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsprobleme konzipieren und erforschen;
- sich eigenständig Zugänge zu Datenmaterial zu verschaffen, das zur Analyse von Gesundheitsproblemen und zur Planung gesundheitsfördernder Maßnahmen erforderlich ist;
- ein subjekt- und lebensweltorientiertes Verständnis von Menschen mit Gesundheitsproblemen zu entwickeln und darzulegen.

2. SALUTOGENESE UND PATHOGENESE

Um physische und psychische Möglichkeiten und Probleme der Menschen im sozialen Kontext zu analysieren und im Hinblick auf Exklusion und Inclusion zu reflektieren, greifen wir auf Vorgehensweisen, Befunde und Theorien verschiedener Bezugswissenschaften zurück. Hier sind besonders die Gesundheitswissenschaften, die Humanbiologie und -medizin, die Neurowissenschaften, die Klinische Psychologie sowie die philosophische Anthropologie zu nennen.

Exemplarisch sollen relevante Themen aus folgenden Inhaltsbereichen dargestellt werden:

- Körperliche und psychosoziale *Gesundheit*, besonders unter dem Aspekt ihrer Entstehung und Erhaltung („Salutogenese“),
- Körperliche und seelische *Gesundheitsprobleme* („Pathogenese“),
- Situationen der Einschränkungen der Aktivität bzw. Partizipation im Zusammenhang mit Problemen hinsichtlich der körperlichen, kognitiven oder psychischen *Funktionsfähigkeit*.

Vorab sollen zur Orientierung einige „Querschnitts“-Kategorien, die für alle drei Inhaltsbereiche relevant sein können, erläutert werden. Es geht zum einen um das Thema der Leiblichkeit, zum anderen um das Verhältnis von Normalität vs. Abweichung sowie das Verhältnis zwischen Subjekt und Gesellschaft.

2.1 KATEGORIEN ZUR ORIENTIERUNG Norbert Rückert

2.1.1 LEIBLICHE EXISTENZ

In diesem Kapitel geht es um eine erste Annäherung an die Themen Krankheit, Gesundheit und Behinderung. Als Zugang werden Überlegungen der phänomenologischen Leibphilosophie gewählt, wie sie B. Waldenfels (2000), T. Fuchs (2000, 2002) und vor allem G. Böhme (2003) formuliert haben. Weitere Ideen und Anregungen verdanke ich meinem Kollegen D. Weber (2005).

1) Leib und Körper

„Sie stand leibhaftig vor mir“, er rückte mir zu Leibe“, „sie wurde bei lebendigem Leibe verbrannt“, „er ist tatsächlich der leibliche Vater“. In solchen Redewendungen sowie in religiösen Kontexten hat sich in der deutschen Sprache der etwas altertümlich wirkende Ausdruck *Leib* noch erhalten. Historisch gesehen

ist er älter als der verwandte Ausdruck *Körper* (Böhme 2003, 12). Der Begriff des Körpers gewann erst an Boden im Gefolge der Philosophie von R. Descartes (1596–1650), auch Kartesius genannt. Dieser postulierte eine strikte Unterscheidung zwischen räumlich ausgedehnter Materie (*res extensa*) und unausgedehnter geistiger Substanz (*res cogitans*), die „völlig verschieden ist vom Körper“ (zit. nach Fuchs 2000, 30). Die Erforschung des (entseelten) Körpers wurde im Laufe der Jahrhunderte zur Domäne der Medizin und führte schließlich zu großen Erfolgen in der ärztlichen Behandlung von Krankheiten. Diese Entwicklung beeinflusste auch die allgemeine Mentalität: „Nicht was der Mensch am eigenen Leib spürt und wahrnimmt, sondern was der Arzt palpieren, auskultieren, sezieren kann, wird zum Leitbild von Erfahrung“ (Fuchs 2000, 30). An die Stelle des subjektiven Befindens tritt der objektivierte Befund. Dem Leib bleibt noch der Platz eines Horts des Okkulten, Irrationalen, Unberechenbaren.

„Der Ausdruck *Leib* wurde erst im Laufe des 20. Jahrhundert durch die Philosophie rehabilitiert, und zwar gerade deshalb, weil man einen Ausdruck brauchte, den man dem kartesischen Konzept vom Körper entgegensetzen konnte“ (Böhme 2003, 12). *Körper* bezeichnet nun einen natürlichen Gegenstand, den wir „haben“, d.h. der von außen zu sehen und zu messen, zu behandeln und zu manipulieren ist. Mit *Leib* dagegen meinen wir das, was wir in der Selbsterfahrung als unseren Körper kennen und spüren, also „die Natur, die wir selbst *sind*“ (ebd., 63).

2) **Leib-Sein als Vorgabe**

Im Alltagsleben (z.B. aufstehen, essen, arbeiten, uns freuen oder ärgern) werde ich, solange ich nicht darüber nachdenke, gar nicht zwischen Körper und Leib oder Leib und Seele klar unterscheiden. Ich differenziere auch nicht zwischen mir und dem Leib oder der Seele. „Auch im Kranksein und Leiden, wenn Leibliches und Seelisches störend, schmerzhaft, peinlich in den Vordergrund tritt, bleibt es doch Teil meiner Existenz“ (Fuchs 2000, 88). Kaum jemand wird sagen „mein Leib ist erschöpft“ oder „meine Seele hat Angst“.

Eine Möglichkeit, dem Leib-Sein auf die Spur zu kommen, sieht Fuchs darin, die äußeren Sinnesorgane zu verschließen und die „leiblichen Empfindungen“ hervortreten zu lassen, z.B. Hunger, Völlegefühl, Unruhe, Behagen, Anspannung, Atmung. Sie sind räumlich spürbar. Hinzukommt, dass diese Empfindungen auch eine Dynamik entfalten können, z.B. drücken, ausstrahlen, ziehen, wandern. Auch eine Bewegung kann eine spürbare Räumlichkeit beinhalten. „Wenn ich mit einem Bleistift schreibe, empfinde ich unmittelbar, ob er kratzt oder weich über das Papier gleitet, als ob er mein Finger selbst wäre“ (Fuchs 2000, 89). Der Autor referiert noch viele andere Beobachtungen u.a. auch das

Phantomglied-Phänomen, das von vielen Autoren erwähnt wird, um die Besonderheit des Leib-Seins im Unterschied zum Körper-Haben zu verdeutlichen. Im Widerspruch zu Descartes zeige sich, dass das Leib-Sein ein räumlich ausge dehntes und zugleich subjektiv-seelisches Phänomen sei. „Die phänomenologi sche Analyse erweist den Leib als *ausgedehnte, raumerfüllende Subjektivität*“ (ebd., 99). Es ergibt sich daraus eine weitere Schlussfolgerung: Leib-Sein ist nicht etwas, das wir wie andere Dinge haben und aus der Distanz wahrnehmen und erkennen können. Unser Leib ist unseren Wahrnehmungen und Bewegungen als deren Medium bzw. *Fundament* selbstverständlich und nahezu stillschweigend vorgegeben. „Der Leib ist der ‚automatische‘ und anonyme Grund all unserer Lebensvollzüge“ (ebd., 333).

3) Leib-Sein als Widerfahrnis

Wenn Böhme (2003) den Leib als „*Natur*, die wir selbst sind“ bezeichnet, meint er ebenfalls diese Vor-Gegebenheit des Leibes. Denn unter Natur verstehen wir das, was uns Menschen vorgegeben ist – im Unterschied zu dem, was wir selbst herstellen. (Diese Gegebenheit des Leibes wird, so meint Böhme, auch für Menschen gelten, die eines Tages aus gentechnischer Produktion hervorgehen.)

Dass wir in diesem Sinne Leib sind, ist Bestandteil unseres kognitiven Wissens, vor allem aber Teil unserer Selbst-Erfahrung, der wir gar nicht entkommen. Zur unausweichlichen Erfahrung des Leibes gehört es nämlich, dass er sich uns aufdrängt, uns belastet oder beeinträchtigt: beispielweise wenn wir hungrig, träge oder müde werden, wenn uns die Beine schwer werden oder wir uns hilflos fühlen, wenn wir nur schwer Luft bekommen, wenn wir Schmerzen haben. „In summa: Leib sein ist schwierig, lästig“ (Böhme 2003, 34). Die lebensweltliche Erfahrung, dass etwas selbstverständlich Gegebenes uns dann erst auffällt, wenn es ausfällt oder irritiert, gilt auch hier: Leib-Sein spüren wir am ehesten in negativen Widerfahrnissen. Es gibt aber auch positive Anlässe, etwa die Freude an Bewegung oder Beschleunigung, ein Gefühl von Kraft oder Weite, das Erleben sexueller Lust – „Gelegenheiten, in denen Natur zu sein nicht als Last, sondern als Lust widerfährt“ (ebd., 71).

In der Literatur werden, meist unter Berufung auf die Leibphilosophie von H. Schmitz, verschiedene Facetten der *Selbstbetroffenheit* bzw. Geworfenheit der leiblichen Existenz beschrieben. Dazu gehören Erfahrungen der leiblichen Engung sowie Weitung, auch die Erfahrung des Außersich-Seins – vor Schmerz oder vor Glück (vgl. Weber 2005, 476 ff.). Offensichtlich ist für das Spüren des Leibes die Erfahrung des „Anderen“, sei es fremd oder vertraut, grundlegend.

4) **Selbstbezug im Fremdbezug**

Für die Entwicklung des eigenen Leib-Seins gilt generell, dass der Bezug bzw. Austausch mit der Welt konstitutiv ist. Schon der Säugling begegnet mit seiner Bewegung und seinem Tastsinn einem Widerstand. Er erlebt und lernt am eigenen Leib allmählich den Unterschied zwischen sich selbst und dem Anderen, z.B. Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdbewegung. Eine wichtige Rolle für die Entwicklung eines (leiblichen) Selbst spielen soziale Interaktionen, beispielsweise wie das Kind im Gesicht von anderen Personen gespiegelt wird (vgl. Fuchs 2000, 274 ff.). Mit Bezug auf J.P. Sartre, der sich ausführlich mit der Wirkung des Blickes beschäftigt hat, benennt Waldenfels (2000, 240) die *Interpersonalität* als Merkmal des Leib-Seins: „Leiblich existieren heißt, dass man im Blick der Anderen und unter dem Zugriff der Anderen existiert“.

Gerade im Blick der Anderen kann indes der Umschlag vom Leib-Sein in das *Körper-Haben* schon angelegt sein. Aus der Außenperspektive fällt es leichter, eine Person distanziert als Körper, d.h. als Objekt wahrzunehmen und zu behandeln. Es kann allerdings auch der eigene Blick in den Spiegel oder der antizipierte Blick von außen dazu führen, dass ich meinen Leib wie ein Ding gestalten und verändern will. Leistungssport oder Bodybuilding führen keineswegs automatisch zu einem besseren Leibbewusstsein; im Gegenteil – hier nimmt die Gefahr einer Instrumentalisierung des eigenen Leibs (z.B. durch Doping) sogar noch zu.

Aus der Mannigfaltigkeit der leiblichen Existenz konnten für unseren Zusammenhang folgende Grundzüge des Leib-Seins herausgestellt werden: Es lässt sich verstehen als eine räumliche und zugleich psychische Wirklichkeit, die jeder Person vorgegeben ist und sie affektiv betrifft, die sich in der Auseinandersetzung mit der Welt und anderen Menschen entwickelt und die zum Körper verdinglicht werden kann. An den zu Beginn zitierten Redewendungen könnten rückblickend vielleicht einige der genannten Aspekte entdeckt werden.

Im Hinblick auf die Themen Krankheit, Gesundheit und Behinderung sollen nun die bisherigen Überlegungen noch ergänzt werden.

5) **Leib-Sein und Krankheit**

Spätestens wenn wir körperlich krank sind, werden wir mit unserem Leib-Sein konfrontiert. Solange wir uns gesund fühlten, konnten wir unseren Leib ignorieren. „Gesundsein heißt wesentlich: sich nicht spüren, den Leib vergessen können. Der Grund liegt in der Instrumentalisierung des Leibes“ im alltäglichen Leben (Akashe-Böhme & Böhme 2005, 16). Im Krankheitsfall kann es dann erst recht dazu kommen, dass im Rahmen der Diagnostik und Behandlung der Leib zum Körper verdinglicht wird. („Wie geht es der Niere auf Zimmer 4?“) Aber selbst über uns als (naturwissenschaftlich begreifbaren) Körper haben wir

nach Ansicht von F. Akashe-Böhme u. G. Böhme nur wenig Wissen. Es liege vielleicht daran, dass es uns – etwa in der Schule – als Wissen von außen, als Wissen über Anderes vermittelt werde und daher nicht unser Interesse wecke. Wenn ich selbst krank werde, merke ich, dass es um ein Wissen für und über *mich* (z.B. meine Niere) geht. Die Aneignung eines solchen Wissens ist in einer gesundheitlichen Krise dann oft nicht so leicht und schnell möglich.

(Ähnlich der Unterscheidung von Körper und Leib wird in der deutschen Sprache zwischen *Krankheit* und *Kranksein* differenziert: Krankheit („disease“) impliziert eher eine Sicht von außen auf den Körper; Kranksein („sickness“, „illness“) bezieht sich eher auf das subjektive Erleben, besonders auf den Aspekt des Leidens, und steht dem Leib-Sein näher).

Die oben bereits erwähnte Last und affektive Betroffenheit des Leib-Seins macht sich im Widerfahrnis einer Krankheit besonders bemerkbar, am schlimmsten wohl im Schmerz. Wenn ich erleben muss, dass es mich gewissermaßen zerreißt oder dass ich zerfließe oder zusammenschmurre u.ä., möchte ich mich am liebsten von meinem Leib trennen oder auf Distanz zu ihm gehen, merke aber, dass ich meiner leiblichen Existenz nicht entkommen kann.

Krankheiten können aber auch über die akute Phase hinaus für meinen Lebenslauf einschneidende oder andauernde Ereignisse sein – „Kerben oder Knoten in der leiblichen Existenz“ (ebd., 24). Besonders dramatisch ist dies bei Krankheiten, die einen progredienten Verlauf haben, d.h. weiter fortschreiten. Sie können die Biographie so sehr prägen, dass sie zu einer einzigen Leidensgeschichte wird.

6) Leib-Sein und Gesundheit

Gesundheit und Leib-Sein sind mindestens in einem Punkt vergleichbar: Sie sind, wie übrigens auch das Gleichgewicht, Phänomene des Hintergrunds unserer Existenz (Fuchs 2002, 20). In der Regel bestehen oder funktionieren sie selbstverständlich bzw. stillschweigend, und wir bemerken sie oft erst dann, wenn sie beeinträchtigt sind.

Bezogen auf die Gesundheit wird beispielweise vom „Schweigen der Organe“ oder von der „Verborgenheit der Gesundheit“ gesprochen (ebd., 18). Dies heißt jedoch nicht, dass Gesundheit schlicht als Abwesenheit von Krankheit zu verstehen ist. Eine solche Schlussfolgerung würde nämlich Krankheit und Gesundheit als sich gegenseitig ausschließende Pole betrachten. Auch die World Health Organization (WHO), die Gesundheit als physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden (physical, psychical and social well-being) definiert, geht von einer Polarität aus; die Abwesenheit von Krankheit ist zwar eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung für Gesundheit. Aus Sicht der Leib-

phänomenologie gehört Kranksein ebenso wie Behindertsein zu unserer leiblichen Existenz dazu. Gesundheit ist daher eher zu verstehen als Zustand oder Fähigkeit, mit Schädigungen und Beeinträchtigungen leben zu können. Damit wären „Krankheit und Gesundheit keine strikten Gegensätze mehr. Es wird denkbar, dass es gesunde Kranke und kranke Gesunde gibt“ (Böhme 2003, 244). Eine solche Betrachtung kann bei allen Erkrankungen sinnvoll sein. Besonders angebracht ist sie jedenfalls bei Menschen mit chronischen Krankheiten.

7) **Leib-Sein und Behinderung**

Wie schon ausgeführt, ist aus verschiedenen Gründen Behinderung nicht mit Krankheit gleichzusetzen. Menschen mit einer Behinderung können gesund sein, manchmal sind sie es mehr als Menschen ohne Behinderung. „Behinderung ist immer ein Nicht-Können oder ein eingeschränktes Können“ (Böhme 2003, 246). Was normalerweise zu können ist, wird meist von außen definiert. Der Begriff der Behinderung orientiert sich also an gesellschaftlichen Erwartungen. „Behinderte Menschen sind danach solche, die – ohne Hilfe – bestimmte Leistungen nicht erbringen können, die von der Gesellschaft dem Einzelnen zugemutet werden. (...) Diese Feststellung soll das Problem der Behinderung nicht verkleinern. Sie soll darauf hinweisen, dass es häufig nicht auf Seiten der Behinderten angepackt werden muss, sondern auf Seiten der Gesellschaft“ (ebd., 247).

Oft denken wir bei Behinderung an Formen von Beeinträchtigungen, die uns als gravierend und weit weg von uns erscheinen. Dieses Denken wird evtl. durch die Segregation von Menschen mit Behinderungen auch noch verstärkt. Dadurch reißen wir aber einen weiten Graben zwischen „Normalität“ und Behinderung auf. Dabei kennen die meisten von uns zumindest mildere Formen von Einschränkungen einer Funktionsfähigkeit, die jedoch (wie die Sehschwäche) entweder korrigiert werden können oder im Alltag nicht so sehr ins Gewicht fallen. Ohne die verschiedene Formen nivellieren zu wollen, kann aber eine solche Selbstreflexion uns dazu führen, Menschen, die als behindert gelten, als kompetente normale Menschen zu sehen, die eben besondere Hilfe benötigen (vgl. Böhme 2003, 238).

Böhme sieht hier jedoch ein Problem in unserem europäischen Verständnis von Autonomie, das noch verstärkt wird „durch die Entwicklung der Auflösung der Familie, der Entwicklung des Singletums, also letzten Endes der Entwicklung des Kapitalismus“ (ebd., 258). Dieses Verständnis mache es schwer, einerseits im Sinne von Souveränität (statt Autonomie) eine Abhängigkeit von Hilfe zu akzeptieren und andererseits Hilfe in einer nicht demütigenden Form von Solidarität anzubieten. Daher lautet seine These: „Behinderung zu bewältigen ver-