

**Aneignung:** Krankheitsverarbeitung und Prozesse der Gesundung erweisen sich in den biographischen Analysen als Formen biographischer Aneignungsprozesse (Keil, Hanses 1997). Damit ist ein aktiver – wenn auch keineswegs nur intentionaler – Prozess markiert, in dem die (erkrankten) Subjekte vor dem Hintergrund ihrer biographischen Erfahrungen und Ressourcen zu „Gestalten“ ihrer sozialen wie somatischen Situation werden. Dem Modell der durch Expertenwissen bestimmten Intervention ist in vielen Bereichen das professionelle Konzept einer dialogischen Ermöglichung zur Aneignung der Krankheit durch die erkrankten Menschen entgegenzusetzen.

**Gesundheitliche Dienstleistung:** Die biographischen Studien zeigen weiterhin, dass sich die professionelle Praxis bislang wenig am biographischen Wissen der Patienten orientiert. Die professionelle Ignoranz gegenüber den biographischen Bedingungen von Bewältigungsprozessen destabilisieren oftmals die psychosozialen Lebenslagen der erkrankten Menschen ebenso wie deren gesundheitlichen Zustand. Die „Drehtürsituation“ ist oftmals Folge solcher kontraproduktiven professionellen Umgangsweisen (Hanses, Bör-

gartz 2001). Es wird deutlich, dass professionelle Hilfepläne auf der Seite des Subjekts einer Anschlussfähigkeit an biographische Wissensbestände bedürfen, wenn sie sinnvoll in die Selbstkonzepte und Handlungsorientierungen der Patienten integriert werden sollen.

**Patientenorientierung:** Konsequenz der bisherigen Erörterungen ist die Notwendigkeit einer biographiebezogenen Patientenorientierung. Es bedarf eines „verstehenden Zugangs“ der Professionellen zu den biographischen (und damit auch immer sozialen und lebensweltlichen) Konstruktionen der Nutzer gesundheitlicher Dienstleistungen, – wie sie z.B. mit dem Konzept der biographischen Diagnostik entwickelt worden sind (Dern, Hanses 2001) –, um eine an den Sinnhorizonten der erkrankten Menschen orientierte professionelle Unterstützungsleistung zu eröffnen. Ziel gesundheitlicher Versorgung sollte es sein, selbstverantwortliche, biographische und soziale Lernprozesse zu ermöglichen.

**Fallvignette:** G.K. bekommt mit 13 Jahren epileptische Anfälle. Die Phase der Pubertät beschreibt er als „großes Loch“. Es ist eine Zeit „selbst angelegter Ketten“. Er zieht sich von den anderen Jugendlichen zurück. Das

anschließende Studium sieht er als Chance, das „ungelebte Leben“ nachzuholen. Unter dem Druck sich als „ganzer Kerl zu beweisen“, greift er zum Alkohol. Die Zunahme epileptischer Anfälle ist die Folge. Die krisenhafte Zuspitzung eines Prädelirs wird für G.K. zu einem „turning point“: Er entscheidet sich für einen Entzug und einer folgenden Psychotherapie. Während der Psychotherapie verschwinden die epileptischen Anfälle sowie die „Anfallspotenziale“ im EEG.

Der eigentliche Impuls dieser Gesundungsgeschichte ist allerdings weniger in der Psychotherapie als in der Krise des Prädelirs auszumachen. Sie fordert G.K. heraus, seine „fixe Idee im Koppe“, sich als Mann beweisen zu müssen, aufzulösen. Die Krise avanciert zur Neukonzeptualisierung seiner biographischen Konstruktionen.

Literatur im Internet.

Dr. phil. Andreas Hanses  
 Prof. Dr. Annelie Keil  
 Universität Bremen  
 Institut für angewandte Biographie-  
 und Lebensweltforschung  
 Postfach 33 04 40  
 28334 Bremen  
 Tel.: 0421/218-4660  
 Fax: 0421/218-7218  
[ahanses@ibl.uni-bremen.de](mailto:ahanses@ibl.uni-bremen.de)

## Gesundheitskonzepte und Lebensstile

Thomas von Lengerke, Martina Eller und Rolf Weitkunat

Ein einheitliches Lebensstilkonzept existiert nicht. Im gesundheitssoziologischen Lebensstilansatz von Abel (1997) werden Orientierungen, denen auch subjektive Gesundheitskonzepte zuzuordnen sind, als Teil gesundheitsrelevanter Lebensstile konzeptualisiert. Im gesundheitspsychologischen Verhaltensansatz (z. B. Hornung

1997) liegt dagegen die Interpretation von Orientierungen (Einstellungen) sowie von Gesundheitskonzepten als Determinanten gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen näher (und damit nicht als deren Bestandteil). Gemeinsam ist beiden Ansätzen zum einen die Annahme, dass gesundheitsrelevante Verhaltensweisen in nichtzufäl-

ligen Kombinationen auftreten, zum anderen die, dass sich Menschen einigermaßen konsistent zu ihren Einstellungen und Vorstellungen von Gesundheit verhalten. Vier vorherrschende Gesundheitskonzepte lassen sich unterscheiden (Blaxter 1990; Faltermaier, Kühnlein 2000): Gesundheit als