

Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen der Logopädie

Ein Beitrag zur Diskussion über die Positionierung der Logopädie gegenüber ihren Bezugswissenschaften

Bernhard Borgetto

ZUSAMMENFASSUNG. Die Gesundheitswissenschaften, wie sie sich in Deutschland entwickelt haben, bilden in vielerlei Hinsicht eine Grundlage für die Logopädie. Umgekehrt können aber auch die Gesundheitswissenschaften von der Logopädie profitieren. In diesem Beitrag sollen diese beiden Thesen begründet werden, indem ein Überblick über die Gesundheitswissenschaften und ihr derzeitiges Verhältnis zur Logopädie gegeben wird und beispielhaft die Potenziale einer zukünftigen (weiterentwickelten) Kooperation und deren Voraussetzungen erörtert werden. Dabei muss notwendigerweise selektiv und teilweise oberflächlich vorgegangen werden, da schon ein umfassender Überblick über die Gesundheitswissenschaften den Rahmen dieses Beitrags übersteigen würde. Perspektivisch soll mit diesem Beitrag auch eine Diskussion über die Positionierung der Logopädie gegenüber ihren Bezugswissenschaften angeregt werden.

Schlüsselwörter: Logopädie – Gesundheitswissenschaften – Public Health – Gesundheit – Krankheit – Kommunikation

Gesundheitswissenschaften – Ein Überblick

Zunächst einmal stellt sich die Frage, was die Gesundheitswissenschaften ausmachen (Hurrelmann & Razum 2012). Eine Definition ist jedoch angesichts der historischen und zeitgenössischen Schwierigkeiten mit dem englischen „Originalbegriff“ *Public Health* und der Unterscheidung in *Old and New Public Health* derzeit im Konsens nicht möglich¹. Deshalb soll in diesem Abschnitt anhand der theoretischen Grundlagen, der Forschungsmethoden sowie der Forschungs- und Praxisfelder, die häufig den Gesundheitswissenschaften zugeordnet werden, ein Überblick gegeben werden.

Auch die Gesundheitswissenschaften beziehen ihre theoretischen Grundlagen teilweise aus anderen Wissenschaften: der Soziologie, der Psychologie, der Medizin, der Humanbiologie, der Geschichte, der Ethik, u.a. Ihre Forschungsmethoden basieren auf der Statistik, der Epidemiologie, der Demografie, den Sozialwissenschaften, der Gesundheitsökonomie und der Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung. Zentrale Forschungsfelder sind die Determinanten der Gesundheit und indirekt auch Krankheit, sowie das

1 Selbst an der Frage, ob es sich um eine Gesundheitswissenschaft oder um mehrere Gesundheitswissenschaften handelt, scheiden sich die Geister.

Gesundheitsversorgungssystem; und hier insbesondere die ärztlich-ambulante Versorgung, das Krankenhaus, der Öffentliche Gesundheitsdienst, die Rehabilitation, die Pflege und die Selbsthilfe. Die Therapieberufe kommen in der Regel nicht als eigenständiges Forschungsfeld vor. Nicht nur Forschungs-, sondern auch Praxisfelder für Gesundheitswissenschaftler sind zudem die Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Organisation und Steuerung des Gesundheitssystems.

Gesundheitswissenschaften und Logopädie – Eine Begegnung auf hohem Niveau?

Diese Frage muss in zweierlei Hinsicht beantwortet werden. Einerseits spielt die Logopädie in den Gesundheitswissenschaften in Deutschland derzeit kaum eine eigenständige Rolle. Bestenfalls wird sie im Rahmen der Heilmittelversorgung und der Rehabilitation randständig abgehandelt.

Andererseits kommen die Gesundheitswissenschaften in der Ausbildungs- und Prüfungsordnung in Deutschland und den Education Guidelines der International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP) nicht explizit vor. Gesundheitswissenschaftliche Grundlagenwissenschaften wie die

Prof. Dr. habil. Bernhard

Borgetto ist Medizin- und Gesundheitssoziologe. Er studierte Soziologie an der Universität Frankfurt/M., promovierte in Heidelberg und habilitierte sich 2004 an der Universität Bielefeld. Nach Tätigkeiten als wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Universitäten Gießen und Freiburg ist er seit 2006 Professor für Gesundheitsförderung und Prävention an der HAWK Hildesheim und dort Studiendekan der Studiengänge Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Gleichzeitig ist er Leiter des Instituts für gesundheits- und sozialwissenschaftliche Forschung und Beratung e.V., München/Freiburg.



Psychologie, die Soziologie, die Humanbiologie und die Medizin sind zwar Bestandteil der logopädischen Ausbildung. Die Frage ist jedoch im Hinblick insbesondere auf Psychologie und Soziologie: Wie gehen sie in Ausbildung ein? Geht es um die jeweiligen allgemeinen Grundlagen oder auch um die Modelle und Konzepte, die in den Gesundheitswissenschaften ein tragendes Fundament geworden sind? Dem Anschein nach ist Letzteres seltener der Fall.

Allerdings werden die Gesundheitswissenschaften in Deutschland in einigen Logopädie-Studiengängen, Bachelor wie Master, thematisiert, z.B. an der HAWK Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim, der Hochschule für Gesundheit in Bochum, aber auch in den Minimum Standards for Education des Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes / Logopèdes de l'Union Européenne (CPLOL).

Die Begegnungen finden also tatsächlich eher auf hohem bzw. akademischem Niveau statt, sind in Deutschland dementsprechend jedoch (noch) eher selten.

Der Beitrag basiert auf einem Vortrag des Autors auf dem 41. Jahreskongress des dbl 2012 in Nürnberg mit dem Titel: „Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen der Logopädie“.

Zentralbegriff Gesundheit

Im Zentrum der Gesundheitswissenschaften stehen der Begriff der Gesundheit und indirekt auch der Begriff der Krankheit. Zu beiden existiert eine kaum mehr überschaubare Diskussion. Gibt es so etwas wie ein Wesen der Gesundheit und ein Wesen von Krankheit? Über diese Frage und weiterführende Fragen haben sich kluge Menschen bereits in der Antike den Kopf zerbrochen, und noch immer gibt es keine eindeutigen Antworten. Es wurden die verschiedensten Definitionsversuche und auch Studien zur Klärung unternommen und alles was dabei herausgekommen ist, sind Fragmente und neue Fragen.

Dennoch ist es sinnvoll, hier einige der Überlegungen vorzustellen, denn je nachdem, wie man Gesundheit und Krankheit versteht, ergeben sich auch unterschiedliche Ansatzpunkte zum Forschen, Lehren und Handeln. Einer der wichtigsten Ansätze ist die Analyse von Gesundheit und Krankheit in den diversen Bezugssystemen, üblicherweise unterschieden nach den Bezugssystemen des Individuums, der Medizin und der Gesellschaft (Borgetto 2009a).

Zunächst einmal ist festzustellen, dass Gesundheit und Krankheit soziale Konstruktionen sind. Sie sind weder in unserem Körper noch in unserer Psyche eindeutig an- oder abwesend. Es kommt vielmehr auf den Standpunkt, das Bezugssystem an.

Empfindet der eine seine raue Stimme als sehr männlich, so leidet ein anderer beständig an seinem trockenen Hals. Ein dritter, eher streng Gläubiger, hält Stottern für eine Strafe Gottes. Noch ein anderer findet es unproblematisch, dass sein kleiner Sohn nur wenige Wörter kennt, und auch irgendwie niedlich, dass er diese so besonders (aus)spricht².

Gerne werden diese individuellen Konstruktionen (die auch immer situativ sind) als subjektiv bezeichnet. Schon seit geraumer Zeit gibt es Bemühungen, die Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen im individuellen Bezugssystem durch qualitative und quantitative Studien zu untersuchen. Standardisierte Erhebungsinstrumente hierfür sind zum Beispiel der SF-36 (Bullinger & Kirchberger 1998, Bullinger 2002), mit dem die gesundheitsbezogene Lebensqualität untersucht

wird, oder logopädienspezifischer der VHI, der Voice Handicap Index (Jacobson et al. 1997). Objektivität wird eher in der Medizin bzw. allgemeiner in der Wissenschaft gesucht.

Noch immer zu oft wird dabei jedoch Objektivität im Sinne von „wie es wirklich ist“ verstanden, also mit einer von der subjektiven Sinneswahrnehmung und dem subjektiven Bewusstsein unabhängigen „äußeren“ Realität verwechselt. Dies ist jedoch ein Fehlschluss, denn in der Wissenschaft konstituiert sich Objektivität als intersubjektive Nachvollziehbarkeit, d.h. bei gleichen Voraussetzungen (Wissensstand, logische Argumentation, methodische Regeln) sollten alle Wissenschaftler in ihrer Arbeit mehr oder weniger zu gleichen Ergebnissen und Schlussfolgerungen kommen³.

Dennoch führt die Objektivitätsanmutung der Wissenschaften bei Gesundheitsberufen regelhaft immer wieder dazu, dass sie ihre Expertenmeinung über die des vermeintlichen Laien stellen. Dies zeigt sich u.a. darin, dass von objektiv Gesunden gesprochen wird, wenn Untersuchungen zu keinem zu den individuellen Beschwerden passenden Befund führen. Und umgekehrt spricht man häufig von objektiv Kranken, wenn Befunde nicht zur Selbstwahrnehmung des Einzelnen als gesund passen. Solche Diskrepanzen in den Bewertungen scheinen keine Einzelfälle zu sein: In einer Vielzahl von Studien wurden z.B. Diskrepanzen zwischen den Ergebnissen des VHI und objektiven Parametern zur Stimmmessung festgestellt.

Da also bei Experten wie Laien ggf. subjektive Meinung gegen subjektive Meinung steht und beides Ansichten in ihrem eigenen „Recht“ sind, wären Bezeichnungen für Personen, bei denen die genannten Kombinationen vorliegen, als konvergent krank oder gesund bzw. divergent krank oder gesund treffender – wobei die Frage, wer als divergent gesund bezeichnet wird, ggf. an die Einschätzung der betroffenen Person anknüpfen sollte, also das individuelle Bezugssystem im Sinne einer Patientenzentrierung im Vordergrund stehen sollte (Abb. 1).

Aber auch die Gesellschaft stellt ein Bezugssystem dar, das den Anspruch erhebt, Defini-

tionsmacht über Gesundheit und Krankheit zu haben. Soziale Normierungen wie Krankenschreibung, Minderung der Erwerbsfähigkeit, Grad der Behinderung, die Erwartungen an die Krankenrolle etc. bestimmen mit darüber, was unter Gesundheit und Krankheit verstanden wird.

Es stellen sich Fragen wie: Kann/will der Patient krankgeschrieben werden? Ist die Diagnose eine Verlegenheitsdiagnose, damit eine Versicherungsleistung ausgelöst werden kann? Will der Betroffene durch die Inanspruchnahme der Patientenrolle einer unwürdigen Arbeitssituation entgehen? Ist eine Patientin in der Therapie, weil die sozial-kulturellen Normen dies erforderlich machen bzw. sie von ihrer sozialen Umwelt zur Inanspruchnahme gedrängt wurde?

Begrifflich wird es nun überkomplex: Wie bezeichnet man einen Patienten, bei dem Befunde ein Kranksein nahelegen, dessen Selbstwahrnehmung ebenfalls in Richtung krank deutet, der aber die gesellschaftlich legitimierte Krankenrolle nicht annimmt, obwohl in seinem Umfeld auf ihn Druck ausgeübt wird, sich trotz des anstehenden Arbeitsplatzabbaus in seiner Firma krankschreiben zu lassen?

Wir haben an dieser Stelle aber nicht nur ein wissenschaftlich-begriffliches Problem. Viel relevanter ist das therapeutisch-praktische Problem, das sich aus den potenziell mehrfachen Divergenzen ergibt. Immer wieder fallen die Wertungen der Bezugssysteme im konkreten Fall auseinander und beeinträchtigen den Therapieverlauf. Die Schlussfolgerung muss heißen: Das erste Ziel der Therapie ist es, ein konvergentes Bezugssystem für Gesundheit und Krankheit von Therapeut und Patient/Klient/Setting/System herzustellen. Der Weg ist: Aushandlung und Kompromiss – oder mit anderen Worten: Kommunikation! Viel zu wenig ist noch untersucht, ob und wie es gelingt, konvergente Bezugssysteme herzustellen, viel zu oft wird noch unterschwellig versucht, den Patienten zu der vom Experten gewählten Therapie zu motivieren – in der Forschung zur Compliance tritt dieser Ansatz deutlich zutage.

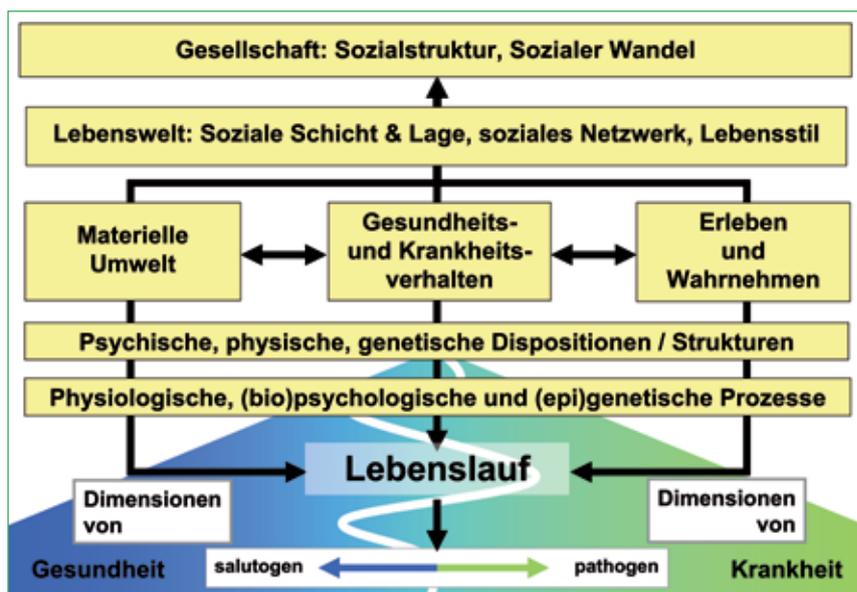
■ **Abb. 1: Konvergenzen und Divergenzen in den Bezugssystemen der Medizin und des Individuums**

	Medizin	Medizinisch gesund	Medizinisch krank
Individuum			
Subjektiv gesund		„konvergent Gesunde“	„divergent Gesunde“
Subjektiv krank		„divergent Kranke“	„konvergent Kranke“

² Für Beispiele, Informationen und Anregungen an dieser und anderen Stellen bedanke ich mich bei meiner Hildesheimer Kollegin Hanna Ehlert, MSc.

³ Wer dabei ist, wenn sich mehrere Ärzte dasselbe Röntgenbild anschauen und Schlussfolgerungen ableiten, weiß allerdings, wie es um die Objektivität auch von bildgebenden Verfahren bestellt ist.

■ **Abb. 2: Mehrebenenmodell der Wechselwirkungen von Gesellschaft und Gesundheit (Borgetto 2009b)**



Nun gäbe es zur Gesundheit aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht noch einiges mehr zu fragen: So z.B., warum so mancher die Orientierung an Krankheit im Medizinsystem für eine pervertierte Vertauschung von Werten hält, weshalb der Versuch, Gesundheit positiv zu bestimmen, dazu führt, dass der Gesundheitsbegriff potenziell grenzenlos und damit sinnlos oder gefährlich wird; warum Freiheit und Gesundheit ein immanenter Widerspruch zu eigen zu sein scheint, ob Gesundheit mehr ist als nur eine Projektionsfläche für die unterschiedlichsten Interessen und anderes mehr. Diese Fragen müssten aber in einem gesonderten Beitrag erörtert werden.

Einflüsse auf Gesundheit (und Krankheit)

Das wichtigste Forschungsfeld der Gesundheitswissenschaften dürften die Determinanten von Gesundheit (und indirekt auch von Krankheit) sein. Um allzu deterministischen Vorstellungen keinen Vorschub zu leisten, ist die Bezeichnung „Einflüsse auf“ oder „Einflussfaktoren“ zu bevorzugen. Will man versuchen, einen möglichst vollständigen Überblick über die Einflussfaktoren zu bekommen, so können diese nicht im Einzelnen analysiert, sondern müssen gruppiert werden. Manches, was als Determinante diskutiert wird, hat direkten Einfluss auf Gesundheit und Krankheit, manches wirkt sich nur über zum Teil verschlungene Kausalpfade aus. Zudem bleiben die Einflussfaktoren von ihren gesundheitlichen Wirkungen selbst meist nicht unberührt, sodass ein dynamisches,

sich wechselseitiges beeinflussendes System von Faktoren zu berücksichtigen ist, das am besten in einem Mehrebenenmodell abgebildet werden kann. Gleichwohl bleibt das hier vorgestellte Modell auf den ersten Blick unübersichtlich (Abb. 2).

Im Folgenden wird das Modell in groben Zügen erläutert, um dann die Relevanz der Logopädie bzw. der logopädischen Grundlagenforschung – so sie es denn gibt – für dieses Modell zu erörtern.

Zentral für das Verständnis des Modells ist es, dass es als ein Modell der Wechselwirkungen zwischen Gesellschaft und Gesundheit konzipiert ist. Häufig wird in Ätiologie-modellen zwischen der materiellen Umwelt und der sozialen Umwelt unterschieden, um eine erste Gruppierung der Einflüsse vorzunehmen. Es gibt jedoch einen guten Grund dafür, die Gesellschaft als Gesamtrahmen des Modells zu konzipieren. Unsere globalisierte Welt ist vom Menschen gestaltet. Es gibt kaum etwas, das nicht einer gesellschaftlichen Ordnung unterliegt. Auch die Natur entfaltet sich in unserer Welt nicht mehr unabhängig vom Menschen, bestenfalls in dafür eigens zugestanden Räumen. Und selbst diese Räume sind ein Ergebnis menschlicher Gestaltung, mithin Teil der Gesellschaft oder besser: der gesellschaftlichen Ordnung unterworfen. Dass die Natur ihrerseits immer mal wieder mit ihren Naturkräften und manchmal auch -gewalten der gesellschaftlichen Ordnung im Großen wie im Kleinen ihre Grenzen aufzeigt, ist zwar eine zutreffende Feststellung, ändert aber nichts an der menschlichen Einflussnahme – wenn

diese auch mitunter nicht intendierte Resultate zeitigt.

Ein Naturwissenschaftler würde das Modell möglicherweise genau umgekehrt anlegen: Die Natur gibt den Rahmen vor, innerhalb dessen sich die Gesellschaft entfalten kann. Wie so oft in der Wissenschaft beginnt der Erkenntnisgewinn mit einer subjektiven Setzung – aus der Perspektive der eher sozial- und kulturwissenschaftlich geprägten Gesundheitswissenschaften erscheint die Gesellschaft als Rahmung jedoch als folgerichtig.

Die Gesellschaft gibt demnach durch ihre Kultur, Sozialstruktur und den sozialen Wandel den Rahmen und Ausgangspunkt der Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit vor. Die Gesellschaft als Ganzes ist jedoch genauso wie die Welt als Ganzes vom Einzelnen nicht erfahrbar, sondern nur die jeweilige Lebenswelt – hier nicht gemeint als einzelnes Setting, sondern als Summe aller biografisch sich verändernden Sozial-, Kultur- und Naturräume und -beziehungen. Die Lebenswelten sind jedoch trotz aller zunehmenden Lebenspluralität nicht beliebig unterschiedlich, sondern durch soziale Schicht und Lage, soziale Milieus, soziale Netzwerke sowie soziokulturelle Angebote (Opportunitäten) und Lebensstile geprägt.

Innerhalb der so skizzierten individuellen Lebenswelten finden wir nun (1) eine *materielle Umwelt* vor, (2) *nehmen* wir diese gemeinsam mit unserer Sozialwelt *wahr* und *erleben* sie auf je individuelle Weise und (3) *handeln* und *verhalten* wir uns in ihr. Diesen drei Modellkomponenten liegt die Vorstellung von den drei in den Gesundheitswissenschaften prominenten Kausalpfaden zugrunde (*Badura & von dem Knesebeck* 2012): dem naturwissenschaftlich-somatischen Kausalpfad (Materielle Umwelt), dem sozio-psycho-somatischen Kausalpfad (Erleben und Wahrnehmen) und dem verhaltensbedingten Kausalpfad (Gesundheits- und Krankheitsverhalten). Diese sind interaktiv miteinander verschlungen und gesellschaftlich gerahmt, was in der Regel auch in den Gesundheitswissenschaften zu wenig thematisiert wird.

Die Kausalpfade sind aber nicht nur miteinander verschlungen, sondern sie werden alle drei beeinflusst von individuellen psychischen, physischen und genetischen Strukturen, Dispositionen und Prozessen, die naturgemäß wiederum in Wechselwirkung stehen. Im Lauf des Lebens verändert sich das Wechselwirkungssystem von Gesellschaft und Gesundheit, dem wir ausgesetzt sind und das wir für uns und für andere mitgestalten.

In diesem System spielt die menschliche Kommunikation eine entscheidende Rolle. Es gibt keine Gruppe von Einflussfaktoren,

in der die Kommunikation keine gestaltende Kraft hätte, in der die Kommunikationskompetenz keine Bedingung für Gesundheit bzw. die Ermangelung derselben nicht ein Risiko für die Gesundheit bedeutet.

Nun ist die Logopädie bei weitem nicht die einzige Berufsgruppe, die sich mit Kommunikationskompetenz und dem Gelingen und Gestalten von Kommunikation beschäftigt. Sie tut dies aber auf eine einzigartige Weise: Ihr Spektrum reicht von den anatomischen und physiologischen Bedingungen des Sprechens über die kognitiven Bedingungen wie Aussprache, Wortschatz und Grammatik bis hin zu den sozialen Bedingungen wie adressaten- bzw. intentionsgerechter Kommunikation durch geeignete Rhetorik. Die weitergehende Verwissenschaftlichung – im positiven Sinn – dieses Spektrums in Lehre und Forschung könnte für die Aufklärung der Wechselwirkungen von Gesellschaft und Gesundheit und damit als Grundlagenwissenschaft in den Gesundheitswissenschaften in hohem Maße wichtig werden.

Zentrale Modelle der Gesundheitswissenschaften

Im Weiteren soll sich der Frage angenähert werden, welchen praktischen Nutzen Modelle und Konzepte der Gesundheitswissenschaften für die Logopädie haben können. Im Bereich des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens ist das sozial-kognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens von Schwarzer (2004) – im englischen HAPA: Health Action Process Approach – am weitesten verbreitet und mit am besten untersucht (Abb. 3).

Das HAPA-Modell gliedert den Prozess des Handelns in einzelne Elemente, wobei die Modellkomponenten Hinweise auf die Komplexität der möglichen Einflussnahme auf den Handlungsprozess von Patienten und Klienten geben. Es zeigt, dass es nicht ausreichend, allein allgemeine Informationen über das zu geben, was angesichts eines Gesundheitsproblems zu tun ist. Am Anfang der einer Handlung vorausgehenden kognitiven Prozesse steht die Risiko- oder allgemeiner die Problemwahrnehmung. So kann etwa das Lispeln⁴ für einen Berufssprecher zum Problem werden. Im ersten Schritt gilt es

also, dem Berufssprecher das Problem ins Bewusstsein zu rufen und ihn davon zu überzeugen, dass es grundsätzlich – und damit auch bei ihm – möglich ist, den Stigmatisierung wegzutrainieren, d.h. eine adäquate Ergebniserwartung zu erzeugen.

Die wichtigste Komponente des HAPA-Modells ist die Selbstwirksamkeitserwartung. Diese beschreibt die Erwartung, dass die grundsätzlich für das zu erwartende Ergebnis durchzuführende Handlung auch von der betreffenden Person selbst durchgeführt werden kann. Sie sollte sich also in der Lage sehen, der Anweisung zu folgen, einen Platz für ihre Zunge zu suchen, die es ihr ermöglicht, das für sie schwierige Phonem in sozial akzeptierter Weise auszusprechen. Sind die Selbstwirksamkeitserwartungen gering, so wird die Handlung wahrscheinlich erst gar nicht ausprobiert. Bei geringen Selbstwirksamkeitserwartungen kann es also wichtig sein, die Person in dem Glauben zu bestärken, dass sie diese Handlung auch durchführen kann.

Wenn die Risikoeinschätzung, die Ergebniserwartung und die Selbstwirksamkeitserwartung stimmen, so kommt es zu einem Handlungsziel. Ein Ziel allein ist aber noch nicht ausreichend, um eine Handlung zu initiieren, zunächst muss noch eine Operationalisierung in einer Handlungsplanung erfolgen. Diese enthält z.B. einen Plan, wie die Handlung im Tagesablauf einzubetten ist und – hier sind die Modellvorgaben ergänzungswürdig – unter Berücksichtigung mög-

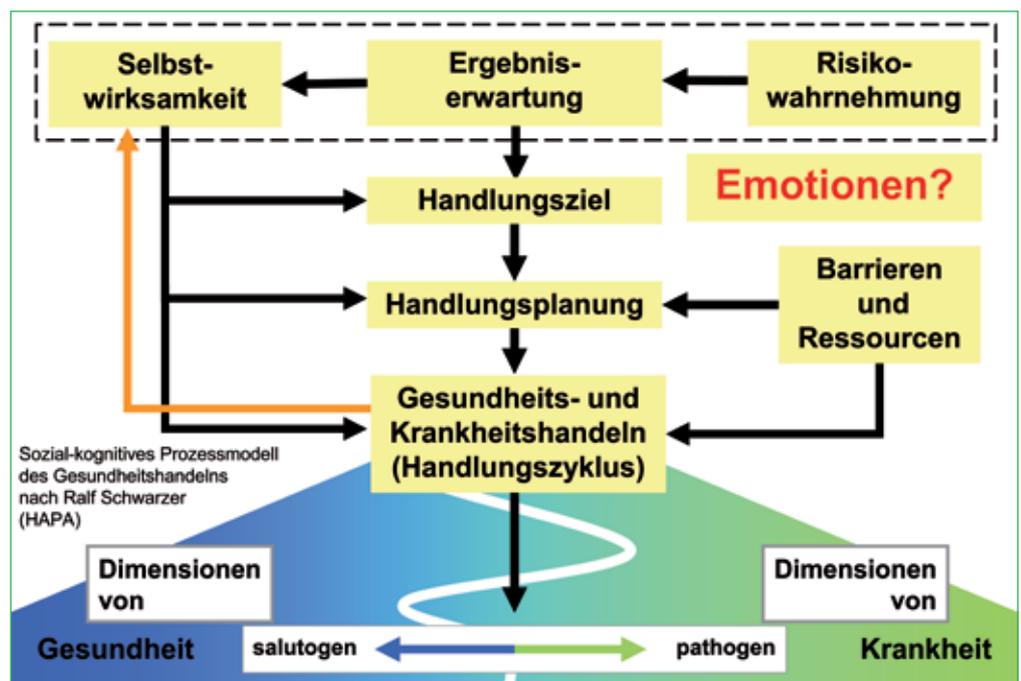
licher sozialer und materieller Ressourcen und Barrieren.

Auch die Handlungsplanung wird von den Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflusst und sollte in einem professionellen Setting unbedingt zum Thema gemacht werden. Die Handlungsdurchführung selbst wird von sozialen und materiellen Ressourcen und Barrieren wie auch von den Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflusst. Letztere verändern sich jedoch ebenso durch den Erfolg der Handlungsumsetzung. Scheitert die Person, so wird ihre Selbstwirksamkeitserwartung geringer, ist sie erfolgreich, so wird sie in der Regel größer. Wichtig ist also, die Ziele so zu setzen, dass Erfolgserlebnisse eintreten (können).

Geht man die Unterstützung von Gesundheits- und Krankheitshandeln auf diese Weise an, so sind die Chancen, ein entsprechendes stabiles Handeln aufzubauen, den einschlägigen Studien zufolge hoch. Dies wurde nicht nur im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention untersucht, wofür das Modell ursprünglich entwickelt wurde, sondern auch im Bereich der Rehabilitation.

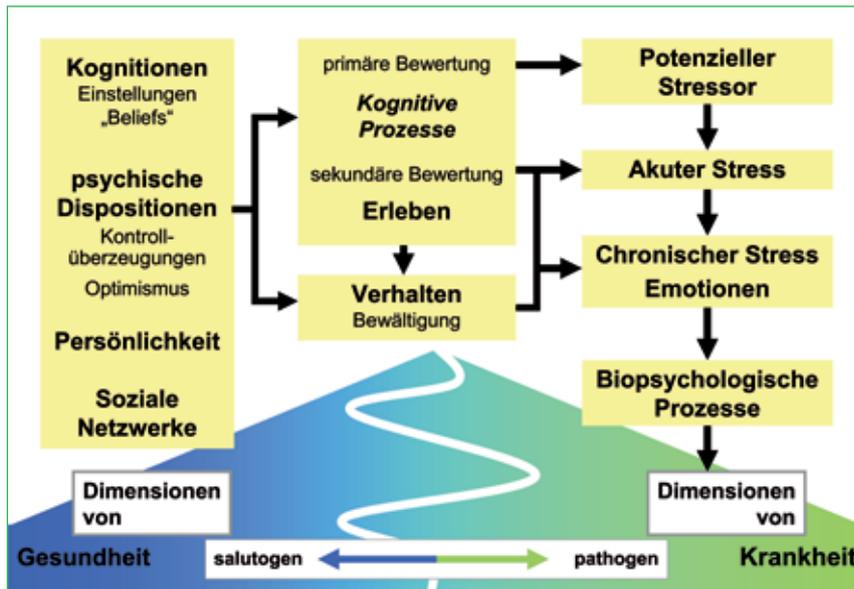
Eine kritische Bemerkung ist dennoch angebracht: Wie die meisten Modelle des Gesundheitshandelns wurde auch das HAPA vorrangig auf kognitiver Basis konzipiert. Eigentlich ist es erstaunlich, dass nicht mehr auf Emotionen gesetzt wird. Lernpsychologisch ist es ja eigentlich eine Selbstverständlichkeit, dass die den Menschen oft so durcheinanderwirbelnden Emotionen dem Lernen Halt geben.

■ Abb. 3: Das HAPA-Modell (Borgetto 2009c, erweiterte Darstellung)



⁴ Eine kleine, nicht ganz ernsthafte biografische Notiz: Bemerkenswert ist dabei, dass eine sozial-kulturell unübliche Sprechweise so etikettiert wird, dass die Benennung dieser Sprechweise durch den Sprecher wieder die unübliche Sprechweise hervorruft. Man hätte es z.B. auch „lippeln“ bzw. „Digmatie“ nennen können.

■ Abb. 4: Stresswahrnehmung und -erleben (Borgetto 2009d, erweiterte Darstellung)



Im Bereich des Erlebens und Wahrnehmens sind Stressmodelle vorherrschend (Borgetto 2009d). Einen Überblick über die wichtigsten Aspekte des Stressprozesses gibt Abbildung 4. Den Kern der Darstellung bildet das „Transaktionale Modell der Stressreaktion“, in dem die Transaktion zwischen potenziellen Stressoren und der Bewertung dieser Stressoren sowie der eigenen Ressourcen zur Bewältigung („coping“) eine zentrale Rolle spielt (Lazarus & Folkman 1984).

Es beruht auf der Erkenntnis, dass verschiedene Formen von Stress auch verschiedenartige hormonelle Reaktionen hervorrufen und dass Stressoren erst dann einen endokrinen Einfluss ausüben, wenn diese einen psychoemotional aversiven Charakter aufweisen. In einer ersten Bewertung („primary appraisal“) wird eine Situation hinsichtlich ihrer Bedeutung als Stressor beurteilt, in einer zweiten Bewertung („secondary appraisal“) wird abgeschätzt, wie die Situation bewältigt werden könnte und welche Konsequenzen mit ihr verbunden sein könnten. Diese Bewertungsvorgänge werden durch den Grad der Motivation bzw. Involviertheit („commitment“) und durch Einstellungen („beliefs“) der Person beeinflusst. Die weiteren Komponenten der Darstellung können hier nicht tiefgehend erörtert werden.

Kommunikation ist im Zusammenhang mit Stress jedoch in mehrfacher Hinsicht bedeutsam. Erstens entsteht Stress häufig aus Kommunikationsproblemen, d.h. eine „gestörte“ Kommunikation ist selbst ein Stressor, kann aber auch leicht eigentlich weniger stressige Situationen zu Stressoren werden lassen. Zweitens spielt die Kommunikation in sozialen Netzwerken bei der Bewertung

und Bewältigung von potenziellen Stressoren und Stressprozessen des Einzelnen wie von Gruppen eine wichtige Rolle. Hinzu kommt, dass Sprache eine wichtige Voraussetzung von kognitiven Prozessen ist, mit anderen Worten: Was eine Person nicht in der Lage ist begrifflich zu fassen, damit kann sie sich auch kaum kognitiv auseinandersetzen. Sprache und Kommunikation kann somit als eine grundlegende Ressource in der Stressbewältigung angesehen werden.

Die materielle Umwelt als dritte große Gruppe von Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit ist äußerst vielfältig. Einen Überblick gibt Abbildung 5. Entscheidend ist die Toxizität, Entflammbarkeit, Explosivität oder Radioaktivität (in) unserer materiellen Um-

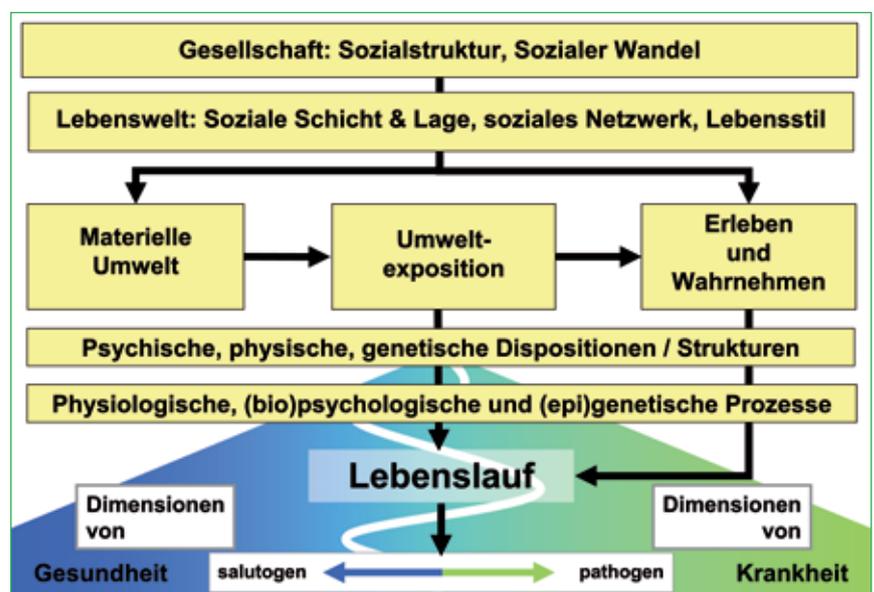
welt. Wichtig für den Bereich der Logopädie sind u.a. Lärmquellen. An diesem Beispiel kann auch gut verdeutlicht werden, wie der naturwissenschaftlich-somatische und der sozio-psycho-somatische Kausalpfad miteinander verwoben sind. Zunächst einmal ist festzuhalten, dass Lärmquellen z.B. am Arbeitsplatz (Montage/Management) oder am Wohnort (Hauptstraße, verkehrsberuhigtes Quartier) nach sozialer Lage unterschiedlich verteilt sind (Borgetto 2009e).

Der naturwissenschaftlich-somatische Kausalpfad scheint klar: Ab einem bestimmten Dezibelwert nehmen die Hörschäden zu. Aber hinzu kommt, dass Lärm nicht nur durch Sinnesorgane verarbeitet, sondern auch als solcher wahrgenommen bzw. erlebt wird. Auf vielen Baustellen hängt der Gehörschutz der Bauarbeiter an deren Hals, während Mauersteine zugeschnitten werden. Was geht da vor sich? Ein ganzer Mann ist nur, wer jeglichen Belastungen ohne Schutz standhält? Der Lärm gehört zur Maschine und die Maschine zu mir? Wenn ein Dritter auf seinem Balkon im Neubaugebiet sitzt und die Baustelle fünf Häuser weiter hört, dann ist die Wahrscheinlichkeit einer Stressbelastung hoch. Physische Belastung und psychischer Stress gehen also mal getrennt, mal Hand in Hand.

An dieser Stelle bietet sich der Gedanke einer logopädischen Ergonomieberatung an: Eine kombinierte Messung von Lärm und Stresserleben durch Lärm passt aus meiner Sicht ganz hervorragend zu einer Berufsgruppe, die auf Naturwissenschaft und Sozialwissenschaft gleichermaßen baut.

Abschließend zu den zentralen Modellen der Gesundheitswissenschaften sind noch einige

■ Abb. 5: Einflüsse der materiellen Umwelt



kurze Bemerkungen zu einer sich herauskristallisierenden Lebenslaufperspektive wichtig (Borgetto 2009f):

- Jede Phase im Lebenslauf bringt spezifische Entwicklungsaufgaben und Transitionen mit sich.
- In der Kindheit, Jugend und Adoleszenz werden viele Gesundheitsverhaltensweisen geprägt.
- Frühe Belastungserfahrungen wirken sich erst im Lebenslauf aus:
 - Die Folgen früher Belastungserfahrungen manifestieren sich dem Latenzmodell entsprechend erst später im Lebenslauf.
 - Frühe Belastungserfahrungen kumulieren im Lebenslauf und zeitigen erst später entsprechende Folgen.
 - Frühe Belastungserfahrungen verketten sich kausal mit weiteren Ereignissen/Umständen, die dann gesundheitliche Folgen haben.

Ausblick

Die Potenziale einer zukünftigen (weiterentwickelten) Kooperation von Gesundheitswissenschaften und Logopädie liegen zunächst in einer gegenseitigen Wahrnehmung, Anerkennung und Befruchtung. Dabei ist die zentrale Voraussetzung eine weiterführende Professionalisierung der Logopädie (Borgetto 2009g). Diese befindet sich noch in den Anfängen, während die Verberuflichung, wenn auch als vormoderner Frauenberuf, als abgeschlossen gelten kann. Nur eine akademisierte und professionalisierte Logopädie jedoch wird sich von der Dominanz (nicht den Inhalten!) der Medizin emanzipieren und einen Platz in den Gesundheitswissenschaften füllen und beanspruchen können – zu beiderseitigem Nutzen und zu dem des Patienten.

LITERATUR

- Badura, B. & von dem Knesebeck, O. (2012). Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K. & Razum, O. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (187-220). Weinheim: Beltz Juventa
- Borgetto, B. (2009a). Gesundheit und Krankheit. In: Borgetto, B. & Siegel, A. (Hrsg.), *Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns* (102-112). Bern: Hans Huber
- Borgetto, B. (2009b). Mehrebenenmodelle. In: Borgetto, B. & Siegel, A. (Hrsg.), *Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns* (144-147). Bern: Hans Huber
- Borgetto, B. (2009c). Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In: Borgetto, B. & Siegel, A. (Hrsg.), *Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns* (133-141). Bern: Hans Huber
- Borgetto, B. (2009d). Erleben und Wahrnehmen. In: Borgetto, B. & Siegel, A. (Hrsg.), *Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns* (126-133). Bern: Hans Huber
- Borgetto, B. (2009e). Materielle Umwelt. In: Borgetto, B. & Siegel, A. (Hrsg.), *Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns* (143-144). Bern: Hans Huber
- Borgetto, B. (2009f). Lebenslaufperspektive. In: Borgetto, B. & Siegel, A. (Hrsg.), *Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen*

- Grundlagen des beruflichen Handelns* (341-349). Bern: Hans Huber
- Bullinger, M. (2002). Der SF-36 Health Survey als krankheitsübergreifendes Profilinstrument. In: Schöffski, O. & Schulenburg, J.-M. Graf von (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Studienausgabe (331-344). Berlin: Springer
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe
- Jacobson, B.H., Johnson, A., Grywalski, C., Silbergleit, A., Jacobson, G., Benninger, M.S. & Newman, C.W. (1997). The Voice Handicap Index (VHI): development and validation. *American Journal of Speech-Language Pathology* (6), 66-70
- Hurrelmann, K. & Razum, O. (Hrsg.) (2012). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Beltz Juventa
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer
- Schwarzer, R. (2004). *Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2012-53020120501

Autor

Prof. Dr. habil. Bernhard Borgetto
HAWK Hochschule für
Angewandte Wissenschaft und Kunst
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Goschentor 1
31134 Hildesheim
borgetto@hawk-hhg.de

SUMMARY. Public Health principles of speech and language therapy – a contribution to the debate about the positioning of speech and language therapy to their reference sciences

Public Health, as it has developed in Germany, is in many ways a basis for speech and language therapy. Conversely, however, Public Health can also benefit from speech and language therapy. In this paper, these two theses are justified by giving an overview of Public Health and its current relationship to speech and language therapy, and examples of the potential of a future (advanced) co-operation and their prerequisites. The paper must necessarily be selective and partially superficial, as already a comprehensive overview of public health would exceed the scope of this paper. For the future, this paper should also encourage a discussion about the positioning of speech and language therapy to their reference sciences.

KEYWORDS: Speech and language therapy – Public Health – health – disease – communication