

Die Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit Behinderung

vorgelegt von

Iris Schulte

**als Dissertation zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Erziehungswissenschaften (Dr. paed.)
im Fachbereich Sondererziehung und Rehabilitation
der Universität Dortmund**

Dortmund 1998

Gutachter: Prof. Dr. Alexa Franke
Prof. Dr. Franz B. Wember

Inhaltsverzeichnis

I EINLEITUNG	1
1 EINORDNUNG DES THEMAS	2
1.1 Gegenstand der Gesundheitspsychologie	2
1.2 Gegenstand der Sonderpädagogik	3
1.3 Gesundheitsforschung in der Sonderpädagogik	7
2 PROBLEMSTELLUNG UND VORGEHEN DER ARBEIT	8
II KONZEPTIONELLE GRUNDLAGEN	9
1 PARADIGMEN DER GESUNDHEIT	10
1.1 Pathogenetisches Paradigma	10
1.1.1 Darstellung der Ansätze	10
1.1.2 Darlegung des Paradigmencharakters	12
1.1.3 Beurteilung des Paradigmas	13
1.2 Salutogenetisches Paradigma	14
1.2.1 Darstellung der Ansätze	15
1.2.2 Darlegung des Paradigmencharakters	18
1.2.3 Beurteilung des Paradigmas	19
2 PARADIGMEN DER BEHINDERUNG	20
2.1 Individualtheoretisches Paradigma von Behinderung	20
2.1.1 Darstellung der Ansätze	20
2.1.2 Darlegung des Paradigmencharakters	22
2.1.3 Beurteilung des Paradigmas	22
2.2 Interaktionstheoretisches Paradigma von Behinderung	23
2.2.1 Darstellung der Ansätze	23
2.2.2 Darlegung des Paradigmencharakters	25
2.2.3 Beurteilung des Paradigmas	28
2.3 Systemtheoretisches Paradigma von Behinderung	26
2.3.1 Darstellung der Ansätze	26
2.3.2 Darlegung des Paradigmencharakters	28
2.3.3 Beurteilung des Paradigmas	29

3 GESUNDHEITSKONZEPTE JUGENDLICHER - STAND DER EMPIRISCHEN FORSCHUNG	31
3.1 Untersuchungen zu Gesundheitskonzepten Jugendlicher	31
3.1.1 Das Alter und die Gesundheitskonzepte Jugendlicher	35
3.1.2 Das Geschlecht und die Gesundheitskonzepte Jugendlicher	37
3.1.3 Besondere Lebenssituationen und die Gesundheitskonzepte Jugendlicher	42
3.1.4 Der Sozioökonomischem Status und die Gesundheitskonzepte Jugendlicher	44
3.2 Zusammenfassung der Ergebnisse zu Gesundheitskonzepten Jugendlicher	45
4 KONSEQUENZEN FÜR DEN UNTERSUCHUNGSRAHMEN	49
4.1 Anforderungen an die Untersuchung	49
4.1.1 Anforderungen an den Inhalt	49
4.1.2 Anforderungen an die Stichprobe	50
4.2 Formulierung der Fragestellung	52
4.3 Anforderungen an die Untersuchungsplanung	52
4.3.1 Abhängige Variablen	52
4.3.2 Unabhängige Variablen	54
4.3.3 Moderatorvariablen	55
4.3.4 Personenvariablen	56
III METHODIK	57
1 UNTERSUCHUNGSKONZEPT	57
1.1 Untersuchungsplan	57
1.2 Beschreibung des Erhebungsinstruments	58
1.2.1 Darstellung des Computerprogramms	58
1.2.2 Didaktische Umsetzung	62
1.2.3 Aufbau des Inhalts	65
2 STICHPROBENAUSWAHL	80
3 UNTERSUCHUNGSDURCHFÜHRUNG	82
4 AUSWERTUNG DER DATEN	83
4.1 Bearbeitung der Rohdaten	83
4.2 Auswertung	86

IV ERGEBNISDARSTELLUNG	89
1 ERGEBNISSE ZU DEN SOZIODEMOGRAFISCHEN DATEN	89
1.1 Beschreibung der Untersuchungsgruppe	89
1.2 Beschreibung der Kontrollgruppe	91
1.3 Vergleichbarkeit der Gruppen	91
1.4 Zusammenfassung	93
2 ERGEBNISSE ZU DEN GESUNDHEITSKONZEPTEN	94
2.1 Gesundheitszustand	94
2.2 Gesundheitszustand und Menstruation	98
2.3 Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit	102
2.4 Stellenwert von Gesundheit	115
2.5 Zufriedenheit mit Gesundheit	117
2.6 Gesundheitsorientiertes Handeln	119
2.7 Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit	124
2.7.1 Summenwerte der Kontrollüberzeugungen	124
2.7.2 Gegenüberstellung der Kontrollüberzeugungen	126
2.7.3 Fokussierte Beschwerden	127
2.8 Zusammenfassung	128
3 EFFEKTE VERSCHIEDENER VARIABLEN AUF DIE GESUNDHEITSKONZEPTE	131
3.1 Unterschiedstest ausgewählter Variablen der Gesundheitskonzepte	131
3.1.1 Unterschiede bezüglich des Gesundheitszustandes	131
3.1.2 Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit	133
3.1.3 Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit	135
3.1.4 Zusammenfassung	136
3.2 Ergebnisse zum Effekt der Klassenstufe auf die Gesundheitskonzepte	137
3.2.1 Beschreibung der Extremgruppen	138
3.2.2 Gesundheitskonzepte	138
3.2.3 Zusammenfassung	142
3.3 Einfluß der Krankheitserfahrung auf die Gesundheitskonzepte	142
3.3.1 Beschreibung der Extremgruppen	143
3.3.2 Ergebnisse zu den Gesundheitskonzepten der Extremgruppen	144
3.3.3 Zusammenfassung	148
3.4 Zusammenhang der Kontrollüberzeugungen mit anderen Komponenten der Gesundheitskonzepte	148

3.4.1 Korrelation der internalen Kontrollüberzeugungen mit anderen Komponenten der Gesundheitskonzepte	149
3.4.2 Korrelation der external sozialen Kontrollüberzeugungen mit anderen Komponenten der Gesundheitskonzepte	151
3.4.3 Korrelation der external fatalistischen Kontrollüberzeugungen mit anderen Komponenten der Gesundheitskonzepte	153
3.4.4 Zusammenfassung	155
4 ERGEBNISSE ZUM ERHEBUNGSINSTRUMENT	157
4.1 Bewertung des Instruments	157
4.2 Extremgruppenvergleich	162
4.2.1 Beschreibung der Extremgruppen	162
4.2.2 Gesundheitskonzepte	162
4.3 Zusammenfassung	168
5 ZUSAMMENFASSENDER DARSTELLUNG DER GESUNDHEITS- KONZEPTE NACH GRUPPEN	169
5.1 Gesundheitskonzepte der Jungen ohne Behinderung	169
5.2 Gesundheitskonzepte der Mädchen ohne Behinderung	170
5.3 Gesundheitskonzepte der Jungen mit Behinderung	170
5.4 Gesundheitskonzepte der Mädchen mit Behinderung	172
V INTERPRETATION	173
1 BEURTEILUNG DER ERGEBNISSE JUGENDLICHER OHNE BEHINDERUNG	173
1.1 Ergebnisse zu den einzelnen Komponenten	173
1.2 Ergebnisse zur Korrelationsanalyse	175
1.3 Zusammenfassung und Interpretation	176
2 BEURTEILUNG DER ERGEBNISSE JUGENDLICHER MIT BEHINDERUNG	179
2.1 Bedeutung der besuchten Klassenstufe für die Gesundheitskonzepte	179
2.2 Bedeutung der Sichtbarkeit der Schädigung für die Gesundheitskonzepte	179
2.3 Bedeutung der Behinderung für die Gesundheitskonzepte	180
2.3.1 Ergebnisse zu den Gesundheitskonzepten	180
2.3.2 Ergebnisse zum Zusammenhang der Kontrollüberzeugungen mit anderen Komponenten der Gesundheitskonzepte	181
2.4 Zusammenfassung und Interpretation	182

3 BEURTEILUNG DER ERGEBNISSE ZUR KRANKHEITSERFAHRUNG	186
4 BEURTEILUNG DER METHODE	187
4.1 Beurteilung der Stichprobe	187
4.2 Beurteilung der unabhängigen Variablen	187
4.3 Beurteilung des Instruments	188
4.3.1 Inhalt des Instruments	188
4.3.2 Einsatz des Computers	189
4.4 Generalisierbarkeit der Ergebnisse	190
5 AUSBLICK	192
5.1 Anknüpfung an die Theorie	192
5.2 Forschungsperspektiven	193
5.3 Schlußfolgerungen für die Praxis	195
VI ZUSAMMENFASSUNG	196
VII LITERATURVERZEICHNIS	198
Verzeichnis der Abbildungen	206
Verzeichnis der Tabellen	207
VIII ANHANG	

„... so long as there is a breath of
life in us, we are all in some
measure healthy“
(Antonovsky 1987b, 50)

I Einleitung

Die Erfahrung von Aussonderung und Benachteiligung gehört für Menschen mit Behinderung zum Alltag, die sie ebenso wie individuelle Einschränkungen verarbeiten. Wo Kinder oder Jugendliche Sonderschulen bzw. Erwachsene Rehabilitationsmaßnahmen besuchen, erhalten sie vorwiegend medizinische und pädagogische Unterstützung. Diese Maßnahmen zielen darauf ab, sich an die gegebenen Lebensbedingungen anzupassen. Unterstützung bei der psychischen Auseinandersetzung mit der besonderen Situation kann dadurch kaum geleistet werden und entspricht auch nicht der Qualifikation von beispielsweise Sonderpädagogen und Sonderpädagoginnen. Kinder und Jugendliche, die Sonderschulen besuchen, müssen sich mehr oder weniger aus eigenem Antrieb mit den Gegebenheiten arrangieren. Welche Strategien sie entwickelt haben, damit ihnen dies gelingt, ist bisher nicht untersucht worden.

Die Gesundheitspsychologie liefert einen möglichen Erklärungsansatz für solche Strategien. Ihre Theorien und Modelle führen Gesundheit sowohl auf Persönlichkeitsausprägungen als auch auf Umweltbedingungen zurück und bieten verschiedene Ansatzpunkte, um zu erklären, wie Menschen unter ihren individuellen Lebensbedingungen subjektiv gesund leben.

Ein daraus ableitbarer Fragenkomplex ist auch für die Sonderpädagogik bedeutend: Fühlen sich Menschen mit Behinderung gesund - und wenn ja, wie gelingt ihnen dies unter den gegebenen Bedingungen? Können bestehende Gesundheitstheorien durch Erkenntnisse in diesem Bereich erweitert werden und lassen sich aus den Gesundheitskonzepten von Menschen mit Behinderung Präventionsmaßnahmen für andere Gruppen ableiten?

Damit befindet sich das Thema der vorliegenden Arbeit an der Schnittstelle zwischen der Gesundheitspsychologie und der Sonderpädagogik. Um diese Position deutlich zu machen, werden zunächst die Gegenstände der beiden Wissenschaften dargestellt und die Art ihrer Verknüpfung abgeleitet.

1 Einordnung des Themas

1.1 Gegenstand der Gesundheitspsychologie

Grundlegend für den Gegenstand der Gesundheitspsychologie ist die Definition der amerikanischen Health Psychology durch Matarazzo. Bis dahin beschrieb Health Psychology die Rolle der Psychologinnen und Psychologen in Fächern, die sich mit Gesundheit befassen. Da der Begriff synonym mit anderen verwendet wurde, und er dem bisher unspezifisch gebrauchten Begriff eine neue Bedeutung zuordnen wollte (vgl. Matarazzo 1980, 807), formuliert Matarazzo:

„Health Psychology is the aggregate of specific educational, scientific, and professional contributions of the discipline of psychology to the promotion and maintenance of health, the prevention and treatment of illness, and the identification of etiologic and diagnostic correlates of health, illness, and related dysfunction“ (Matarazzo 1980, 815).

Mit dieser Definition erweitert Matarazzo die bis dahin rein psychologisch orientierte Health Psychology, indem er neben der Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaften die Erforschung von Gesundheit, Krankheit und verwandten Dysfunktionen betont. Damit kennzeichnet er eine Entwicklung: Weg von der „Etablierung psychologischen Denkens, psychologischer Methodologie und psychologischer Fachleute in der Gesundheitsversorgung“ (Franke 1993, 174) wie Franke die Health Psychology kritisiert, hin zu einer inhaltlichen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit. Diese Entwicklung ist von den Vertreterinnen und Vertretern der Health Psychology nicht vollzogen worden, sie ist dagegen kennzeichnend für die Gesundheitspsychologie. Aus diesem Grund ist die Gesundheitspsychologie nicht gleichzusetzen mit, sondern abzugrenzen von der Health Psychology.

Schwarzer nimmt die Definition Matarazzos auf und spezifiziert die Gegenstände der Gesundheitspsychologie zu:

- 1) „Förderung und Erhaltung von Gesundheit
- 2) Verhütung und Behandlung von Krankheiten
- 3) Bestimmung von Risikoverhaltensweisen
- 4) Diagnose und Ursachenbestimmung von gesundheitlichen Störungen
- 5) Rehabilitation und
- 6) Verbesserung des Systems gesundheitlicher Versorgung“ (Schwarzer 1990, 3).

Er erweitert den Gegenstand dadurch, daß er neben der individuellen Ebene die kollektive Ebene (Punkt 6) hervorhebt und auch psychosoziale Bedingungen einbezieht. Einen Schwerpunkt der Gesundheitspsychologie bildet bei Schwarzer neben Gesundheit weiterhin die Beschäftigung mit Krankheit.

Schmidt und Schwenkmezger heben die gesundheitsbezogenen Aspekte (die Punkte 1, 3 und 4) in Schwarzers Definition hervor, da diese Gesundheitspsychologie im engeren

Sinne beschrieben und auf primäre Prävention ausgerichtet seien (vgl. Schmidt und Schwenkmezger 1992, 2). Sie betonen damit die Gesundheitsorientierung als wesentlich in der Gesundheitspsychologie, vernachlässigen allerdings den gesellschaftlichen Anspruch, den Schwarzer herausstellt. Weiter geht folgende Variante der Definition Matarazzos, nach der zum einen Gesundheitspsychologie über das Individuum hinaus orientiert sein muß und die außerdem Gesundheit in den Mittelpunkt dieses Fachs stellt:

„Gesundheitspsychologie ist ein wissenschaftlicher Beitrag der Psychologie zur (1) Erhaltung und Förderung von Gesundheit, (2) Krankheitsvorbeugung, (3) Identifizierung von gesundheitsförderlichen und gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren, (4) Bestimmung der Definition, der Ätiologie und Genese sowie der Diagnose von Gesundheitszuständen und Gesundheitsverhalten und (5) Analyse, Evaluation und Optimierung des Gesundheitssystems. Sie ist gekennzeichnet durch eine interdisziplinäre und praxisorientierte Herangehensweise“ (Dlugosch & Schmidt 1992, 124).

Diese Definition zeigt den Wandel in der Gesundheitspsychologie: Zuvor machte der Umgang mit Krankheit einen wesentlichen Bereich in der Gesundheitspsychologie aus. Jetzt steht nahezu ausschließlich Gesundheit im Mittelpunkt, wobei sowohl individuelle als auch strukturelle Bedingungen berücksichtigt werden. Gesundheit wird verstanden als komplexer Gegenstand, der eigenständig und nicht in Relation zu Krankheit beschrieben werden soll. Statt Krankheitsforschung, wie in der Medizin, betreibt die Gesundheitspsychologie Gesundheitsforschung, indem sie eindeutig auf Gesundheit hin orientiert ist.

1.2 Gegenstand der Sonderpädagogik

Der Begriff Sonderpädagogik ist nicht allgemein anerkannt. Die Begriffe Heilpädagogik, Sonderpädagogik, Behindertenpädagogik und Integrationspädagogik, um die gebräuchlichsten zu nennen, werden teilweise synonym verwendet. Sie beschreiben zwar das gleiche Handlungsfeld, sollten aber unterschieden werden¹. Im folgenden wird der Begriff Sonderpädagogik verwendet.

Im Gegensatz zu den frühen Ansätzen der Sonderpädagogik, die den Gegenstand aus außerpädagogischen Wissenschaften (Medizin bei Hanselmann, Psychologie bei Bopp) ableiten, leiten spätere Ansätze (Glawe, Bleidick) den Gegenstand der Sonderpädagogik aus der allgemeinen Pädagogik ab (vgl. Bleidick 1984, 182). Dabei steht Erziehung im Mittelpunkt der Gegenstandsbestimmung, so daß es notwendig erscheint, zunächst diesen Begriff zu klären.

¹ Die Diskussion um die Begriffe Heilpädagogik, Sonderpädagogik, Behindertenpädagogik und Integrationspädagogik kann unter anderem bei Bleidick (1984, 1985), Eberwein (1990) und Speck (1996) nachvollzogen werden.

Erziehung wird von Klauer als „Prozeß der Wechselwirkung (Interaktion) von Lehren und Lernen“ (Klauer 1973, 46) definiert, wobei er unter *Lehren* alle Tätigkeiten faßt, von denen begründet zu vermuten ist, daß sie Lernvorgänge beeinflussen (vgl. ebd. 30) und *Lernen* beschreibt als nicht direkt beobachtbaren Prozeß der Änderung von Persönlichkeitsmerkmalen, die in Verhaltensänderungen ihren Ausdruck finden (vgl. ebd. 45). Pädagogik als Wissenschaft, deren übergeordneter Gegenstand Erziehung ist, besteht nach Klauer aus drei Bereichen, für die bestimmte Gegenstände präzisiert werden können:

- Deskriptive Pädagogik, deren Gegenstand die Erforschung der Erziehungswirklichkeit ist
- Präskriptive Pädagogik, deren Gegenstand die Bildung pädagogischer Handlungsanweisungen ist
- Normative Pädagogik, deren Gegenstand die Überprüfung und das Aufstellen übergreifender Zielvorstellungen ist, auf die alle Einzelziele hin auszurichten sind

Diese drei Bereiche sind aufeinander angewiesen, wobei die deskriptive und die normative Pädagogik auch unabhängig voneinander bestehen können. Die präskriptive Pädagogik dagegen ist sowohl auf die deskriptive als auch auf die normative Pädagogik angewiesen, um ihre Aufgabe der Erziehung zu erfüllen. Nach Klauers Pädagogikverständnis sind Theorie und Praxis der Erziehung, Erforschung der Erziehungswirklichkeit und Umsetzung dieser Forschung Gegenstand der Pädagogik.

Die folgenden Ansätze leiten die Gegenstandsbeschreibung der Sonderpädagogik ebenfalls von Erziehung ab.

a) Gegenstand nach Speck

Speck leitet seine Gegenstandsbeschreibung der Sonderpädagogik daraus ab, daß pädagogische Aufgaben nicht wertneutral seien, sondern immer am Menschen- und Gesellschaftsbild orientiert sein sollten (vgl. Speck 1996, 137), um sich der eigenen Position gegenüber Sozialdarwinismus bzw. Utilitarismus zu versichern. Den Gegenstand der Sonderpädagogik² beschreibt er mit der „speziellen Erziehung im Falle von Behinderung“ (vgl. ebd. 372) und unterscheidet dabei folgende Aufgaben:

- Behinderungsbezogene Aufgaben, die sich an der Art der Behinderung des Erziehungsprozesses orientieren
- Lebensstufenbezogene Aufgaben, die sich an der Abfolge der Entwicklung des Menschen orientieren
- Methodenbezogene Aufgaben, die verschiedene pädagogische Arbeitsweisen (Erziehung, Unterricht, Beurteilung, Therapie, Beratung und Pflege) umfassen

² Speck verwendet den Begriff Heilpädagogik. Der Vereinheitlichung wegen wird hier der Begriff Sonderpädagogik geführt.

- Zweckbezogene Aufgaben, die normativ-programmatische Setzungen sind, in denen sich der Sinn des Handelns ausdrückt (Prävention, Rehabilitation, Integration und Normalisierung)
- Sozioökologische Aufgaben, mit denen Speck das „In-Funktion-bleiben ganzer Lebensbereiche, die für einen Menschen mit einer Behinderung oder Benachteiligung wichtig sind“ (ebd. 374) beschreibt (Kooperation, Einflußnahme auf Exosysteme, Reflexion eigener Professionalität)

Indem Speck die Aufgaben spezifiziert, wird deutlich, daß der Gegenstand der Sonderpädagogik außer der Erziehung von Kindern und Jugendlichen auch die Erwachsenenbildung einbezieht.

b) Gegenstand nach Bleidick

Im Gegensatz zu Speck vertritt Bleidick einen wertfreien, nach Speck einen vom Menschenbild unabhängigen Ansatz (vgl. Speck 1985, 133). Für Bleidick führt der Gegenstand der Pädagogik zu einer Dreiteilung des Gegenstandsbereiches der Sonderpädagogik in folgende Begriffe (vgl. Bleidick 1984, 196 ff.):

- Behinderung
- Behinderung der Erziehung
- Erziehung der Behinderten

Behinderung versteht er als intervenierende Variable, die auf den Erziehungsprozeß einwirkt, ihn behindert. Je nach Ausprägung der Behinderung wird dem Erziehungsprozeß mit besonderen Methoden begegnet. Behinderung hat in diesem Zusammenhang ausschließlich pädagogische Bedeutung, die daran beurteilt wird, ob die Bildsamkeit gestört ist. Bleidicks Behinderungsbegriff ist damit individuumzentriert, faßt Behinderung jedoch lediglich so eng in bezug auf den Erziehungsprozeß. Auch Bleidick weist darauf hin, daß der Gegenstand der Sonderpädagogik weiter ist als der der Sonderschulpädagogik und daß er die Lebensbereiche bis hin zum Erwachsenenalter umfaßt (vgl. ebd. 200).

c) Gegenstand nach Kanter

Die Ansätze von Speck und Bleidick betonen die Praxis der Sonderpädagogik in den Gegenstandsbeschreibungen. Der folgende Ansatz hebt die Forschung deutlicher hervor: Kanter legt der Sonderpädagogik das Konzept Klauers als wichtigstes und einziges umfängliches Ordnungsschema für die Sonderpädagogik zugrunde, da dies alle Bereiche der Pädagogik einbeziehe (vgl. Kanter 1985, 350).

Er bezeichnet es als zentralen Gegenstand der Sonderpädagogik, die Erziehungsvorgänge sowohl in ihren grundlegenden Determinanten als auch in ihrer situativen Einbettung aufzuklären und zu begründen (ebd. 352 f.). Ähnlich wie die anderen beiden Autoren beschreibt Kanter den Gegenstand der Sonderpädagogik als die „Erziehungspraxis (Erziehungsgeschehen und Erziehungshandeln) bei behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen“ (ebd., 350).

Diesen Gegenstand nimmt er zum Ausgangspunkt für die Begründung, Sonderpädagogik sei eine anwendungsbezogene Integrationswissenschaft³. Die Erziehungspraxis versteht Kanter als den Ausgangspunkt für Reflexion, Forschungstätigkeit und Handlungsentwürfe und leitet daraus den Anspruch ab, Sonderpädagogik müsse anwendungsbezogen sein.

Sonderpädagogik sei keine Grundlagenwissenschaft, sondern greife auf die Ergebnisse und Erkenntnisse aus Nachbarwissenschaften zurück, die als wesentlicher Bestandteil in die Erkenntnisgewinnung eingingen und sei somit eine Integrationswissenschaft.

Gegenstandsbeschreibung für die vorliegende Arbeit

Die vorgestellten Gegenstandsbeschreibungen unterscheiden sich nicht grundsätzlich in den Inhalten, sondern setzen unterschiedliche Schwerpunkte. Specks Einwand, den Gegenstand nicht losgelöst vom Menschenbild zu bestimmen, scheint eher ein Hinweis als eine Voraussetzung für die Gegenstandsbeschreibung zu sein. Früher schon räumt Speck ein, daß sowohl wertorientierte als auch wertfreie Ansätze Übereinstimmungen grundsätzlicher Art aufweisen, nämlich die „Erziehung an sich zu vollziehen“, dadurch daß „Behinderungen der Erziehung abgebaut, reduziert, korrigiert oder kompensiert werden, je nach den speziellen Erziehungsbedürfnissen“ (Speck 1985, 132). Dies ist in der Tat das Gemeinsame der drei vorgestellten Ansätze.

Speck zeigt schlüssiger als die anderen beiden Autoren, daß sich der Gegenstand der Sonderpädagogik ebenso auf Erwachsene wie auf Kinder und Jugendliche bezieht.

Bei Bleidick ist hervorzuheben, daß Behinderung ein relativer Begriff ist und Behinderung je nach individueller Ausprägung und gegebenen Umständen variiert. So ist auch der Gegenstand der Sonderpädagogik relativ, weil er mit Behinderung direkt verbunden ist.

Mit der Anknüpfung an Klauer räumt Kanter deutlicher als die anderen beiden Ansätze der Forschung einen Raum ein. Dieser wird zwar weder bei Bleidick noch bei Speck ausgeklammert, aber auch nicht ausdrücklich genannt.

Als Gegenstand der Sonderpädagogik wird im folgenden Erziehung unter den besonderen Bedingungen von Behinderung verstanden, wie sie Bleidick beschreibt. Dies gilt für alle Altersstufen und Lebensbereiche, wie sie Speck in der Aufgabenbeschreibung spezifiziert und umfaßt Praxis und Theorie, worunter auch die Forschung fällt, wie sie von Kanter hervorgehoben wird.

³ Kanter meint mit Integration die Zusammenarbeit mit anderen pädagogischen und außerpädagogischen Fächern. Dies wird inzwischen als Interdisziplinarität bezeichnet, um von der Bedeutung des Begriffs Integration im Sinne der Integrationspädagogik abzugrenzen.

1.3 Gesundheitsforschung in der Sonderpädagogik

Der vorliegenden Arbeit liegt das Verständnis von Sonderpädagogik als Integrations- und Anwendungswissenschaft nach Kanter zugrunde. Als Integrationswissenschaft ist sie in Praxis und Theorie auf die Zusammenarbeit mit Nachbardisziplinen angewiesen. Wember zeigt, daß die Sonderpädagogik mit allen pädagogischen Disziplinen die gemeinsame Aufgabenstellung verbindet, mit den Nachbardisziplinen wie beispielsweise der Medizin oder Psychologie die gemeinsame Problemlage (vgl. Wember 1995, 198).

Die Anknüpfungspunkte für die Zusammenarbeit der Gesundheitspsychologie mit der Sonderpädagogik liegen stärker im Forschungsgegenstand als im Forschungsinteresse. Das Forschungsinteresse der Gesundheitspsychologie gilt der Gesundheit, das Forschungsinteresse der Sonderpädagogik gilt der Erziehung unter der besonderen Bedingung der Behinderung. Während die Gesundheitspsychologie verschiedene Variablen hinzuzieht, um Gesundheit zu beschreiben, steht in der Sonderpädagogik die eine Variable Behinderung im Vordergrund. Als intervenierende Variable beeinflusst sie im engeren Sinne Erziehung, im weiteren Sinne verschiedene Lebenszusammenhänge, in denen Menschen stehen.

Der Forschungsgegenstand, mit dem sich beide Disziplinen beschäftigen, ist der Mensch in seinem Lebensumfeld, wobei Sonderpädagogik eine Einschränkung vornimmt, indem sie sich ausschließlich mit Menschen mit Behinderung beschäftigt. Gesundheitspsychologie beschäftigt sich vorrangig mit nach medizinischen Gesichtspunkten gesunden Menschen.

Die Zusammenarbeit erscheint für beide Disziplinen fruchtbar: Die Konzentration auf objektiv gesunde Menschen setzt voraus, daß Gesundheit ausschließlich mit medizinischem Maßstab zu messen sei. Das widerspricht jedoch dem erweiterten Verständnis von Gesundheit, das oben als kennzeichnend für die Gesundheitspsychologie dargestellt wurde. Für die Gesundheitspsychologie ist die Frage von Bedeutung, wie Gesundheit unter Berücksichtigung der Variable Behinderung funktioniert, um die Grenzen ihrer Konzepte und Theorien von Gesundheit auszuloten. Für die Sonderpädagogik ist eine Zusammenarbeit mit der Gesundheitspsychologie von Interesse, weil sie eine Perspektive in die Forschung einbezieht, die bisher nicht untersucht wurde: Das Forschungsinteresse der Gesundheitspsychologie impliziert eine Sichtweise auf die Fähigkeiten hin. In der Sonderpädagogik ist der Blick auf die Fähigkeiten ebenfalls Ziel, ist jedoch schwerer durchzuhalten, weil mit Behinderungen Einschränkungen im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen. Dieser positive Blickwinkel betont die Verbindung der Interessen durch folgende Frage: Welche Fähigkeiten nutzen oder entwickeln Menschen mit Behinderung, um unter den gegebenen gesellschaftlichen und ihren individuellen Bedingungen gesund zu leben?

2 Problemstellung und Vorgehen der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Vorstellungen Jugendlicher mit Behinderung zu Gesundheit und Krankheit zu erheben. Damit folgt sie einerseits einer sonderpädagogischen Fragestellung, andererseits bedient sie sich der Theorien der Gesundheitspsychologie, überprüft deren Geltungsbereich und nutzt deren Forschungsmethoden, um Gesundheitskonzepte zu erheben.

Dazu ist es zunächst notwendig die damit im Zusammenhang stehenden Theorien beider Disziplinen zu erörtern (Teil II): Was in der Gesundheitspsychologie unter Gesundheit gefaßt wird (Kapitel 1) und welche Erklärungsansätze in der Sonderpädagogik für Behinderung entwickelt wurden (Kapitel 2). Die in der Jugendgesundheitsforschung berücksichtigten Variablen und die dazu vorliegenden Ergebnisse werden in Kapitel 3 dargestellt. Daraus wird entwickelt, wie das Verhältnis von Gesundheit und Behinderung verstanden werden kann. Schließlich werden Konsequenzen für die Untersuchung und die Fragestellungen abgeleitet, die in konzeptionelle Überlegungen für die Untersuchung münden (Kapitel 4).

Im Methodenteil (Teil III) werden der Untersuchungsaufbau sowie die Entwicklung des verwendeten Meßinstruments beschrieben (Kapitel 1). Der Beschreibung der Stichprobe (Kapitel 2) folgen die der Durchführung der Untersuchung (Kapitel 3) und die Darstellung der Auswertungsmethoden (Kapitel 4). Daran schließen sich die Ergebnisse (Teil IV) und deren Diskussion (Teil V) an.

II Konzeptionelle Grundlagen

Zu Gesundheit und Behinderung liegen verschiedene Erklärungsansätze vor, von denen keiner für sich beansprucht, einen dieser Begriffe allgemeingültig erklären zu können. Je nach wissenschaftlicher Orientierung einer Arbeit bilden unterschiedliche Ansätze den Theoriehintergrund. Während sich einige Ansätze ähneln, widersprechen andere einander. Das kann darauf zurückgeführt werden, daß sie unterschiedlichen Paradigmen zugeordnet werden können. Ein Paradigma im Sinne Kuhns ist

„das, was den Mitgliedern einer wissenschaftlichen Gemeinschaft gemeinsam ist, und umgekehrt besteht eine wissenschaftliche Gemeinschaft aus Menschen, die ein Paradigma teilen“ (Kuhn 1976, 187).

Während sich nach Kuhn der erste Teil der Definition auf die soziologische Bedeutung beziehe und die Meinungen, Werte und Methoden umfasse, die von den Mitgliedern einer gegebenen Gemeinschaft geteilt würden, beziehe sich der zweite Teil der Definition auf die philosophische Bedeutung: Die Problemlösung nach bestimmten Regeln innerhalb einer Gemeinschaft. Dies entspreche, so Kuhn, der eigentlichen Bedeutung des Begriffs Paradigma und bezeichne es im engeren Sinne (vgl. ebd. 186).

Nach Kuhn wird ein Paradigma durch folgende vier Charakteristika bestimmt:

- 1) Die Gruppe hat ein gemeinsames disziplinäres System⁴ (vgl. ebd. 194).
- 2) Die Gruppe hat eine gemeinsame Bindung von Auffassungen (vgl. ebd. 195).
- 3) Die Gruppe hat gemeinsame Werte, die sich allerdings in der Anwendung durch Einzelne unterscheiden (vgl. ebd. 196 f.).
- 4) Die Gruppe hat gemeinsame Musterbeispiele, „symbolische Verallgemeinerungen“ (ebd. 198), die zur Lösung der Probleme herangezogen werden, und im folgenden als Lösungsmuster bezeichnet werden (vgl. ebd. 198 f.).

Im Gegensatz zu dem Vorgehen, sich einer Aussage über den Inhalt oder die Definition (als Verbindung von Inhalt und Gegenstandsbereich) zu nähern, ist ein Paradigma zunächst von der Gruppe der Fachleute abhängig:

„Jede Untersuchung paradigma-gelenkter oder paradigma-zerstörender Forschung muß mit der Lokalisierung der verantwortlichen Gruppe oder Gruppen beginnen“ (ebd. 191).

Anhand dieser Kriterien werden Paradigmen der Gesundheit und Behinderung im folgenden identifiziert und vorgestellt.

Zunächst werden verschiedene Erklärungsansätze einem Paradigma zugeordnet und beschrieben. An den Inhalten entlang werden die übrigen drei Charakteristika des Pa

⁴ Er wählt das Wort System, weil es ihm genauer als das Wort Theorie erscheint und versteht darunter die Fachleute einer Disziplin, die sich mit einer Menge verschiedenartiger geordneter Elemente, die genau bestimmt sei, beschäftigten (vgl. ebd. 194).

radigmas dargestellt, daran schließt sich deren Beurteilung an. In dieser Weise werden zunächst zwei Paradigmen der Gesundheit, dann drei der Behinderung dargestellt.

1 Paradigmen der Gesundheit

1.1 Pathogenetisches Paradigma⁵

Zum pathogenetischen Paradigma werden Erklärungsansätze von Gesundheit gezählt, deren Vertreter und Vertreterinnen aus verschiedenen Disziplinen kommen; als wichtigste sind hier die Soziologie, die Medizin und die Psychologie aufgeführt. Ihr disziplinäres System ist die Pathogenese, die Lehre von den Ursprüngen der Krankheit. Berücksichtigt werden ausschließlich Ansätze, die Gesundheit innerhalb eines Systems betrachten⁶.

1.1.1 Darstellung der Ansätze

a) Gesellschaftliches Modell

Der systemtheoretische Ansatz nach Parsons (1973) beschreibt die Gesellschaft als strukturell-funktionales System. Im Gegensatz zu dem in der Soziologie bis dahin herrschenden Paradigma, das sich an dichotomen Rollenpersönlichkeiten orientiere, behandelte er „diese Dyas selbst als ein *soziales Gesamtsystem*“ (Parsons 1968, 449). Das handelnde Individuum stehe im Mittelpunkt des Systems. Es trete mit anderen handelnden Individuen in Verbindung. Übergeordnete Einheiten kontrollierten beispielsweise diese Beziehungen und bildeten mit verschiedenen weiteren Einheiten gemeinsam ein System. Die Strukturen hätten Funktionen, die letztendlich darauf ausgerichtet seien, das System zu erhalten. Als Medizinsoziologe beschäftigt sich Parsons mit der Bedeutung von Gesundheit und Krankheit in sozialen Systemen und definiert Gesundheit folgendermaßen:

„Gesundheit kann als der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit effektive für Erfüllung der Aufgaben und Rollen, für die ein Individuum sozialisiert ist, definiert werden. Sie ist somit im Hinblick auf die Beteiligung des Individuums am sozialen System definiert. Sie ist außerdem relativ zu einem differenzierten Rollentyp und einer entsprechenden Struktur der Aufgaben, beispielsweise entsprechend dem Geschlecht, dem Alter, dem erreichten Bildungsstand und ähnlichem“ (ebd. 344).

⁵ Die Begriffswahl pathogenetisches und salutogenetisches Paradigma ist von Antonovsky (vgl. Antonovsky 1993) übernommen. Antonovsky fordert in Abgrenzung zum Pathogeneseparadigma ein neues Paradigma, das er Salutogenese - Ursprünge der Gesundheit - nennt.

⁶ Theoretisch würden auch Erklärungsansätze, die Gesundheit kausal erklären zum pathogenetischen Paradigma gehören. Die in Frage kommenden biomedizinischen Ansätze beschränken sich jedoch darauf, zu beschreiben, was Krankheit ist, Gesundheit erklären sie nicht.

Gesundheit dient dem Systemerhalt: Sie bestimmt einerseits die Beziehungen der Individuen untereinander und wird andererseits durch sie bestimmt. Ihr Fehlen ist Zeichen einer Funktionsstörung des Systems, die zeitlich begrenzt geduldet werden kann, und gegebenenfalls durch Eingriffe übergeordneter Instanzen, also Sanktionen, behoben werden muß.

b) Biopsychosoziales Modell

Der Mediziner Engel (1976, 1977) hat die Bedeutung der Strukturtheorie für die Medizin herausgearbeitet. Er distanziert sich von dem Krankheitsmodell der Medizin, das sich seit dem 19. Jahrhundert an dem Modell der Infektionskrankheiten orientiert. Er bemängelt den Reduktionismus und den Geist-Körper-Dualismus des biomedizinischen Modells und plädiert statt dessen für ein biopsychosoziales Modell. Diesem liege eine integrative Perspektive zugrunde, die Krankheit nicht ausschließlich auf organisch bestimmte Fehlentwicklungen zurückführe, sondern auch biologisch, psychologisch und sozial vermittelte pathologische Prozesse und damit den sozialen Kontext einbeziehe (vgl. Engel 1977, 132). Auf diesem Hintergrund definiert er Gesundheit:

„Wir können vom Organismus als ganzem (oder von Organen oder Systemen im Organismus) sagen, daß er sich in einem gesunden Zustand befindet (gesund ist), wenn er glatt funktioniert, Bedürfnisse stillt, erfolgreich den Anforderungen und Ansprüchen der inneren und äußeren Umgebung entspricht, und seinem biologischen Schicksal, eingeschlossen Wachstum und Reproduktion, nachkommt“ (Engel 1976, 272).

Engel vertritt einen engeren Systembegriff als Parsons, indem er den Organismus als System betrachtet, das mit dem sozialen Kontext in Beziehung steht. Gesundheit kennzeichnet auch hier das Funktionieren des Systems, zu dessen Erhalt Außenbedingungen einbezogen werden.

c) Sozioepidemiologisch-ökologisches Modell

Trojan und Hildebrandt haben das sozioepidemiologisch-ökologische Modell entwickelt und dieses in der Praxis erprobt. Sie verstehen im Gegensatz zu Engel und Parsons die Welt als dynamisches System und legen damit einen umfassenderen Systembegriff zugrunde. Sie entwickeln ein Erklärungsmodell für Gesundheit, indem sie Baduras „Sozialepidemiologisches Modell der Krankheitsverhütung und -entstehung“ (Badura 1983, 34 f.) um ökologische Faktoren erweitern. Der Mensch wird im sozioepidemiologisch-ökologischen Modell als Teil eines sich verändernden sozialen Kontextes von Individuen und Systemen gesehen, in dem Krankwerden und Gesundbleiben Prozesse sind, deren Stadien von zahlreichen Faktoren beeinflusst werden. Dies sind:

- sozioökonomische Faktoren, materielle oder „klassische handfeste Arbeits- und Lebensbedingungen“ (Trojan und Hildebrandt 1989, 99),
- soziokulturelle Faktoren, die sowohl Normen- und Wertesystem der Gesellschaft, Körperkultur und geschlechtliche Rollenzuschreibung umfassen sowie

- dispositionelle Faktoren, belastende Lebensereignisse, kritische Belastungen in der Arbeits- und Lebenswelt und kritische Übergänge im Lebenszyklus (vgl. ebd. 101); Badura nennt sie „psychosoziale Risiken“ (Badura 1983, 35).

Ob und wie mit diesen Faktoren umgegangen wird, hängt vom Bewältigungsverhalten ab, worunter alle gesundheitsrelevanten Aktivitäten des Einzelnen gefaßt werden. Soziale Netze wie Familie, Arbeitswelt oder Gemeinde bieten die Infrastruktur für den Einsatz der Bewältigungsressourcen. Netzwerkförderung stellt das zentrale Anliegen dieses Modells dar: Indem organisierte, aufgabenbezogene und außenorientierte Netzwerke gebildet werden, wird Solidarität statt Individualisierung gefördert. Die Autoren formulieren die Grundlagen ihres Modells, in denen die pragmatische Orientierung deutlich wird, folgendermaßen:

- a) *„Selbstbestimmte*, statt fremdbestimmte Ziele gesunden Handelns;
- b) *Unterstützung solidarischen Handelns* im Interesse der Gesundheit statt individueller Aufklärung, Information und Verhaltenssteuerung;
- c) *Krankheitsunspezifische* Gesundheitsförderung statt Bekämpfung spezieller Risikofaktoren;
- d) *eigenständige Gestaltung* gesunder Lebens- und Arbeitsverhältnisse statt Fremdkontrolle individuellen Fehlverhaltens; und
- e) *Stärkung und Verbreitung 'natürlich' gewachsener Ansätze* auf Gemeindeebene statt zentral gesteuerter 'Interventionen' professioneller Helfer-Experten“ (Trojan und Hildebrandt 1989, 114; Hervorhebungen von den Autoren).

Das Ziel Trojans und Hildebrandts ist es, die Beziehungen innerhalb des Systems zu verbessern, indem sie die Teile des Systems miteinander vernetzen, bzw. deren Vernetzung fördern. Gesundheit als Merkmal geglückter Vernetzung kennzeichnet funktionierende Netzwerke und damit auch hier ein funktionierendes System.

1.1.2 Darlegung des Paradigmencharakters

Den drei dargestellten Erklärungsansätzen ist die Auffassung gemeinsam, daß Gesundheit das Kennzeichen eines funktionierenden Systems ist. Gesundheit des Individuums ist in diesen Ansätzen Ausdruck für funktionierende Beziehungen innerhalb des Systems. Dabei liegen den Ansätzen unterschiedliche Systembegriffe zugrunde: Engel und Parsons gehen von einem geschlossenen System aus, wobei Engel einen Teil des Systems, den Organismus in seinem sozialen Kontext betrachtet. Parsons bezieht darüber hinaus auch andere Individuen und weitere Instanzen ein. Trojan und Hildebrandt gehen von einem offenen dynamischen System aus.

Gemeinsam ist diesen Ansätzen der Wert, daß Gesundheit und Krankheit sich gegenseitig ausschließen. Gesundheit ist dafür Kennzeichen, ob ein System funktioniert, Krankheit dagegen ist Kennzeichen für eine Systemstörung. Dadurch, daß das Funktio-

nieren des Systems, genauer der Systemerhalt, Ziel aller Ansätze ist, wird Gesundheit zum gesellschaftlichen Wert.

Das verbindende Lösungsmuster der Ansätze ist, Gesundheit zu bewahren bzw. wiederherzustellen. Dabei sind verschiedene Umsetzungen zu unterscheiden: Engel spricht so lange von einem „Krankheitszustand ... bis sich erneut ein Gleichgewicht einstellt“ (Engel 1976, 283), in dem der Mensch wieder gesund ist. Um dieses Gleichgewicht Gesundheit zu erreichen, bezieht er den sozialen Kontext ein. Auch Parsons geht von einem Gleichgewichtszustand aus, der allerdings zwischen Gesundheit und Krankheit besteht (vgl. Parsons 1968, 346). Innerhalb des Systems hat auch die Rolle des Kranken eine Funktion und kann in gewissem Maße vom System mitgetragen werden. In der Summe muß ein Gleichgewicht mit Gesundheit und damit Normkonformität erhalten bleiben, nötigenfalls durch Sanktionen. Bei Trojan und Hildebrandt steht weniger das Ziel im Mittelpunkt als vielmehr die Mittel dieses, nämlich Gesundheit, zu erreichen bzw. zu erhalten: Mit Gesundheitsförderung wird krankmachenden Bedingungen entgegengewirkt. Chronische und akute Belastungen sollen früher erkannt, beseitigt und vermieden werden (Prävention), psychische und somatische Folgen von bestehenden chronischen und akuten Belastungen sollen aufgefangen werden (Neutralisierung) und aufgetretene Krankheiten mit Hilfe und Unterstützung überwunden werden (Bewältigung) (vgl. Trojan und Hildebrandt 1989, 113).

1.1.3 Beurteilung des Paradigmas

Die Ansätze des Pathogenese-Paradigmas werden der Komplexität von Gesundheit dadurch gerecht, daß sie Gesundheit innerhalb eines Systems betrachten, indem sie Verbindungen auf verschiedenen Ebenen berücksichtigen und über physiologische hinausreichende Lebensbedingungen einbeziehen.

Zu kritisieren ist der enge Systembegriff von Engel und Parsons, denn er zergliedert die Zusammenhänge des Umfeldes in Einheiten, um sie zu begreifen, vereinfacht dabei jedoch und kann dem Ganzen nicht mehr gerecht werden.

Weiner (1994) kritisiert, daß diese Erklärungsansätze keine Neuerungen böten, um Gesundheit zu erklären, da das Umfeld jeden Individuums in der Biologie schon seit Darwin berücksichtigt werde. Kommunikation zwischen den hierarchischen Stufen eines Systems verlaufe durch Anweisungen und entspräche damit einem Ursache-Folge-Prinzip. Dies sei linear und werde einem komplexen Verständnis von Gesundheit nicht gerecht (vgl. Weiner 1994, 82). Diese Kritik ist gerechtfertigt, da im Pathogenese-Paradigma Gesundheit auf die Funktion eingeengt ist, die Beziehungen zwischen den Systembestandteilen darzustellen. Ein Ansatz wird der Komplexität von Gesundheit gerecht, wenn er Gesundheit als Bestandteil eines Systems begreift, das mit verschiedenen Bestandteilen in Beziehung steht.

Bezogen auf den Inhalt des Pathogenese-Paradigmas ist zu kritisieren, daß Gesundheit als ideales Ziel gesetzt wird und andere Ausprägungen des Lebens als normabweichend und system(zer)störend betrachtet werden. Damit wird Gesundheit zum mora

llischen Wert einer Gesellschaft gemacht, dessen Maßstab die Mehrheit ist. Aus dem Wert Gesundheit kann Handeln abgeleitet werden: Je nach Situation können Abweichungen toleriert oder integriert werden, müssen aber Ausnahmen bleiben, weil sie das System zu kippen drohen. Gesundheit wird in diesem Paradigma hergestellt, indem Krankheit bzw. krankmachende Bedingungen verringert werden und gesundheitsfördernde gestärkt werden. In letzter Konsequenz müßte, wer sich diesem Wert verweigert oder ihm nicht entsprechen kann, ausgeschlossen werden, um das System nicht zu gefährden.

Dieses Paradigma greift zu kurz, um Gesundheit zu erklären und zu beschreiben, wie es dem Gegenstand der Gesundheitspsychologie entspricht. Ein wertfreier Gesundheitsbegriff scheint für den wissenschaftlichen Prozeß erforderlich zu sein. Dabei bietet ein dynamisches offenes System als Erklärungsgrundlage die Möglichkeit, Gesundheit in ihrer Komplexität zu erfassen.

1.2 Salutogenetisches Paradigma

Das Salutogenese-paradigma wird von Forschenden aus Psychologie, Medizin und Soziologie vertreten. Ihnen ist die Orientierung auf Gesundheit hin gemeinsam.

Die Erklärungsansätze von Gesundheit haben ihren Ausgangspunkt in der Streßforschung. Wichtigste Anknüpfungspunkte sind die Erkenntnisse Selyes (1956) aus der physiologischen Streßtheorie, nach der Streß nicht primär eine schädigende, sondern eine restabilisierende Aktivität ist. Entsprechend wird Gesundheit als Fähigkeit des Organismus verstanden, mit Herausforderungen umzugehen und Krankheit als Überforderung der körperlichen Kompensationskapazitäten (vgl. Timm 1984, 441). Die Forschungen von Lazarus (1966) beziehen psychische Komponenten ein, indem Streß als subjektiv wahrgenommene Überforderung von Bewältigungsmöglichkeiten gegenüber Umwelтанforderungen gefaßt wird. Krankheit wird dann als Form der Belastungsreaktion im Auseinandersetzungsprozeß des Menschen mit seiner Umwelt betrachtet wie andere sozial positiv (Kreativität) oder negativ (Aggressivität) sanktionierte Formen (vgl. Timm 1984, 441).

1.2.1 Darstellung der Ansätze

a) Hardiness-Konzept

Die salutogenetische Orientierung Kobasas äußert sich in der Frage, was Menschen, die Streß empfinden und gesund sind, von denen unterscheidet, die Streß empfinden und krank sind (vgl. Kobasa 1979, 1982, 1983). Sie entwickelt die These, daß Hardiness, eine Persönlichkeitseigenschaft, dafür verantwortlich sei, daß Menschen trotz Streß gesund blieben. Kobasa orientiert sich an existenzialistischen Persönlichkeitstheorien und nennt folgende drei Komponenten, die Hardiness charakterisieren:

- Commitment: Es umfaßt mehr als Selbstachtung oder persönliche Kompetenz, weil es auf einem Gefühl von Gemeinwohl basiert: Einerseits dem Wissen, sich in schwierigen Zeiten an andere wenden zu können und andererseits dem Gefühl, daß

andere auch in diesen Zeiten auf einen zählen und einen nicht aufgeben (vgl. Kobasa 1982, 6).

- Behavior of control: Menschen mit hoher Kontrolle suchen bei Ereignissen nach der eigenen Verantwortlichkeit und erleben schwierige Lebensereignisse als vorhersagbare Konsequenzen des eigenen Handelns. Diese können in einen Lebensplan eingefügt werden und werden als in sich stimmig und nicht als störend empfunden (vgl. ebd. 7).
- Challenge: Das Leben als Herausforderung zu betrachten, gibt Antworten auf unerwartete Ereignisse und ist verbunden mit dem Wissen, wie mit Streß umgegangen werden kann. Die meisten dieser Ereignisse werden als wertvoll interpretiert und integriert (vgl. ebd. 8).

Wer über die Widerstandsfähigkeit verfüge, die Hardiness verkörpert, empfinde potentiell stressende Situationen seltener als Bedrohung, bilde weniger körperliche Symptome aus und bleibe gesund: „... when life is stressfull, hardiness decreases the number and severity of illness reports“ (Kobasa 1982, 8). Hardiness wirke direkt auf Gesundheit, indem stark ausgeprägte Hardiness bei kritischen Lebensereignissen spannungsreduzierend wirke, und dies im Gegensatz zu gering ausgeprägter Hardiness zu einer physischen Verbesserung des Gesundheitszustandes führe. Außerdem könne Hardiness indirekt auf Gesundheit einwirken, indem eine oder mehrere der drei Komponenten beeinflussten, wie eine Situation wahrgenommen werde.

Andere Faktoren, wie soziale Unterstützung oder Intelligenz, haben für das Zusammenspiel von Gesundheit und Streß bzw. Krankheit und Streß nicht diese Bedeutung. Kobasa untersucht lediglich deren Bedeutung als Widerstandsressourcen im Zusammenhang mit der Persönlichkeit, nicht deren Auswirkungen auf die Gesundheit (vgl. Kobasa 1982; 1983).

b) Salutogenese⁷

Auch Antonovsky hält Gesundheit für abhängig von einer Persönlichkeitseigenschaft, die er in einen größeren Zusammenhang stellt: Er betrachtet das Leben „als turbulent, konfliktreich oder, vereinfacht, durch das Prisma von Murphys Gesetz (Sinngemäß: Alles, was schiefgehen kann, geht auch irgendwann einmal schief)“ (Antonovsky 1992, 115) und sieht den Menschen, wie alle Systeme, der Kraft der Entropie ausgesetzt (vgl. Antonovsky 1993, 4). Gesundheit und Krankheit versteht er als zwei Pole eines Kontinuums, des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums (Health-Ease - Dis-Ease - Kontinuum, kurz HEDE-Kontinuum). Weder der eine noch der andere Pol würden absolut von den Menschen er-

⁷ Zu unterscheiden ist 'Salutogenese' als Antonovskys Erklärungsansatz von Gesundheit von 'Salutogenese' als Bezeichnung des Paradigmas, das weitere Erklärungsansätze umfaßt. Zur Vermeidung von Mißverständnissen wird im zweiten Fall der Bedeutung 'salutogenetisches Paradigma' bzw. 'Salutogeneseparadigma' verwendet.

reicht, die meisten Menschen befänden sich zwischen diesen Polen. Antonovskys Interesse gilt der Frage, warum sich einige Menschen dem Pol Gesundheit näher befinden, oder wie es einigen Menschen gelingt, immer wieder Energie in das der Unordnung zustrebende System zu stecken und es zu erhalten. Dies sei mit einer Persönlichkeitseigenschaft verbunden, die er Kohärenzgefühl (sense of coherence) nennt. Er definiert das Kohärenzgefühl folgendermaßen:

„The sense of coherence is a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement“ (Antonovsky 1987a, 19).

Die drei Komponenten, die das Kohärenzgefühl ausmachen sind:

- Sense of comprehensibility (Gefühl der Verstehbarkeit⁸), die Überzeugung, daß die Stimuli der eigenen Umwelt sinnvoll sind
- Sense of manageability (Gefühl der Handhabbarkeit), das Bewußtsein, daß eine Vielzahl von passenden Ressourcen vorhanden ist, die bei der Bewältigung von Situationen unterstützen
- Sense of meaningfulness (Gefühl der Bedeutsamkeit), der emotionalen Komponente bereit zu sein, Situationen engagiert anzugehen (vgl. Antonovsky 1993, 10; 1987a, 17 f.).

Wie das Kohärenzgefühl ausgebildet ist, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Hierzu gehören neben den Gesellschaftsbedingungen und den Lebenserfahrungen die generalisierten Widerstandsressourcen (GRR). Als solche bezeichnet er jedes Phänomen, das effektiv Stressoren bekämpft, indem es hilft, den zahlreichen Stressoren einen Sinn zu geben (vgl. Antonovsky 1987b, 48). Dazu gehören:

- Physikalische bzw. biochemische Widerstandsressourcen
- Materielle Widerstandsressourcen
- Kognitive Widerstandsressourcen
- Emotionale Widerstandsressourcen
- Bewältigungsstile
- Soziale Unterstützung
- Verbundenheit mit Glaubenssystemen

Ein hohes Kohärenzgefühl könne bei konsistenten Lebenserfahrungen unter unterschiedlichen Gesellschaftsbedingungen ausgeprägt werden. Zusammen mit dem Kohärenzgefühl würden die Widerstandsressourcen bestimmen, wo sich ein Mensch auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befinde. Zum einen wirke ein hohes Kohä-

⁸ Übersetzung nach Antonovsky 1997

renzgefühl direkt auf dieses Kontinuum, zum anderen beeinflusse es den Umgang mit Lebensereignissen. Ein hohes Kohärenzgefühl in Verbindung mit einer Reihe tatsächlich vorhandener Widerstandsressourcen ermögliche, schwierige Situationen zu bewältigen, so daß der Mensch sich näher dem Pol Gesundheit befinde.

An dieser Stelle setzt Faltermaier (1994) seine Überlegungen an: Er geht davon aus, daß ein Mensch durch das Gesundheitsbewußtsein motiviert aktiv seine Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum verändern könne: Denn durch gezielte Aktivität des Individuums „ist eine direkte Einwirkung auf das Gesundheitskontinuum möglich“ (ebd. 159).

Gesundheitsbewußtsein ist nach Faltermaier

„... ein komplexes Aggregat von subjektiven Vorstellungen von der eigenen Gesundheit, die kognitive, emotionale und motivationale Momente beinhalten, die sich auf das eigene Selbst (als Person, Körper) und das Verhältnis zur sozialen und materiellen Umwelt beziehen, die sich in ständiger biographischer Entwicklung befinden und sozial abgestimmt werden“ (Faltermaier 1994, 163).

Das Gesundheitsbewußtsein versteht Faltermaier als Teil des Kohärenzgefühls. Durch ein positives Gesundheitsbewußtsein werde Gesundheitshandeln möglich (vgl. ebd. 159).

Gesundheitshandeln bestehe aus

„... Handlungseinheiten, die für das Subjekt sinnvolle Schritte zum Erhalt seiner Gesundheit sind; sie stehen aber immer in einem Gesamtzusammenhang und können - wie widersprüchlich auch immer - als gesundheitliche Lebensweise im Kontext der gesamten Lebenspraxis eines Menschen verstanden werden“ (ebd. 174).

Er betont mit dieser Erweiterung des Ansatzes von Antonovsky den emotionalen und körperlichen Aspekt als aktive und relativ bewußte Ebene des Kohärenzgefühls.

Folgende Komponenten ordnet Faltermaier dem Gesundheitsbewußtsein zu:

- Persönliche Bedeutung von Gesundheit
- Subjektives Konzept von Gesundheit
- Körperbewußtsein als körperlicher Teil der Identität
- Wahrnehmung gesundheitlicher Risiken und Belastungen
- Wahrnehmung gesundheitlicher Ressourcen
- Subjektives Konzept von Krankheit
- Soziale Abstimmung mit der Umwelt (vgl. Faltermaier 1994, 165 - 171).

Für das Gesundheitshandeln sind folgende Komponenten charakterisierend:

- Bewußtes Handeln für die eigene Gesundheit
- Umgang mit dem eigenen Körper und seinen Beschwerden
- Umgang mit bzw. die Bewältigung von Krankheiten

- Umgang mit Risiken und Belastungen
- Herstellung und Aktivierung von Ressourcen
- Soziale Gesundheitsselbsthilfe
- Veränderung der Lebensweise im Lebenslauf (vgl. ebd. 174 - 181).

Den Zusammenhang beider Komponenten mit Antonovskys Theorie verdeutlicht Faltermaier in einem Schema (vgl. Abb. II-1-1). Die Pfeile symbolisieren die Wirkung der Komponenten aufeinander.

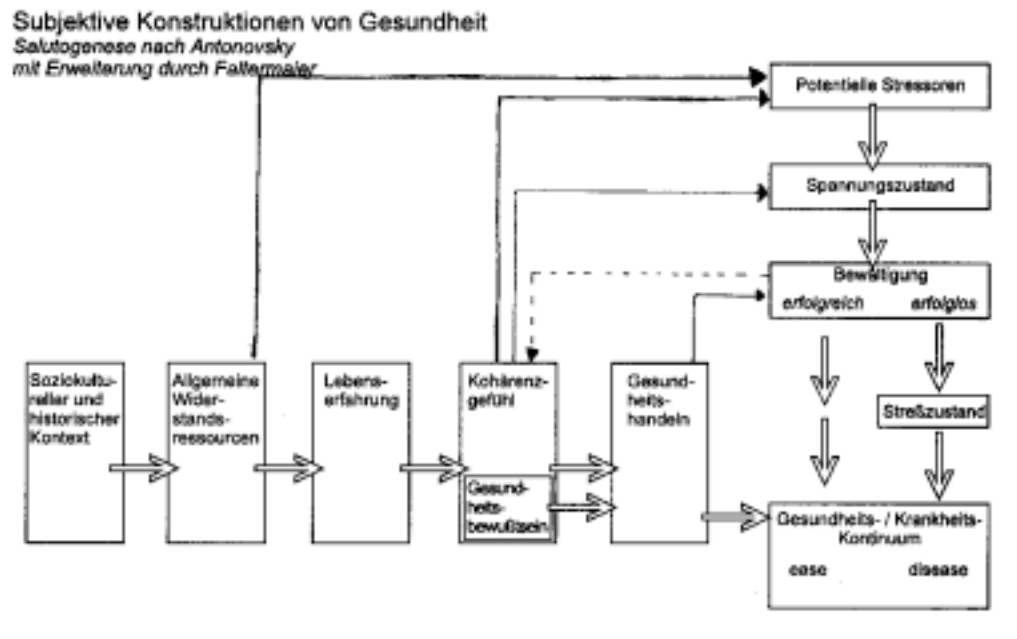


Abbildung II-1-1: Subjektive Konstruktionen von Gesundheit (zitiert nach Faltermaier 1994, 162)

1.2.2 Darlegung des Paradigmencharakters

Gemeinsam ist den Erklärungsansätzen die Auffassung, daß das Leben nicht in geordneten Bahnen verläuft, sondern daß Menschen ständig neuen Situationen gegenüberstehen, mit denen sie umgehen müssen. Gesundheit wird verstanden als dynamische Interaktion zwischen zahlreichen be- und entlastenden bzw. schützenden und unterstützenden Faktoren, die sowohl innerhalb als auch außerhalb der Person liegen.

Das System an sich ist nicht von Gesundheit abhängig. Gesundheit ist im salutogenetischen Paradigma nicht die Norm, sondern ein mögliches Ergebnis der Auseinandersetzung mit verschiedenen Lebenssituationen. Gesundheit ist wertfrei und nicht gleichzusetzen mit moralisch gutem Leben. Sie ist, wie auch unangenehme Zustände, eine Ausprägungsform menschlichen Lebens.

Dreh- und Angelpunkt beider Ansätze ist eine Persönlichkeitsvariable als Schlüssel zu Gesundheit. In dem Gewicht, das sie strukturellen Bedingungen beimessen, unterscheiden sich die Ansätze: Sie werden von Antonovsky stärker einbezogen, indem er gesellschaftlichen und politischen Bedingungen eine Wirkung auf das Kohärenzgefühl zuordnet. Unter bestimmten politischen Bedingungen oder in bestimmten gesellschaftlichen

Positionen sei es leichter, ein hohes Kohärenzgefühl auszuprägen als in anderen (vgl. Antonovsky 1987a, 11).

1.2.3 Beurteilung des Paradigmas

Hervorzuheben in diesem Paradigma ist der Wechsel der Perspektive auf Gesundheit hin: Nicht mehr der Mangelzustand wird analysiert, sondern Gesundheit. Deutlich wird diese Ausrichtung in dem folgenden Zitat:

„Erst wenn wir uns von der Alltagsvorstellung, daß Gesundheit ein Normalzustand ist, und daß die Abweichung dazu erklärt werden muß, verabschiedet haben, fragen wir uns nach der Erklärung der Nichtabweichung“ (Antonovsky 1992, 123)

Gesundheit ist nicht mehr Maßstab für ein gelungenes Leben oder ein funktionierendes System. Das System bleibt unabhängig von Gesundheit bestehen. Unter der Annahme, daß Gesundheit möglich ist, werden auch Lebensumstände und Bedingungen einbezogen, die im pathogenetischen Paradigma als krankmachend bezeichnet werden. Die systemische Sichtweise des Salutogenese-Paradigmas ermöglicht es, Gesundheit in ihrer Komplexität zu betrachten, ohne einzelne Aspekte auszugrenzen. Während Kobasa lediglich einen Ausschnitt beobachtet, berücksichtigt Antonovsky das Gesamtsystem ohne den Anspruch, alle Zusammenhänge erklären zu können und läßt Fragen offen. Die Erweiterungen Faltermaiers sind ein Beispiel dafür, wie Teile des Systems im Zusammenhang mit anderen Systemteilen betrachtet werden können.

An Kobasas Ansatz kann kritisiert werden, daß Gesundheit als vorwiegend abhängig von einer Persönlichkeitsvariable betrachtet wird. Gesundheit erscheint dadurch als dank einer Persönlichkeitsausprägung vorhanden und nicht veränderbar. Antonovsky geht darüber hinaus, indem er sowohl äußere Faktoren wie die Gesellschaftsbedingungen berücksichtigt als auch Faktoren wie die Generalisierten Widerstandsressourcen einbezieht, die verändert werden können.

Badura kritisiert die kognitive Ausrichtung des Konzepts als zu stark (vgl. Badura 1991, 48). Hierzu schafft Faltermaier einen Ausgleich, indem er das Handeln des Menschen als direkt abhängig vom Kohärenzgefühl darstellt.

Ein Schwachpunkt des Salutogenese-Paradigmas ist, daß Gesundheit nicht operationalisiert worden ist. Kobasa greift auf das Pathogenese-Paradigma zurück, indem sie Krankheit mißt und davon Gesundheit ableitet. Antonovskys Ansatz sieht vor, daß Gesundheit und Krankheit ausschließlich von Experten beurteilt werden soll. Er hat ein Instrument entwickelt, das die Ausprägung der drei Komponenten des Kohärenzgefühls mißt.

Eine stärkere Beteiligung der subjektiven Einschätzung ist wünschenswert, ebenso wie ein Diagnoseinstrument, das an Fähigkeiten und Stärken orientiert ist, statt an medizinisch meßbaren Werten.

2 Paradigmen der Behinderung

Die Begrifflichkeiten in den Definitionen von Behinderung sind nicht immer eindeutig; häufig werden Begriffe synonym für Behinderung verwendet. Um ihre Bedeutung im jeweiligen Zusammenhang erfassen zu können, werden sie im folgenden zu dem Begriffssystem Schädigung - Beeinträchtigung - Behinderung, das die WHO⁹ entwickelt hat, in Beziehung gesetzt.

2.1 Individualtheoretisches Paradigma¹⁰ von Behinderung

Zu diesem Paradigma gehören Ansätze aus verschiedenen Disziplinen: Der Medizin, dem Recht bzw. Sozialrecht und der Pädagogik respektive Sonderpädagogik.

2.1.1 Darstellung der Ansätze

a) Medizinischer Erklärungsansatz

Im medizinischen Erklärungsansatz wird Behinderung in Dichotomie zu Gesundheit verstanden:

„Behinderung fängt dort an, wo Krankheit aufhört. Ein Defektzustand liegt vor, ein Endzustand nach vorausgegangenem Krankheitsgeschehen, der weiterer Behandlung trotz, irreversibel ist“ (Hensle 1979, 18, zitiert nach Rath 1985, 29).

Die der Behinderung zugrundeliegende Krankheit (im Sinne von Schädigung) steht im Mittelpunkt. Erst wenn diese nicht vollständig geheilt werden kann oder progredient verläuft bzw. zur chronischen Krankheit wird, wird sie als Behinderung definiert. Da Medizin vorrangig auf Heilung ausgerichtet ist, ist die Beschäftigung mit Behinderung nur ein Randbereich dieser Disziplin. Im Falle von Behinderung wird versucht, sich durch medizinische Maßnahmen dem Zustand Gesundheit anzunähern. Vollständige Gesundheit ist wohl bei Krankheit, nicht jedoch bei Behinderung im medizinischen Verständnis zu erreichen.

⁹ Die WHO differenziert zwischen Schädigung, Beeinträchtigung und Behinderung wie folgt:

- „Schädigung: Jeder Verlust oder jede Anomalie einer psychologischen, physiologischen und anatomischen Struktur oder Funktion“ (WHO 1980, 183, Übersetzung nach Bundesministerium 1983, 4)
- „Beeinträchtigung: Jede (auf eine Schädigung zurückgehende) Einschränkung der Fähigkeit oder die Unfähigkeit, eine Tätigkeit so und im Rahmen dessen auszuüben, was für einen Menschen als normal gilt“ (WHO 1980, 183, Übersetzung nach Bundesministerium 1983, 4)
- „Behinderung: Eine auf eine Schädigung oder Beeinträchtigung zurückgehende Benachteiligung, die einen bestimmten Menschen teilweise oder ganz daran hindert, eine Rolle auszufüllen, die für ihn nach Alter, Geschlecht und sozio-kulturellen Faktoren normal wäre“ (WHO 1980, 183, Übersetzung nach Bundesministerium 1983, 4).

¹⁰ Die Begriffswahl der Behinderungsparadigmen erfolgt in Anlehnung an Bleidick (1985, 254 ff.).

b) Sozialrechtlicher Erklärungsansatz

Statt Behinderung zu definieren wurde mit der Definition der Minderung der Erwerbsfähigkeit im Bundesversorgungsgesetz Behinderung operationalisiert als Beeinträchtigung der „Befähigung zur üblichen, auf Erwerb gerichteten Arbeit und deren Ausnutzung im wirtschaftlichen Leben durch die als Folgen einer Schädigung anerkannten Gesundheitsstörungen“ (§30 BVG). Da Behinderung nicht zwangsläufig Leistungsminderung im Arbeits- und Berufsleben zur Folge hat, wurde dieser Begriff 1986 durch den des Grades der Behinderung ersetzt.

Im Schwerbehindertengesetz wird Behinderung folgendermaßen definiert:

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

Die sozialrechtliche Definition von Behinderung geht von der funktionellen Beeinträchtigung eines Menschen aus, unabhängig davon, welcher Art die zugrundeliegende Schädigung ist.

c) Pädagogischer Erklärungsansatz

Dem pädagogisch orientierten Erklärungsansatz von Behinderung liegt die Beschreibung von Behinderung als intervenierenden Variablen nach Bleidick zugrunde¹¹ (vgl. Kap. 1.1.2).

Behinderung wirkt auf die unterschiedlichen Lebensbedingungen und verändert diese bzw. erfordert deren Veränderung. Eine Definition, die Behinderung als intervenierende Variable des Erziehungsprozesses sieht, liefert der Deutsche Bildungsrat:

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

Dieser Begriff geht von einer funktionellen Beeinträchtigung im Sinne der WHO-Definition aus. Behinderung wird als relativer Begriff verwendet und gilt nur in dem eingeschränkten bezeichneten Geltungsbereich, wenn eine besondere pädagogische Förderung nötig ist.

¹¹ Da jede Behinderung anders ausgeprägt ist und unterschiedliche Auswirkungen mit sich bringt, wählt Bleidick die Mehrzahl des Begriffs.

2.1.2 Darlegung des Paradigmencharakters

Diese drei Erklärungsansätze stehen unverbunden nebeneinander. Da ihnen Auffassung, Wert und Lösungsmuster gemeinsam sind, sind sie jedoch einem Paradigma zuzuordnen.

Den Ansätzen ist die Auffassung gemeinsam, daß Behinderung im Individuum begründet liegt. Lebenszusammenhänge, die außerhalb des Individuums liegen, werden zwar in allen Definitionen genannt: So macht Hensle Behinderung abhängig von dem Erfolg weiterer Behandlung, die sozialrechtliche und die pädagogische Definition stellen den Zusammenhang mit der Gesellschaft her. Diese Bedingungen gelten als Maßstab für Behinderung, charakterisiert wird Behinderung jedoch mit der individuellen Ausprägung eines bestimmten Zustandes.

Entsprechend der gemeinsamen Auffassung wird Behinderung als Persönlichkeitseigenschaft eines Menschen betrachtet, durch die dieser mehr oder weniger stark charakterisiert wird. Diese Eigenschaft steht im Vordergrund und bestimmt den Umgang mit Menschen mit Behinderung. Andere Eigenschaften treten in den Hintergrund und sind in der Auseinandersetzung unbedeutend.

Daraus ergibt sich als gemeinsames Lösungsmuster, daß ausgehend vom Individuum die individuellen Bedingungen verändert werden müssen bzw. der Umgang mit diesen verändert werden muß. Während die ersten beiden Ansätze versuchen, die Einschränkungen durch Unterstützung zu minimieren, sieht die Pädagogik bzw. Sonderpädagogik ihre Aufgabe darin, Hilfen anzubieten, mit dieser Beeinträchtigung umzugehen und bietet Unterstützung diese zu kompensieren. Sie bezieht sich damit nicht nur auf den Umgang mit Außenanforderungen, sondern schließt, zumindest theoretisch, auch die innere Auseinandersetzung mit der Behinderung ein.

2.1.3 Beurteilung des Paradigmas

Dem individualtheoretischen Paradigma schreibt Speck einen unumstrittenen historischen Verdienst zu, da bis dahin „vernachlässigte bzw. ausgestoßene Menschen in das Blickfeld von Öffentlichkeit und Wissenschaft“ (Speck 1996, 195) gelangt sind.

Hervorzuheben ist, daß die Erklärungsansätze dieses Paradigmas Behinderung auf einen engen Geltungsbereich einschränken und dadurch operationalisierbar machen. Behinderung wird relativ zum Anliegen der jeweiligen Wissenschaft definiert und ermöglicht es, daraus Handeln abzuleiten: Die Medizin betrachtet Behinderung ausschließlich unter physiologischen, wirtschaftlichen und pädagogischen Folgen und Auswirkungen der Behinderung sind ohne Gewicht. Im Sozialrecht geht es um den wirtschaftlichen Wert eines Menschen durch die Behinderung, die physiologischen Bedingungen der Behinderung werden zur Operationalisierung herangezogen, die pädagogischen sind ohne Bedeutung. In der Sonderpädagogik schließlich geht es um die Auswirkungen der Behinderung auf die Erziehung, die wirtschaftlichen Auswirkungen sind unerheblich, die physiologischen Zusammenhänge sind insoweit von Bedeutung, als sie Einfluß auf den Er-

ziehungsprozeß haben, beispielsweise wenn es sich um eine Sinnes- oder Körperbehinderung handelt.

Zu kritisieren ist die undifferenzierte Verwendung des Begriffs Behinderung in den Definitionen. Orientiert an der Systematik der WHO stehen die Schädigung im medizinischen Erklärungsansatz bzw. die Beeinträchtigung in den anderen beiden Ansätzen im Zentrum der Definition. Behinderung erfordert einen Bezug zu gesellschaftlichen Rollen und Normvorstellungen. So lange die Erklärungsansätze jedoch ausschließlich bei den Individuen ansetzen und nicht auch gesellschaftliche Bedingungen einbeziehen, wird der Begriff Behinderung als Synonym für Schädigung oder Beeinträchtigung eingesetzt. Die Ansätze erklären weniger als die Verwendung des Begriffs Behinderung verspricht.

Veränderungsmöglichkeiten werden in diesem Paradigma ausschließlich im Individuum gesehen, gesellschaftliche Verantwortung oder behindernde Umstände werden nicht beachtet. Dies wird der Komplexität von Behinderung nicht gerecht. Nichtbehinderung oder Gesundheit werden zum erstrebenswerten Normalzustand erhoben. Die Medizin versucht alles, um Menschen in die Nähe von Gesundheit zu bringen, das Ziel des Sozialrechts ist es, alle Nachteile, die durch eine Behinderung entstehen, mit Geld aufzuwerten. Lediglich der pädagogische Ansatz sieht Behinderung als einen Ist-Zustand, mit dem er arbeitet; Kompensation ist dabei eine mögliche Umgangsform.

Ein Erklärungsansatz, der nicht bei den individuellen Ausprägungen stehen bleibt und Behinderung im Zusammenspiel mit gesellschaftlichen Bedingungen betrachtet sowie die Operationalisierbarkeit des Begriffs ermöglicht, ist wünschenswert.

2.2 Interaktionstheoretisches Paradigma von Behinderung

Das interaktionstheoretische Paradigma wird vertreten von Forschenden, die Behinderung als Ausdruck der gesellschaftlichen Verhältnisse verstehen, wie beispielsweise in der Soziologie oder innerhalb der Sonderpädagogik in der Kritischen Theorie.

2.2.1 Darstellung der Ansätze

a) Soziologischer Erklärungsansatz

Erklärungsansätze, die soziologische Aspekte in den Mittelpunkt rücken, beschreiben Behinderung als abhängig von Normen und Erwartungen. Behinderung resultiert aus einem Zuschreibungsprozeß, der einem Menschen aufgrund körperlicher Merkmale oder Verhaltensweisen Eigenschaften zuschreibt oder von ihm Verhaltensweisen erwartet.

Goffman führt den Begriff 'Stigma' ein und beschreibt ihn folgendermaßen:

„Ein Individuum, das leicht in gewöhnlichen sozialen Verkehr hätte aufgenommen werden können, besitzt ein Merkmal, das sich der Aufmerksamkeit aufdrängen und das bewirken kann, daß wir uns bei der Begegnung mit diesem Individuum von ihm abwenden, wodurch der Anspruch, den seine anderen Eigenschaften an uns stellen, gebrochen wird. Es hat ein Stigma, das heißt, es ist in unerwünschter Weise anders, als wir es antizipiert hatten“ (Goffman 1974, 13).

Goffman betont die doppelte Perspektive des Begriffs Stigma, die sowohl die Diskreditierten einschließt, diejenigen, deren Stigma bekannt oder offensichtlich ist, als auch die Diskreditierbaren, deren Stigma weder unmittelbar bekannt noch unmittelbar wahrnehmbar ist (vgl. ebd. 12).

„Stigma-Management“ (ebd. 160) sei allgemeiner Bestandteil der Gesellschaft. Es ergebe sich aus der Begegnung Stigmatisierter mit Nichtstigmatisierten, die von beiden als angstvoll oder prekär erlebt werde. Aus Unsicherheit würden Kategorisierungen verwendet, die die Interaktion prägen. Beide Rollen, stigmatisiert und normal, betrachtet Goffman als Teil des gleichen Komplexes.

b) Gesellschaftstheoretischer Erklärungsansatz

Behinderung in gesellschaftskritischen Erklärungsansätzen wird, ausgehend von der marxistischen Gesellschaftstheorie, als Ausdruck der gesellschaftlichen Verhältnisse verstanden.

Jantzen definiert Behinderung wie folgt:

„Behinderung kann nicht als naturwüchsig entstandenes Phänomen betrachtet werden. Sie wird sichtbar und damit als Behinderung überhaupt erst existent, indem Merkmale und Merkmalskomplexe eines Individuums aufgrund sozialer Interaktion und Kommunikation in Bezug gesetzt werden zu jeweiligen gesellschaftlichen Minimalvorstellungen über individuelle und soziale Fähigkeiten. Indem festgestellt wird, daß ein Individuum aufgrund seiner Merkmalsausprägung diesen Vorstellungen nicht entspricht, wird Behinderung offensichtlich, sie existiert als *sozialer Gegenstand* erst von diesem Augenblick an“ (Jantzen 1976, 433, kursiv ders.).

Wenn Behinderung in der Gesellschaft wahrgenommen wird, würde auf diese immer mit positiven oder negativen sozialen Sanktionen reagiert. Maßgeblich für die Reaktionen seien die kapitalistischen Produktionsverhältnisse: Menschen mit Behinderung könnten nach deren Maßstäben nur unzureichend reproduzieren, da sie Arbeitskraft minderer Güte seien. Sie würden deshalb ausgegrenzt. Isolation würde so zu einem wesentlichen Charakteristikum von Behinderung (vgl. Jantzen, 1976, 1984, 1987).

2.2.2 Darlegung des Paradigmencharakters

Gemeinsam ist diesen Ansätzen die Auffassung, daß Behinderung nicht aus sich heraus besteht, sondern ausschließlich im Kontext mit anderen Menschen auftritt, die den Maßstab für das Normale setzen. Goffman unterscheidet die Stigmatisierten von den Nichtstigmatisierten. Was als Stigma gilt, bestimmen die Nichtstigmatisierten. Auch im gesellschaftstheoretischen Ansatz bestimmen die Vorstellungen derer, die sich als der Norm entsprechend empfinden, wer von der Norm abweicht und damit als behindert gilt, indem sie mit Sanktionen auf Abweichende reagieren.

Entsprechend dieser Auffassung ist der gemeinsame Wert, daß Behinderung gemacht wird. Sowohl Goffman als auch Jantzen heben hervor, daß die jeweils 'Normalen' die vermeintlich Abweichenden kennzeichnen. Mit der Zuschreibung einer Person als behindert sind bestimmte Erwartungen verbunden und werden Verhaltensweisen erwartet. Aus der Forschung zum Zusammenhang von sozialer Schicht und Behinderung oder der Vorurteilsforschung sind ähnliche Aussagen abgeleitet worden (vgl. zusammenfassend beispielsweise Speck 1996, 230 - 239).

Durch die Definition einer Gruppe als behindert oder stigmatisiert grenzen sich die Definierenden von dieser Gruppe und den damit verbundenen Prozessen ab. Deutlich wird dies in der Definition Daud-Harms, die als Betroffene Behinderung beschreibt als

„... ein Merkmal der gesellschaftlichen Verhältnisse, unter denen wir zu leben gezwungen, womit wir als Subjekte konfrontiert werden und uns aktuell immer wieder neu auseinandersetzen müssen“ (Daoud-Harm 1990, 346).

Das Bedürfnis nach Definition von Behinderung liegt auf seiten der Nichtbetroffenen.

Das gemeinsame Lösungsmuster dieser Ansätze ist es, Zuschreibungen zu durchbrechen und gesellschaftliche Bedingungen mit dem Ziel zu verändern, Andersartigkeit zu tolerieren, statt sie durch Abgrenzung erträglich zu machen. Ansatzpunkte dafür können sowohl darin liegen, Strukturen zu verändern, wie Jantzens Ansatz impliziert, als auch darin, Einstellungen der Menschen zu verändern, so daß „die Dynamik beschämender Andersartigkeit als ein allgemeines Merkmal sozialen Lebens“ (Goffman 1974, 172) verstanden wird.

2.2.3 Beurteilung des Paradigmas

Die Leistung dieses Paradigmas liegt darin, die Aufmerksamkeit vom Individuum auf die Gesellschaft gelenkt zu haben. Schädigung und Beeinträchtigung werden betrachtet als individuelle Ausprägung menschlichen Lebens und implizieren nicht, daß eine andere Ausprägungsform die bessere ist.

Hervorgehoben wird ferner, daß dieses Paradigma vor allem außerpädagogische Variablen einbezöge und dadurch das pädagogische Denken ausweite, die Konfrontation mit anderen Wissenschaften fordere und die Sonderpädagogik mit der Wirtschafts- und Arbeitswelt konfrontiert werde (vgl. Müller 1986, 112 f.).

Wie das individualtheoretische Paradigma ausschließlich das Individuum in den Mittelpunkt rückt, rückt das interaktionstheoretische Paradigma ausschließlich die gesellschaftlichen Bedingungen in das Zentrum des Interesses. Damit greift es analog dem ersteren zu kurz. Behinderung wird nicht in ihrer Komplexität erfaßt, da die individuellen Eigenheiten aufgrund einer Schädigung oder Beeinträchtigung nicht einbezogen werden.

Von wirklichen Lösungsmustern kann bei diesem Paradigma kaum gesprochen werden, da diese so abstrakt gehalten sind, daß sie nicht operationalisierbar sind. Weniger Problemlösung als die Gesellschaftszusammenhänge zu beschreiben bzw. zu kritisieren ist Anliegen dieses Paradigmas. Das wird besonders bei Jantzens Erklärungsansatz deutlich, der für Veränderungen kaum Ansatzpunkte bietet, sondern die Situation in der kapitalistischen Klassengesellschaft beschreibt. Jantzens Erklärungsansatz ist im Gegensatz zu dem Goffmans offene Gesellschaftskritik. Diese Funktion des Paradigmas ist nicht zu unterschätzen, da aus ihr politisches Handeln abgeleitet werden kann.

Entsprechend dem vorhergehenden Paradigma erscheint ein Paradigma erforderlich, das die gesellschaftlichen Bedingungen von Behinderung einbezieht, deren Veränderung anstrebt und dennoch die individuellen Auswirkungen der Behinderung im Blick hat.

2.3 Systemtheoretisches Paradigma von Behinderung

Die folgenden Ansätze zur systemtheoretischen Sicht des Behinderungsbegriffs sind von Forschenden der Sonderpädagogik entwickelt worden.

2.3.1 Darstellung der Ansätze

a) Systemerhaltende Funktion von Behinderung nach Bleidick.

Die Zusammenhänge eines funktionalen Systems werden von Bleidick (1977, 1984, 1985) auf die Institutionen übertragen, die für die Bildung und Erziehung verantwortlich sind. Dabei geht er von der Organisationssoziologie aus, die „Organisationen als Systeme, die auf die Erfüllung von Zwecken ausgerichtet sind“ (Bleidick 1977, 213) betrachtet und bezieht den Behinderungsbegriff auf das geschlossenen System Schule.

Während zunächst Schülerinnen und Schüler, die in Regelschulen nicht ausreichend gefördert werden konnten, in Sonderschulen aufgenommen wurden, werden mittlerweile Schülerinnen und Schüler in diese Schulform überwiesen, wenn sie das herkömmliche System Schule überlasten. Bleidick beschreibt, daß Behinderung dazu diene, das System zu erhalten¹²,

„daß soziale Zwecklösungen der Gesellschaft, so sie einmal von dafür eingerichteten Institutionen übernommen worden sind,

¹² Diesen Wandel von der Behinderung als individueller Voraussetzung, die besondere Maßnahmen erfordert zur Behinderung als Selbstzweck das System Schule zu stabilisieren, indem das zunächst neue System Sonderschule gebildet würde, das dann ebenfalls stabilisiert und erhalten bleiben sollte, weist Bleidick an verschiedenen Beispielen und empirischen Untersuchungen nach (vgl. Bleidick 1984, 258; 260).

verloren gehen und sich in systemeigene verselbständigen“ (Bleidick 1985, 259).

b) Behinderung als spezielle Erziehungserfordernis nach Speck

Speck bezieht über die funktionellen Bedingungen hinaus auch die ethische Dimension ein, um Behinderung als Bestandteil eines offenen Systems zu erklären (vgl. Speck 1996, 283 f.). Behinderung ist nach Speck ein normativer Ordnungsbegriff, kein wissenschaftlicher und kein pädagogischer Begriff (vgl. Speck 1996, 103). Pädagogisch relevant sei nicht Behinderung, sondern die besondere Erziehungserfordernis. Erziehungserfordernisse beziehen sich

„auf die in der Einzelsituation *erforderliche* Art und Weise der Erziehung (...), durch die es dem Kind möglich gemacht werden soll, neue Perspektiven zu sehen (*ter Horst 1983*), bestimmte Lern- und Erziehungsziele zu erreichen, bestimmte Fähigkeiten zu erwerben und etwas Bestimmtes zu werden“ (Speck 1996, 271; kursiv ders.).

Der Begriff der 'speziellen Erziehungserfordernisse' erfaßt einerseits die subjektiven Bedürfnisse der Menschen, die in ihren Lebensfunktionen beeinträchtigt sind (ebd. 268 f.), andererseits beziehen sie den sich daraus ergebenden Erziehungsbedarf ein, den die Gesellschaft für gegeben ansieht. Da Speck die Autonomie des Menschen innerhalb des gesellschaftlichen Kontextes für wesentlich hält, orientiert sich dieser Erziehungsbedarf immer an den Erfordernissen, die aus der Interaktion von Individuum und Umwelt entstehen.

c) Behinderung im Mensch-Umfeld-System nach Sander

Sander geht von der WHO-Definition aus, die zwischen Schädigung (impairment) auf der organischen, biologischen Ebene, Beeinträchtigung oder Leistungsminderung (disability) auf der individuellen, psychologischen Ebene und Behinderung (handicap) auf der sozialen bzw. soziologischen Ebene unterscheidet (vgl. Fußnote 9). Behinderung müsse nicht notwendig auf Schädigung oder Beeinträchtigung folgen, sondern sei abhängig von der Gesellschaft: wenn vielfältige Rollenerwartungen bestünden, seien „Menschen (...) trotz Schädigung und Leistungsminderung im Sinne der WHO-Begriffe frei von Behinderung“ (Sander 1990, 80). So definiert er Behinderung folgendermaßen:

„Behinderung liegt vor, wenn ein Mensch auf Grund einer Schädigung oder Leistungsminderung ungenügend in sein vielschichtiges Mensch-Umfeld-System integriert ist“ (Sander 1990, 81).

Die Behinderungsdiagnose könne erst gestellt werden, wenn das Umfeld analysiert worden sei. Dieses Verständnis von Behinderung eröffne pädagogische Handlungsmöglichkeiten, da nur an Behinderung, nicht aber an Schädigung und Leistungsminderung pädagogisch gearbeitet werden könne (vgl. ebd., 81).

Auch Bächtold unterstützt diese Definition, fordert aber darüber hinaus, daß die Interessen der Betroffenen stärker hervorgehoben würden. Für geschädigte und beeinträchtigte Menschen müßten gesellschaftlich anerkannte Rollen geschaffen, erhalten und verteidigt werden, die die Integration in das Umfeld-System gewährleisten würden. Dies garantiere bedürfnisbezogene Unterstützung und unabhängige Lebensgestaltung (vgl. Bächtold 1992, 5). Er schlägt eine Erweiterung der Definition Sanders vor:

„Behinderung liegt vor, wenn ein Mensch aufgrund einer Schädigung oder Beeinträchtigung ungenügend in sein vielschichtiges Mensch-Umfeld-System integriert ist und wenn die sozialen Beziehungen durch soziale Abhängigkeit und Fremdbestimmung gekennzeichnet sind“ (Bächtold 1992, 5).

Weiter spezifiziert wird die Definition Sanders durch die Forderung Schildmanns, diese Definition

„zunächst einmal auf das je typisch weibliche bzw. männliche ‘Mensch-Umfeld-System’ hin zu differenzieren, wenn sie für die geschlechterdifferenzierende Forschung nutzbar gemacht werden soll“ (Schildmann 1994, 312).

Wie Behinderung bringe auch die Geschlechtszugehörigkeit gesellschaftlich bedingte Benachteiligungen mit sich. Da nicht die individuellen, sondern die gesellschaftlichen Gegebenheiten für Behinderung verantwortlich gemacht würden, könne Behinderung¹³ nicht losgelöst vom Geschlecht betrachtet werden. Frauen und Männer erlebten Behinderung in all ihren Facetten unterschiedlich (vgl. Schildmann 1984, 115).

2.3.2 Darlegung des Paradigmencharakters

Die Ansätze vertreten die gemeinsame Auffassung, daß der Mensch als Teil eines Systems, also im Zusammenhang mit seinem Umfeld zu sehen ist und Behinderung in diesem Verhältnis ausgedrückt wird. Dabei liegen zwei verschiedene Systembegriffe zugrunde: Bleidick geht von einem statischen geschlossenen System aus, die anderen beiden Ansätze von einem dynamischen offenen System.

Gemeinsamer Wert der Erklärungsansätze dieses Paradigmas ist, daß Leben mit Behinderung ein Bestandteil des Systems ist. Von Bleidick wird die systemstabilisierende Wirkung herausgestellt: Wenn Schülerinnen und Schülern keine Behinderung zugeschrieben würde, gäbe es keine Sonderschulen; Behinderung, vielmehr die Schöpfung des Begriffs, wirkt systemstabilisierend. In den anderen Ansätzen wird Behinderung definiert, um die sich daraus ergebenden Lebensbedingungen abzuleiten. Die im letzten Ansatz zusammengefaßten Definitionen gehen dabei immer spezieller auf die Bedürf-

¹³ Schildmann arbeitet mit einem zweiteiligen Behinderungsbegriff. Aus dem Prozeß des ‘Behindert-Werdens’ durch Kontrolle und Sanktionen als Reaktion auf Normverletzungen, ergebe sich die Lebensqualität des ‘Behindert-Seins’, in der ein selbstbestimmter Umgang der betroffenen Person mit körperlichen Schäden und mit Fähigkeiten teilweise mit Gewalt verhindert werde (vgl. Schildmann 1984, 115 f.).

nisse der Betroffenen ein: Bächtold arbeitet die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung heraus; Schildmann fordert, die der Geschlechtsgruppen außerdem zu berücksichtigen.

Gemeinsames Lösungsmuster ist, daß das System funktionieren soll. Bleidick stellt dar, wie der Systemerhalt zum Selbstzweck wird. Dieses Lösungsmuster ist nicht konstruktiv, sondern offensichtliche Kritik an der Verselbständigung des Systems. Für die anderen beiden Erklärungsansätze bedeutet das, daß die Bedürfnisse der Individuen aufeinander abgestimmt werden müssen, um sie zu erfüllen. Wird diesen entsprochen, liegt eine Behinderung im Sinne der Erklärungssätze nicht mehr vor. Dabei bietet Speck eine Operationalisierung der Bedürfnisse, die in pädagogische Handlungskonzepte umgesetzt werden kann. Sander setzt voraus, daß das 'Mensch-Umfeld-System' zunächst analysiert wird. Erst dann kann eine Diagnose gestellt werden, für die ein Konzept im Zusammenspiel mit allen Systemteilen entwickelt werden kann. Hinzu kommt hierbei, daß das Ziel eines funktionierenden Systems dadurch gesichert wird, daß viele unterschiedliche Beziehungen innerhalb des Systems geschaffen werden.

2.3.3 Beurteilung des Paradigmas

Hervorzuheben an diesem Paradigma ist, daß die systemische Sichtweise sowohl die individuellen als auch die gesellschaftlichen Bedingungen berücksichtigt. Dabei gehen ausschließlich Sander und die sich auf ihn beziehenden Definierenden konsequent vor, indem sie zum einen einen offenen Systembegriff zugrundelegen. Das Funktionieren des Systems ist somit nicht zwingend damit verbunden, daß Behinderung Teil des Systems ist. Das System bleibt auch bestehen, wenn Behinderung aufgelöst ist. Zum anderen stehen nicht wie bei Speck die Bedürfnisse des Menschen mit Behinderung im Mittelpunkt, seien es dessen subjektive Erfordernisse oder die Ansprüche, die an ihn herangetragen werden. Dieses entspricht im Grunde einer individuumzentrierten Sicht innerhalb des Systems. Dadurch wird ein Teil aus dem System herausgelöst und betrachtet, ohne die Veränderung auf das Ganze zu berücksichtigen. Hinzu kommt bei dem Begriff Sanders, daß Qualität und Quantität der Beziehungen der Systemteile berücksichtigt werden. Mehr Beziehungen und andere Beziehungen als bisher bieten vielfältige Möglichkeiten in diesem System mit Behinderung zu leben und letztlich den Begriff Behinderung aufzulösen.

Die subjektive Sicht der Betroffenen wird wie bei keinem anderen Paradigma einbezogen. Insofern kann der Einwand Eberweins, Autonomie und Selbstbestimmung fehlten in diesem Paradigma (vgl. Eberwein 1995) nur bei mangelhafter Problemlösung gültig sein, innerhalb des Paradigmas sind sie möglich und auf keinen Fall ausgeschlossen.

In der positiv hervorgehobenen Komplexität des Paradigmas liegt auch eine Schwierigkeit. Es scheint unmöglich, alle Bedingungen zu erfassen, die Behinderung bzw. besondere Erziehungserfordernisse ausmachen, um überprüfen zu können, ob eine Behinderung vorliegt. Behinderung zu operationalisieren, scheint innerhalb des Paradigmas

kaum möglich. Specks Lösung, sich auf die Bedürfnisse zu beschränken, bildet eine sinnvolle Alternative.

Dadurch, daß Behinderung in diesem Paradigma innerhalb eines offenen Systems betrachtet wird, hebt es sich von den anderen Paradigmen ab, die Behinderung als Zustand beschreiben. So betrachtet, verbindet es die Vorzüge der beiden zuvor dargestellten Paradigmen, individuelle und gesellschaftliche Bedingungen zu berücksichtigen, ohne deren Nachteile, abgesehen von der fehlenden Operationalisierbarkeit, zu übernehmen.

3 Gesundheitskonzepte Jugendlicher - Stand der empirischen Forschung

Im folgenden werden Ergebnisse zu den Gesundheitskonzepten Jugendlicher vorgestellt. Ausgewählt werden Studien, denen eine Sichtweise auf Gesundheit hin gemeinsam ist. Charakterisiert wird diese von Dlugosch und Schmidt damit, daß sie den Fokus auf die „langfristige Beobachtung von Gesunden (legt) und daraus praxisorientierte Gesundheitsmodelle entwickelt, die nicht nur Gesundheitsverhalten analysieren, sondern Gesundheitshandeln erklären und vorhersagen“ (Dlugosch und Schmidt 1992, 176).

Gegenstand der Untersuchungen ist die subjektive Wahrnehmung von Gesundheit. Dazu gehören beispielsweise die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, ihre subjektive Bedeutung, der Stellenwert sowie die Wertschätzung von Gesundheit und die gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen. Diese Komponenten werden künftig zum Begriff Gesundheitskonzepte zusammengefaßt.

Im Zentrum der ausgewählten Studien stehen die Gesundheitskonzepte Jugendlicher. Sie werden in geringem Umfang erhoben (vgl. Kolip 1994c, 16 f.), weil Jugendlichen bisher ein besonderes Interesse an Gesundheit abgesprochen wurde (vgl. Lösel und Bender 1991, 65). Tatsächlich haben Jugendliche zum Teil differenzierte Vorstellungen von Gesundheit und nehmen subjektive Einschränkungen ihres Wohlbefindens trotz objektiv meßbarer Gesundheit wahr (vgl. Seiffge-Krenke 1994, 70).

3.1 Untersuchungen zu Gesundheitskonzepten Jugendlicher

Die aus den letzten zwanzig Jahren zusammengetragenen Untersuchungen zu Gesundheitskonzepten Jugendlicher setzen unterschiedliche Schwerpunkte.

Ein Teil der Studien untersucht Einzelaspekte der Gesundheitskonzepte. Hierzu zählen die Untersuchungen von Natapoff (1978) und Millstein und Irwin (1987), die Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen erheben sowie die Studien von Parcel und Meier (1978), Wallston et al. (1978), Lohaus und Schmitt (1989a) und Schmitt et al. (1989), die die gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen Jugendlicher überprüfen.

Eine weitere Gruppe von Studien untersucht den Zusammenhang mehrerer Aspekte der Gesundheitskonzepte. Zu ihnen zählen die Untersuchungen von Bültemeier et al. (1984), Franzkowiak (1986) und Helfferich et al. (1986), die neben den Vorstellungen zu Gesundheit auch deren Bewertung und den Umgang mit Gesundheit erheben und auch Körperkonzepte einbeziehen, sowie Vogt (1985), die Einstellungen zu Gesundheit und den Medikamentenkonsum untersucht, und Shiloh und Waiser (1991), die den Zusammenhang von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen und gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen untersuchen.

In eine dritte Gruppe fallen Untersuchungen, die Gesundheitskonzepte im Rahmen anderer Konzepte erheben. Hierzu zählen die Untersuchung von Brehm (1990), der die Einstellungen zum Sportunterricht erhebt, die Untersuchungen von Hartmann (1987) und Mrazek (1986, 1987), die, ebenfalls aus der Sportwissenschaft kommend, die Körperkonzepte in den Mittelpunkt ihrer Untersuchungen stellen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über Stichprobenumfang, Methode und inhaltliche Schwerpunkte der Untersuchungen.

Tabelle II-3-1: Untersuchungen zu Gesundheitskonzepten Jugendlicher

Autorinnen/ Autoren	Stichprobe	Methode	Inhaltliche Schwerpunkte
Brehm 1990	N = 8 <ul style="list-style-type: none"> Alter: 13 -16 Jahre Gesamtschule 	strukturierte Interviews, vereinfachte Form der Strukturlegetechnik	<ul style="list-style-type: none"> sportliche Aktivität und Bewertung des Schulsports Sinnzuschreibung bei sportlicher Aktivität Gesundheit und gesundheitsorientierte Lebensweise Gesundheit/ Wohlbefinden und Sport/ Schulsport
Bültemeier et al. 1984	N1 = 3 Mädchen, 5 Jungen <ul style="list-style-type: none"> Alter: 15 -19 Jahre Gymnasium, Hauptschule, Auszubildende N2 = 17 Mädchen, 9 Jungen <ul style="list-style-type: none"> Alter: 14 -19 Jahre Mädchen: Auszubildende, Jungen: Hauptschüler und Auszubildende 	Interviews Gruppendiskussionen	<ul style="list-style-type: none"> subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzepte Stellenwert von Gesundheit und Lebensinteresse Risikoverhalten Körperbild, Umgang mit dem Körper Einflußmöglichkeiten auf Körper, Gesundheit und Wohlbefinden erlebte und befürchtete Krankheiten Zukunftserwartungen
Franzkowiak 1986	N1 = 40 Mädchen, 40 Jungen <ul style="list-style-type: none"> Alter: 15 - 20 Jahre alle Schularten, Auszubildende und Studierende N2 = 39 Mädchen, 28 Jungen, <ul style="list-style-type: none"> Alter: 15 - 20 Jahre, Gymnasium (50), andere Schulformen (17) N3 = pädagogische Bezugspersonen dieser Altersgruppe	Einzelinterviews Gruppendiskussionen	<ul style="list-style-type: none"> Risikoverhalten: Rauchen, Alkoholkonsum Gesundheitskonzepte Erfahrungen mit Gesundheits-erziehung Merkmale der Lebensgestaltung

Hartmann 1987	<p>N1 = je 259 Jungen und Mädchen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter: M¹⁴ = 11,1 Jahre <p>N2 = je 129 Jungen und Mädchen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter: M = 15,7 Jahre 	Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> – Körperverhalten – Informationsinteresse über körperliche Belange – Zufriedenheit mit dem Körper – Umweltstimulation – körperbezogene Kontrollüberzeugungen: Aussehen, Gesundheit, körperliche Leistungsfähigkeit – Einstellungen zum Sportunterricht – Fragen zu Auswirkungen und Eigenschaften von Sport
Helfferich et al. 1986	<p>N = 31 Mädchen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter: 12 -19 Jahre • Hauptschule, Gymnasium, Gesamtschule, Auszubildende 	Gruppendiskussionen	<ul style="list-style-type: none"> – Gesundheitskonzepte – Gesundheitshandeln – Körper- und Selbstbild – Konzept von Weiblichkeit – Zukunftsplanung und -entwürfe
Lohaus & Schmitt 1989a	<p>N1 = 336 Jugendliche und Erwachsene</p> <p>N2 = 80 Jugendliche mit chronischen Krankheiten</p>	Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> – allgemeine Kontrollüberzeugungen, – gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen – Beschwerdeliste, – individuelles Vorsorgeverhalten – Ausmaß des gesundheitsfördernden Verhaltens
Millstein & Irwin 1987	<p>N = je 109 Jungen und Mädchen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter: 11 - 18 Jahre • öffentliche Schulen • je 50% weiße und andere Hautfarben 	Einzelinterviews	<ul style="list-style-type: none"> – Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen
Mrazek 1986	<p>N1 = 309 Erwachsene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter: M = 43,3 Jahre <p>N2 = 225 Sportstudierende</p> <p>N3 = 154 Musikstudierende</p> <p>N4 = 1026 Jugendliche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter: M = 14 Jahre 	Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> – körperbezogene Kontrollüberzeugungen – Gesundheit – Aussehen – körperliche Leistungsfähigkeit
Mrazek 1987	<p>N = 502 Mädchen, 524 Jungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter: 12 -16 Jahre • alle Schularten 	Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> – Bewertung der eigenen Gesundheit – Körperbezogene Aufmerksamkeit – körperbezogene Ängste – gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen – Gesundheitliche Beschwerden – Gesundheitshandeln

¹⁴ M = Arithmetischer Mittelwert

Natapoff 1978	N = 114 Mädchen, 150 Jungen • Alter: 6 - 14 Jahre	Einzelinterviews	<ul style="list-style-type: none"> - allgemeine Gesundheitsdefinition - Merkmale von Gesundheit - Können Menschen gleichzeitig gesund und nicht gesund sein?
Nordlohne & Kolip 1994	N = 441 Mädchen 516 Jungen • Alter: 14 -17 Jahre • alle Schultypen	Fragebogen im Klassenverband	<ul style="list-style-type: none"> - Problembelastung - Ausmaß psychischer, somatischer und physischer Beschwerden - Frequenz und Häufigkeit gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen - Definition von und Einstellung zu Gesundheit und Krankheit
Parcel & Meier 1978	N = 140 • 2.-6. Klasse • je 50% schwarze und weiße Hautfarbe	Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> - gesundheitsbezogene und - allgemeine Kontrollüberzeugungen
Schmitt, Lohaus & Salewski 1989	N1 = 80 Jugendliche mit chronischen Krankheiten in ambulanter Behandlung • Alter: 12 - 22 Jahre N2 = 366 gesunde Jugendliche	Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit - Compliance-Bereitschaft (nur N1) - krankheitsbezogene Fragen (nur N1)
Shiloh & Waiser 1991	N = 37 Mädchen 24 Jungen, • Alter: 14 -15 Jahre	Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheits- und Krankheitskonzepte, - Zusammenhang mit Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit mit Intelligenz und der Gesundheitserziehung
Vogt 1985	N = 500 Jungen und Mädchen und ihre Mütter • Alter: 14 -19 Jahre	strukturiertes Einzelinterview	<ul style="list-style-type: none"> - Konsum von Medikamenten und Psychopharmaka - Gesundheits- bzw. Krankheitszustand - Konsum von Genußmitteln - Interaktionsmuster mit dem Konsumverhalten der Mütter

Ein Teil der ausgewählten Studien untersucht die Struktur der Gesundheitskonzepte Jugendlicher an sich, die meisten berücksichtigen darüber hinaus den Zusammenhang mit bestimmten Variablen. Da letztgenanntes Vorgehen dem Anliegen der vorliegenden Arbeit nahekommt, den Zusammenhang von Behinderung mit den Gesundheitskonzepten Jugendlicher zu überprüfen, werden im weiteren die Untersuchungen dargestellt, die die Abhängigkeit der Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit folgenden Variablen untersucht haben:

1. Alter
2. Geschlecht
3. Besondere Lebensereignisse und -situationen
4. Sozioökonomischer Status

3.1.1 Das Alter und die Gesundheitskonzepte Jugendlicher

Die Ergebnisse, die zum Zusammenhang des Alters mit subjektiven Gesundheitskonzepten vorliegen, stützen sich vorwiegend auf Untersuchungen, die sowohl Kinder als auch Jugendliche untersuchen.

Parcel und Meyer (1978) haben mit dem Ziel, die Wirkung von Gesundheitsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen zu testen, ein Instrument zur Messung der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen entwickelt. Sie gehen davon aus, daß Gesundheitsverhalten als soziales Lernen verstanden und erklärt werden kann und knüpfen damit an Rotters Untersuchungen zu Kontrollüberzeugungen Erwachsener an¹⁵. Neben der Reliabilität und Validität des Instruments (vgl. ebd. 151 ff.) überprüfen sie, inwiefern die Überzeugungen, wer für die eigene Gesundheit verantwortlich ist, vom Alter und dem sozioökonomischen Status abhängen.

140 Kinder und Jugendliche, die die zweite bis sechste Klasse an zwei verschiedenen Schulen besuchten, wurden untersucht. Dabei wurde die eine Schule von ausschließlich schwarzen Kindern und Jugendlichen besucht, die andere von vorwiegend weißen. Der sozioökonomische Status wurde an der Höhe des Zuschusses für das Schulessen beurteilt (vgl. ebd. 150 f.). Die Kinder und Jugendlichen bearbeiteten schriftlich die Nowicki-Strickland Children's Locus of Control scale (NSCLC), die generalisierte Kontrollüberzeugungen von Kindern mißt (vgl. Nowicki und Strickland 1973) und die eigens entwickelte Children's Health Locus of Control scale (CHLC). Zwanzig Stellungnahmen zu gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen können mit Ja oder Nein beantwortet werden. Eine hohe Punktzahl repräsentiert die Überzeugung, selbst verantwortlich zu sein, eine niedrige, daß äußere Einflüsse verantwortlich sind.

Hinsichtlich des Alters konnte nachgewiesen werden, daß die Kinder und Jugendlichen mit zunehmender Klassenstufe stärker sich selbst Verantwortung für ihre Gesundheit zuschreiben.

Natapoff (1978) hat die Gesundheitskonzepte von 264 Kindern und Jugendlichen untersucht, die die erste, vierte und siebte Klasse besuchten. Ausgehend davon, daß Gesundheit gesellschaftlich bedingt sei, ist sie an den Gesundheitskonzepten der Mitglieder einer gegebenen Gesellschaft interessiert (vgl. ebd. 995).

Den Kindern und Jugendlichen wurden in Einzelinterviews von 20 - 30 Minuten Dauer folgende Fragen gestellt:

- 1) "What does the world health mean?;
- 2) How do you feel when you are healthy?; How can you tell when a family member is healthy; and
- 3) Can you be a part healthy and a part not healthy at the same time?" (ebd. 996).

¹⁵ Rotter (1966) hat aus der sozialen Lerntheorie das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen entwickelt. Seine Grundannahme ist, daß Menschen die Einflußmöglichkeiten auf Ereignisse ihrer Umwelt entweder bei sich selbst oder in äußeren Faktoren sehen.

Die Antworten wurden einem Kategoriensystem zugeordnet¹⁶ und dann statistisch ausgewertet.

Sowohl quantitative als auch qualitative Unterschiede konnten nachgewiesen werden. Mit zunehmendem Alter gaben die Kinder und Jugendlichen mehr Antworten, die Antworten wurden komplexer, umfangreicher und kritischer (vgl. ebd. 997). Bei sechs Kategorien, die Gesundheit beschreiben, konnten altersbedingte Unterschiede nachgewiesen werden: Sich gut fühlen, nicht krank sein und eine gute Kondition haben, wurden wesentlich seltener von den Sechsjährigen genannt als von den Neunjährigen; von den Zwölfjährigen wurden diese Kategorien wiederum häufiger genannt. Dagegen stellten mehr jüngere einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Ernährung und Gesundheit und Glückseligkeit her. Erwünschte Dinge zu tun, wurde sehr häufig von den Zwölfjährigen genannt (vgl. ebd. 998). Jugendliche verstehen Gesundheit weniger als Gegenteil von Krankheit: Nur ein Viertel der Sechsjährigen konnte sich vorstellen, sowohl krank als auch gesund zu sein, allerdings 74 % der Neunjährigen und 84 % der Zwölfjährigen.

Franzkowiak (1986) hat das gesundheitsrelevante Risikoverhalten und das Gesundheitsbewußtsein 15- bis 20jähriger Jugendlicher untersucht. Er knüpft in der Untersuchung an Thesen der Jugendsoziologie an, daß Jugendliche wenig Raum hätten, um ihre Identität zu bilden, was Auswirkungen auf Risikoverhalten und Gesundheitsbewußtsein habe. Das Verhalten der Jugendlichen folge bestimmten Mustern und Bahnen, die den sozialen Regelungen und Strukturen hochentwickelter Industriegesellschaften inhärent seien. Davon ausgehend untersucht Franzkowiak neben Zigarettenrauchen, Alkoholkonsum und Erfahrungen mit Gesundheitserziehung die Gesundheitskonzepte (vgl. ebd. 31).

40 Jugendliche zwischen 15 und 20 Jahren wurden in Einzelinterviews, 68 Jugendliche zwischen 15 und 20 Jahren in Gruppendiskussionen befragt.

Die Gesundheitskonzepte werden mit zunehmendem Alter differenzierter: Jugendliche zwischen 15 und 16 Jahren stellen die sportliche und körperliche Leistungsfähigkeit und kurzfristiges Wohlbefinden in den Vordergrund. Bei 17- und 18jährigen liegt die Betonung stärker auf psychischer und sozialer Kompetenz, seelischer Ausgeglichenheit und sozialer Unterstützung. Bei älteren Jugendlichen ist sowohl die psychische, die somatische als auch die physische Dimension der Gesundheitskonzepte ausgeprägt (vgl. ebd. 105).

Millstein und Irwin (1987) haben die Gesundheits- und Krankheitskonzepte von 218 Jugendlichen zwischen elf und 18 Jahren erhoben (vgl. Millstein und Irwin 1987, 517).

¹⁶ In einer Pilotphase wurden 29 Antwortkategorien gebildet; alle Antworten wurden von unabhängigen Personen diesen Kategorien zugeordnet. Die Kodierung wurde überprüft, indem zehn Kinder und Jugendliche im Abstand von drei Wochen zweimal interviewt und ihre Antworten den Kategorien zugeordnet wurden (vgl. ebd. 996).

Die Grundannahmen der Untersuchung sind,

- a) daß Gesundheit und Krankheit nicht zwei gegensätzliche Enden einer Gesundheitsdimension seien, sondern daß sie unterschiedliche, aber sich überlappende Konstrukte verkörpern und
- b) daß die Gesundheitskonzepte sich aus den Krankheitskonzepten entwickelten und deshalb jüngere Jugendliche stärker Krankheit in die Gesundheitskonzepte einbezogen als ältere.

In Einzelinterviews, die in der Schule durch gleichgeschlechtliche Interviewleitungen durchgeführt wurden, wurden folgende Fragen gestellt:

- „For you, what does it mean to be healthy?“ (ebd. 517)
- „Now I'm wondering about how you know when you're sick. On one day you're well, and on another day you're sick. OK, what's the difference?“ (ebd. 517)

Die Antworten wurden mitgeschnitten und mitgeschrieben und einem eigens entworfenen Kategoriensystem zugeordnet¹⁷.

Ausgewertet wurden die Antworten in drei Altersgruppen: 11- bis 12jährige, 13- bis 14jährige und ab 15jährige (vgl. ebd. 521).

In bezug auf das Alter sind folgende Ergebnisse hervorzuheben: Die Gesundheitsdefinitionen der Älteren betonen weniger die Abwesenheit von Krankheit und sind thematisch vielfältiger. Sie nennen häufiger präventives Gesundheitsverhalten, wie „Eating good diet“ (ebd. 518) oder daß sie sich den Erwartungen gemäß verhalten. Je jünger die Jugendlichen sind, desto häufiger verwenden sie somatische Gefühlszustände, wie „Feeling good“ (ebd. 518), um Gesundheit zu beschreiben. Bei den Krankheitsdefinitionen legen die jüngeren Jugendlichen eine größere Betonung auf das Urteil anderer, wie „Mom says I'm sick“ (ebd. 518), ältere dagegen auf affektive Zustände, wie „Feel grouchy“ (ebd. 518). Sie beschreiben die Krankheitsdefinitionen vielfältiger und geben mehr Antworten zu Krankheitsdefinitionen.

3.1.2 Das Geschlecht und die Gesundheitskonzepte Jugendlicher

Das Geschlecht wird in unterschiedlicher Form in der Jugendgesundheitsforschung berücksichtigt: entweder werden Gesundheitskonzepte geschlechtsspezifisch erhoben oder die Ergebnisse werden getrennt nach Geschlechtern ausgewertet.

Helferich et al. (1986) haben die erste Herangehensweise verfolgt. Sie haben die Risikoaffinität und das Gesundheitsverhalten von 31 Mädchen zwischen 12 und 19 Jahren untersucht.

Einen Bedarf an geschlechtsspezifischen Gesundheitskonzepten Jugendlicher leiten sie daraus ab, daß Präventionsmaßnahmen in der Gesundheitserziehung auf Zielgruppen

¹⁷ Ein einheitliches Kodierungsschema wurde entworfen, indem die Autorin und eine weitere Person, der die Hypothesen der Arbeit unbekannt waren, die Antworten Themen zuordneten. Jede Antwort wurde dann von zwei Personen dem System zugeordnet (vgl. ebd. 517 f.).

hin orientiert sind, um wirksam zu sein. Die Zielgruppe 'weibliche Jugendliche' werde in der Gesundheitsforschung kaum berücksichtigt:

„Ihre spezifischen Erfahrungen, Orientierungen und Problemstellungen verschwinden in der Regel hinter statistischen bzw. inhaltlich neutral formulierten Sammelkategorien“ (ebd. 1).

In der Jugendforschung würden die eigenständigen weiblichen Entwicklungsmomente übersehen oder Weiblichkeit als zusätzliche Gefährdung zu der ohnehin schon angenommenen Gefährdung Jugendlicher durch die Pubertät bewertet (vgl. ebd. 2). Um das Geschlecht in die Jugendgesundheitsforschung einzubeziehen, fordern Helfferich et al., den Ansatz Ostners aus der Jugendsoziologie aufzunehmen. Diese fordere eine kritische Anknüpfung an Jugendtheorien und deren Dekonstruktion, indem bestehende Daten gegen den Strich gelesen würden, und der „Blick auf die gesundheitsbezogenen Orientierungen, Handlungsmuster und auch Risiken von Mädchen im Verlauf der Adoleszenz“ (ebd. 9 f.) gerichtet würde. Helfferich et al. arbeiten aus den geschlechtsunspezifischen Erklärungsansätzen von Gesundheitsverhalten, worunter Alkoholkonsum, Zigarettenrauchen, Konsum illegaler Genuß- und Rauschmittel, Medikamentenkonsum und Ernährung fallen, die mädchenspezifischen Anteile heraus. Sie stellen die mädchenspezifischen Entwicklungsprozesse dar, indem sie die Entwicklungsaufgaben zusammen mit den Entwicklungsfeldern betrachten (vgl. ebd. 155). Daraus leiten sie ab, daß Abgrenzung und Ablösungsprozesse für Mädchen dabei größere Bedeutung hätten als für Jungen. Aus diesen Ansätzen rekonstruieren sie das Gesundheitsverhalten im Rahmen mädchenspezifischer Ablösungsprozesse für die oben genannten Bereiche (vgl. ebd. 160 ff.).

Da der Wissensstand zum Themenfeld Mädchen und Gesundheit sehr begrenzt ist, wurde ein qualitativ-exploratives Vorgehen gewählt, um die Umsetzbarkeit dieser theoretisch abgeleiteten Erkenntnisse zu überprüfen (vgl. ebd. 229).

In Gruppendiskussionen wurden neben den soziodemografischen Daten folgende Themen mit den Mädchen diskutiert:

- Subjektive Gesundheitskonzepte und Krankheitserfahrung
- Einstellungen und Gewohnheiten zu persönlicher Hygiene und Erfahrung mit Gesundheitserziehung
- Risikoaffinität und Erfahrung mit Alkohol, Zigaretten, Medikamenten und illegalen Drogen
- Ernährungsverhalten
- Körper- und Selbstbild
- Konzept von Weiblichkeit sowie soziale Beziehungen zu Gleichaltrigen und Intimität
- Zukunftsplanung und -entwürfe (vgl. ebd. 232)

Über persönliche Kontaktaufnahme wurden sechs Gruppen mit sechs bis sieben Teilnehmerinnen gebildet, die zwischen 12 und 14, 15 und 16 und 17 und 19 Jahre alt waren und Haupt- und Gesamtschulen sowie Gymnasien besuchten bzw. sich in einer Ausbildung befanden (vgl. ebd. 234 - 237). Die Gespräche wurden in der Privatwoh-

nung der Interviewerin durchgeführt und dauerten eineinhalb bis zweieinhalb Stunden. Die Diskussionen wurden aufgezeichnet, anonymisiert transkribiert und in mehreren Schritten¹⁸ nach dem Themenschwerpunkt „Risikoaffinität und Risikopraxis“ (ebd. 239 ff.) sowie „Gesundheitskonzepte und Körpererfahrung“ (ebd. 266 ff.) zusammengefaßt.

Die Ergebnisse wurden nach den Altersstufen früher (12 - 14 Jahre) und mittlerer Adoleszenz (15 - 16 Jahre) sowie Spätadoleszenz (17 - 19 Jahre) ausgewertet.

Im folgenden werden ausschließlich die Ergebnisse zu Gesundheitskonzepten vorgestellt: Grundsätzlich nehmen die Mädchen Gesundheit als selbstverständlich wahr und betrachten sie abhängig von Wohlbefinden und Problemfreiheit. Die 12- bis 14jährigen Mädchen definieren Gesundheit über das persönliche Wohlbefinden. Gesundheit ist ihnen selbstverständlich, sie fühlen sich gesund und betrachten seelische Belastungen als Auslöser körperlichen Unwohlseins. Für die 15- bis 16jährigen Mädchen ist Gesundheit nicht mehr selbstverständlich, der Körper wird bewußt wahrgenommen. Gesundheit erscheint durch selbstverursachte Schädigungen und seelische Konflikte bedroht. Die 17- bis 19jährigen Mädchen machen ihren Gesundheitsbegriff von subjektiver Einschätzung abhängig und betonen ebenfalls Wohlbefinden. Sie heben den selbstverantwortlichen Umgang mit der persönlichen Gesundheit hervor.

In den folgenden Untersuchungen wurden sowohl die Gesundheitskonzepte von Jungen als auch von Mädchen untersucht.

Parcel und Meyer (1978) (vgl. Kap. 3.1.1) können hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen keine Geschlechtsunterschiede nachweisen.

Werden andere Teile der Gesundheitskonzepte untersucht, können Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen nachgewiesen werden. Bültemeier et al. (1984) haben Gesundheitskonzepte und die positive Gesundheitspraxis 14- bis 20jähriger Jugendlicher erhoben. Mit dem Ziel, Auskunft über jugendspezifische Lebensweisen und Einblick in die Gesundheitskonzepte bzw. die positive Gesundheitspraxis der Jugendlichen zu erhalten, wurden folgende Bereiche erfaßt:

- Subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzepte
- Stellenwert von Gesundheits- und Lebensinteresse
- Erfahrung mit und Bewertung von Risikoverhalten
- Körperbild und Umgang mit dem Körper
- Individuelle und gesellschaftliche Einflußmöglichkeiten auf Körper, Geist und Wohlbefinden
- Erlebte und befürchtete Krankheiten
- Zukunftserwartungen und -vorstellungen

¹⁸ Die Transkripte der Diskussionen wurden zunächst nach einem Rastersystem verdichtet, dann wurden Themenschwerpunkte gebildet und diese nach Relevanzgesichtspunkten geordnet. Darauf folgte eine abschließende Analyse und Zusammenfassung der Daten zu Themenschwerpunkten.

Drei Mädchen und fünf Jungen wurden in Einzelinterviews befragt, 25 weitere Jugendliche in vier Gruppendiskussionen. Die Antworten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

Hinsichtlich des Geschlechts ist hervorzuheben, daß Mädchen häufiger die psychische Komponente hervorgehoben haben als Jungen.

Vogt (1985) hat ausgehend von den Ergebnissen einer Untersuchung zum Medikamentenkosum von Müttern und ihren Kindern die Entwicklung der Gesundheitskonzepte von Jungen und Mädchen beschrieben.

Erhoben wurden die Daten in einstündigen Einzelinterviews, in denen Fragebogen ausgefüllt wurden. Die Schlußfolgerungen für die Gesundheitskonzepte von Jungen und Mädchen basieren auf den Angaben von 500 Jugendlichen zwischen 14 und 19 Jahren aus einer Gesamtstichprobe von 2441 Jugendlichen zwischen 12 und 24 Jahren (vgl. ebd. 26). Neben den Konsumgewohnheiten von Medikamenten und Psychopharmaka wurden der Gesundheitszustand, der Konsum von Genußmitteln und sozioökonomische Daten zur Familiensituation erhoben (vgl. ebd. 24).

Hinsichtlich des Medikamentenkonsums wurde aus den vorliegenden Daten ein Analyseschema entwickelt, das sowohl den tatsächlichen als auch den angenommenen Konsum der Mütter und ihrer Kinder bzw. den angenommenen Konsum der Väter berücksichtigt und erlaubt, die Daten der Jungen und Mädchen geschlechtsspezifisch auszuwerten.

Zusammenhänge zwischen Variablen wurden mit Korrelationsverfahren überprüft, die innere Struktur der Variablen mit Hilfe der Regressionsanalyse beschrieben und interpretiert (vgl. ebd. 105 f.). Vogt leitet aus diesen Ergebnissen ab, wie die Gesundheitskonzepte von Jungen und Mädchen ausgebildet werden. Sie schreibt der Geschlechtsrollenidentität den entscheidenden Faktor bei der Ausbildung der Gesundheitskonzepte zu und beschreibt diese wie folgt:

Mit der körperlichen Veränderungen in der Pubertät glichen sich Mädchen dem Erscheinungsbild der Mutter an. Die einsetzende Geschlechtsreife führe den Mädchen vor Augen, daß sie selbst Mutter werden können und wie diese Verantwortung für die Gesundheit anderer übernehmen müßten. Sie lernten früher als Jungen für ihre eigene Gesundheit verantwortlich zu sein. Auch die Erfahrung der oft schmerzhaften Menstruation müßten die Mädchen in ihr Gesundheitskonzept integrieren (vgl. ebd. 204 - 206). Mädchen müßten ihr Gesundheitskonzept neu- und umorganisieren und es auffächern, damit verschiedene Rollen darin Platz hätten. Die Gesundheitskonzepte würden im Verhältnis zu denen der Jungen komplizierter erworben und seien komplizierter aufgebaut (vgl. ebd. 207).

Jungen dagegen differenzierten nach Entdeckung ihrer Geschlechtsidentität und der Anerkennung der Geschlechtsrolle ihr Gesundheitskonzept analog zur Entwicklung ihrer intellektuellen Fähigkeiten aus (vgl. ebd. 207). Sie orientierten sich an dem positiven Vorbild des Vaters und lehnten das Gesundheitskonzept der Mutter ab. Jungen betonten den somatischen Anteil von Krankheit, negierten psychische Begleiterscheinungen und unterdrückten bzw. verleugneten Schmerzen. Gemäß dem Vorbild der Männer wendeten sie sich, wenn sie unter Lebensbedingungen oder ihrer Körperver-

fassung litten, dem Alkohol zu (vgl. ebd. 194 f.). Je negativer Jungen das Verhältnis zu ihrem Vater einschätzen würden, desto häufiger würden sie über den Konsum psychoaktiver Medikamente und über viele Krankheiten berichten. Schwierigkeiten im Verhältnis zum Vater führten dazu, das „Stereotyp des harten Mannes“ (ebd. 207) abzubauen.

Franzkowiak (1986) (vgl. Kap. 3.1.1) stellt bei älteren Jugendlichen fest, daß Mädchen ab 17 Jahren stärker soziale und psychische Aspekte sowie seelische Ausgeglichenheit in den Gesundheitskonzepten hervorheben. Jungen betonen mit zunehmendem Alter die Funktionsfähigkeit und validieren das eigene Urteil über ihre Gesundheit an den Aussagen von Ärztinnen und Ärzten.

Nordlohne und Kolip (1994) untersuchen, ob sich die Gesundheits- und Krankheitskonzepte von Jungen und Mädchen unterscheiden. Die Autorinnen gehen davon aus, daß die Gesundheitskonzepte in Korrespondenz zur kognitiven Entwicklung ausgebildet würden. Dabei stünden im Kindesalter Körper- und Krankheitsaspekte im Vordergrund, im Jugendalter kämen affektive und psychosoziale Aspekte hinzu, was zu einer Ausdifferenzierung der Gesundheits- und Krankheitskonzepte führe (vgl. ebd. 122). Daraus leiten sie ihre Fragestellung ab, die folgende Bereiche umfaßt:

- Aspekte, aus denen die Gesundheits- und Krankheitskonzepte Jugendlicher bestehen
- Gesundheits- und Krankheitsbegriff dieser Altersgruppe
- Gewichtung der Dimensionen des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs
- Übereinstimmungen zwischen Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen (vgl. ebd. 125).

Erhoben wurden die Gesundheits- und Krankheitskonzepte einer repräsentativ ausgewählten Stichprobe von 516 Jungen und 441 Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren (9. Schuljahr) an verschiedenen Schultypen. Im Klassenverband wurden offene Fragen schriftlich beantwortet. Erfasst wurden Problembelastung, Ausmaß der psychischen, somatischen und physischen Beschwerden, Frequenz und Häufigkeit gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen sowie Definitionen und Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit. Hinsichtlich der Definitionen von Gesundheit und Krankheit solle der kognitive Aspekt der Begriffe erhoben werden durch die Frage: „Gesundheit/ Krankheit bedeutet für mich, daß ich ...“ (ebd. 125), das subjektive Empfinden solle betont werden durch die Formulierung: „Ich fühle mich rundherum gesund/ krank, wenn ich ...“ (ebd. 126).

Im folgenden werden die Ergebnisse zusammengefaßt, die die geschlechtsspezifischen Gesundheitskonzepte betreffen: Subjektives Befinden ist für beide Geschlechter ein wichtiges Merkmal von Gesundheit und hat für Mädchen mehr Bedeutung als für Jungen. Bei der allgemeinen Krankheitsdefinition ist beiden Gruppen die Funktionsfähigkeit sehr wichtig, den Jungen wichtiger als den Mädchen, bei der befindensfokussierten Krankheitsdefinition ist das Befinden für beide Gruppen am wichtigsten (für die Mädchen wichtiger als für die Jungen) (vgl. ebd. 129 - 132). Die genaue Antwortverteilung kann den untenstehenden Tabellen entnommen werden.

Tabelle II-3-2: Allgemeine Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen aus Nordlohne und Kolip 1994, 128 - 130

	Allgemeine Gesundheitsdefinition		Allgemeine Krankheitsdefinition	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Gegensatz	24,4	14	12,4	2,2
Physische Indikatoren*	15,8	17,7	13,6	18,7
Befinden	19,5	36,5	28,7	38,2
Funktionsfähigkeit	34,4	26,7	44,7	40,9
Präventives Verhalten	5,9	5	0	0

* Hierunter fallen beispielsweise Symptome.

Tabelle II-3-3: Befindensorientierte Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen aus Nordlohne und Kolip 1994, 130 - 132

	Befindensfokussierte Gesundheitsdefinition		Befindensfokussierte Krankheitsdefinition	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Gegensatz	8,3	3,7	10	2,7
Physische Indikatoren*	9,3	8,7	30	33
Befinden	34,1	50	35,6	49,2
Funktionsfähigkeit	35,5	28,8	23,1	14,8
Präventives Verhalten	13,2	8,7	1	0,8

* Hierunter fallen beispielsweise Symptome.

3.1.3 Besondere Lebenssituationen und die Gesundheitskonzepte Jugendlicher

Zum Zusammenhang besonderer Lebenssituationen und Gesundheit gibt es kaum Untersuchungen. Zwar erheben Nordlohne und Kolip (1994) in ihrer Untersuchung auch die Problembelastung und das Ausmaß psychischer, somatischer und physischer Beschwerden (vgl. ebd. 125), dokumentieren allerdings nicht die Ergebnisse zu diesen Variablen.

Franzkowiak (1986) (vgl. Kap. 3.1.1) wertet Interviews fünf „gesundheitlich beeinträchtigter Jugendlicher“ (Franzkowiak 1986, 113) aus, die folgende Schädigungen nennen: Hüftleiden, Diabetes, Enzymmangel, Herzneurose und Neurodermitis (vgl. ebd. 113). Das Gesundheitskonzept dieser Jugendlichen sei von den täglich erlebten Beeinträchtigungen geprägt (vgl. ebd. 113), Gesundheit werde als Utopie gesehen, die nicht zu erreichen sei und werde durch die Krankheit bestimmt (vgl. ebd. 114).

In der Untersuchung von Schmitt et al. (1989) wird der Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugungen und der Compliance 80 chronisch kranker Jugendlicher zwischen 12 und 22 Jahren untersucht und mit den Kontrollüberzeugungen von 366 sogenannten gesunden Jugendlichen verglichen. Dabei beziehen sich die Autoren und die Autorin auf die Ergebnisse der Untersuchung von Lohaus und Schmitt (1989a, 1989b). Lohaus und Schmitt (1989a) haben ein Instrument entwickelt, um die gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen von Jugendlichen und Erwachsenen zu messen.

Ausgangspunkt der Untersuchung von Schmitt et al. (1989) ist, daß Kontrollüberzeugungen mehrdimensionale bereichsspezifische Konstrukte sind¹⁹. Einerseits beeinflussen die bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen Jugendlicher eine chronische Krankheit, andererseits bestehe ein Zusammenhang der Kontrollüberzeugungen mit der Art der Erkrankung (vgl. ebd. 35). Krankheiten, die als wenig beeinflussbar wahrgenommen würden, wie beispielsweise Alopecia areata²⁰, führten zu anderen Kontrollüberzeugungen als Krankheiten, die als beeinflussbar wahrgenommen würden, wie beispielsweise Diabetes mellitus. Eine weitere Annahme ist, daß ein Zusammenhang der Patienten-Compliance mit den Kontrollüberzeugungen bestehe.

Um die bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen zu erheben, wurde der Test 'Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit' von Lohaus und Schmidt (1989b) verwendet, der die internalen, die external sozialen und die external fatalistischen Kontrollüberzeugungen in 21 Aussagen mit Hilfe einer sechsstufigen Skala mißt und zu drei Werten zusammenfaßt. Außerdem wurden der Stichprobe der Jugendlichen mit chronischen Krankheiten und ihren Ärzten vier Fragen zur Compliance vorgelegt sowie krankheitsbezogene Fragen zu Art und Dauer der Erkrankung. Bei der Gesamtstichprobe wurde das Eysenck-Persönlichkeits-Inventar in der Bearbeitung von Eggert (1974) verwendet, und die soziodemografischen Daten wurden erhoben.

Die Jugendlichen mit chronischen Krankheiten (Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und Alopecia areata) nahmen im Rahmen der Sprechstunden ihrer Ärzte von zwei Kinderkliniken an der Untersuchung teil; sie befanden sich in ambulanter Behandlung. Die nicht erkrankten Jugendlichen nahmen im Rahmen des Schulunterrichts an der Untersuchung teil; sie besuchten unterschiedliche Schultypen und entsprachen in Bildungs- und Altersverteilung der Stichprobe der erkrankten Jugendlichen (vgl. Schmitt et al. 1989, 36). Um die Fragen zu beantworten, benötigten die Jugendlichen 30 bis 45 Minuten.

Im folgenden werden nur die Ergebnisse zu den gesundheits- und krankheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen wiedergegeben: Die Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen erreichen bei allen Skalen höhere Werte. Lediglich bei der fatalistischen Externalität sind sie nicht signifikant erhöht (vgl. ebd. 36).

¹⁹ Damit wird an die soziale Lerntheorie Rotters (1966) angeknüpft (siehe Fußnote 15). Levenson (1972) hat den bis dahin eindimensionalen Ansatz zu einem zweidimensionalen weiterentwickelt, indem sie die äußeren Bedingungen unterteilt hat in das Gefühl der Abhängigkeit von anderen Personen und das Gefühl der Abhängigkeit von Zufällen oder Schicksaleinflüssen. Weiter differenziert wurde das Konzept von Krampen (1986, 1987, 1989), der annimmt, daß sich Kontrollüberzeugungen in verschiedenen Lebensbereichen unterscheiden (vgl. Lohaus, Schmitt 1989 a, 2 f.). Bei Kindern und Jugendlichen wurden die gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen bislang eindimensional erhoben (vgl. z. B. Parcel und Meyer 1978; Wallston, Wallston und DeVillis 1978).

²⁰ Kreisrunder Haarausfall

Die Annahme, daß Jugendliche mit bestimmten Krankheiten einzelne Kontrollüberzeugungen besonders ausprägen, konnte bestätigt werden: Bei Jugendlichen mit Diabetes mellitus bestanden hohe internale Kontrollüberzeugungen und geringe external fatalistische Kontrollüberzeugungen. Jugendliche mit Alopecia areata hatten dagegen gering ausgeprägte internale Kontrollüberzeugungen und hoch ausgeprägte fatalistische Kontrollüberzeugungen. Bei den Jugendlichen mit Asthma bronchiale lag der Wert der sozialen Externalität und Internalität zwischen dem Skalenwert der beiden anderen Gruppen. Darüber hinaus wurde festgestellt, daß erkrankte Jugendliche, denen die Ärzte hohe Einflußmöglichkeiten zuschrieben, tatsächlich auch eine höhere Internalität aufwiesen.

3.1.4 Der Sozioökonomischem Status und die Gesundheitskonzepte Jugendlicher

Hinsichtlich des sozioökonomischen Statuses und Gesundheit gibt es nur wenige Ergebnisse; hier werden auch die Ergebnisse zum Zusammenhang von Gesundheit und Intelligenz einbezogen.

Natapoff (1978) (vgl. Kap. 3.1.1) hat in ihrer Untersuchung den Zusammenhang zwischen Intelligenz und sozioökonomischem Status und Gesundheit überprüft. Dabei konnte sie weder zwischen Intelligenz und Gesundheitskonzepten noch zwischen dem sozioökonomischem Status und den Gesundheitskonzepten einen signifikanten Zusammenhang nachweisen (vgl. ebd. 998).

Parcel und Meyer (1978) (vgl. Kap. 3.1.1) haben in ihrer Studie hinsichtlich des sozioökonomischen Statuses nachgewiesen, daß schwarze Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen sozioökonomischen Status höhere Werte bei external gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen haben als die Kinder und Jugendlichen mit höherem sozioökonomischem Status (vgl. ebd. 155).

Shiloh und Waiser (1991) haben die Gesundheits- und Krankheitskonzepte von 61 Jugendlichen zwischen 14 und 15 Jahren untersucht, um herauszufinden, wie deren Gesundheits- und Krankheitskonzepte ausgeprägt sind und um deren Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen, Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und Intelligenz zu überprüfen.

Ausgehend von den Überlegungen zur sozialen Entwicklung nach Selman und Piagets Entwicklungstheorie (vgl. Shiloh und Waiser 1991, 70) gehen die Autorinnen davon aus, daß die Gesundheits- und Krankheitskonzepte von Jugendlichen einer Entwicklungsstufe durch Persönlichkeitsvariablen oder individuell unterschiedliche Variablen variiert würden. Sie leiten aus verschiedenen Studien einen Einfluß der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen, der Erfahrung mit dem Gesundheitssystem und der Intelligenz auf die Gesundheitskonzepte ab (vgl. ebd. 71).

Zur Erhebung der Ergebnisse wurde die schriftliche Befragung gewählt. Die Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit wurden mit folgenden Fragen erhoben: „What does it mean to be ill?“ (ebd. 72) und „What does it mean to be healthy?“ (ebd. 72). Die

Antworten sollten in ein zwölfteiliges Tortendiagramm eingetragen werden, wodurch neben dem Inhalt auch die Quantität deutlich wurde (vgl. ebd. 73). Die gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen wurden mit der Health Locus of Control (HLC) Scale von Wallston et al. (1978) erhoben. Diese mißt in 11 Aussagen mit einer sechsstufigen Skala die eindimensionalen Kontrollüberzeugungen. Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem wurden über die Frage „How often do you visit a doctor?“ (Shiloh und Waiser 1991, 75) erhoben. Die Daten zur Intelligenz wurden mit dem in Israel gebräuchlichen Test 'Milita' zu Beginn des Schuljahres erhoben (vgl. ebd. 73).

Die Stichprobe bestand aus 24 Jungen und 37 Mädchen mit niedrigem sozioökonomischem Status in Israel, die einen für israelische Verhältnisse durchschnittlichen IQ aufwiesen und an einer Maßnahme („special educational enrichment program“) der Universität Tel Aviv teilnahmen (vgl. ebd. 72).

Die Untersuchung wurde im Klassenverband durchgeführt. Die Reihenfolge der Fragen zu den Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen wurden variiert, indem 28 Jugendliche zuerst den Krankheitsteil, 33 zuerst den Gesundheitsteil beantworteten²¹, alle anderen Fragen folgten dann in der gleichen Reihenfolge (vgl. ebd. 75).

Die Antworten zu den Gesundheitsvorstellungen wurden zu fünf Kategorien, die zu den Krankheitsvorstellungen zu sieben Kategorien zusammengefaßt; fünf davon entsprachen denen zu den Gesundheitsvorstellungen. Zehn Fragebogen wurden zusätzlich von zwei unabhängigen Personen codiert (vgl. ebd. 73). Darüber hinaus wurden die Antworten nach einem eigens entwickelten System quantitativ erfaßt, das sowohl die Gesamtanzahl der Antworten als auch die Anzahl der Antworten innerhalb einer Kategorie einschloß, wodurch auch eine qualitative Auswertung möglich war (vgl. ebd. 77). Eine Korrelationsanalyse für die Anzahl der Antworten zu Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen mit den Kontrollüberzeugungen, der Intelligenz und der Häufigkeit der Besuche bei Ärztinnen und Ärzten wurde durchgeführt.

Bezüglich der Anzahl der Antworten konnte kein Zusammenhang mit der Intelligenz oder den Kontrollüberzeugungen nachgewiesen werden. Je häufiger die Jugendlichen angaben, zu Ärzten zu gehen, desto weniger Antworten gaben sie.

3.2 Zusammenfassung der Ergebnisse zu Gesundheitskonzepten Jugendlicher

Die meisten der dargestellten Untersuchungen in der Jugendgesundheitsforschung leiten ihre Fragestellung aus empirischen Untersuchungen ab, nur wenige gehen theoriegeleitet vor. Diese Untersuchungen beziehen sich nicht auf Gesundheitstheorien, sondern auf Theorien aus der Soziologie bzw. Jugendforschung, wie Bültemeier et al. (1984), Franzkowiak (1986) und Helfferich et al. (1986), oder auf andere Theorien aus der Psychologie, wie die Untersuchungen zu Kontrollüberzeugungen, die sich hinsicht-

²¹ Ob zuerst die Gesundheits- oder Krankheitsvorstellungen dargestellt wurden, hatte keinen Effekt auf die Beantwortung.

lich der Kontrollüberzeugungen auf Rotters soziale Lerntheorie beziehen. Das Erkenntnisinteresse der Untersuchungen scheint entweder aus anderen Disziplinen heraus motiviert oder aus der Praxis abgeleitet zu sein, wie etwa der Anspruch, jugendgerechte Präventionsprogramme zu entwickeln. Die Validierung bestehender Theorieansätze zu Gesundheit in bezug auf Jugendliche ist für keine der Untersuchungen von Bedeutung. Lediglich Millstein und Irwin (1987) sowie Nordlohne und Kolip (1994) stellen einen Zusammenhang zu diesen her²².

In den Untersuchungen sind sehr unterschiedliche Aspekte der Gesundheitskonzepte untersucht worden. Der Begriff Gesundheitskonzept verspricht bei den meisten Untersuchungen mehr als gehalten wird. Die dargestellten Studien untersuchen fast alle Einzelkonstrukte der Gesundheitskonzepte, meist die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit oder Kontrollüberzeugungen. Lediglich Bültemeier et al. (1984), Franzkowiak (1986), Helfferich et al. (1986) und Shiloh und Waiser (1994) untersuchen wirklich mehrere Komponenten. Ein Zusammenhang zwischen den einzelnen Aspekten der Gesundheitskonzepte stellen Shiloh und Waiser her, die Kontrollüberzeugungen und Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen miteinander in ein Verhältnis setzen und außerdem die Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen miteinander vergleichen. Letzteres tun auch Natapoff (1978), Millstein und Irwin (1987) und Nordlohne und Kolip (1994).

Zusammenfassend sind hinsichtlich der berücksichtigten Variablen folgende Aussagen zum Inhalt möglich: Die Gesundheitskonzepte von Jugendlichen sind differenzierter als die von Kindern. Gesundheit und Krankheit werden von Jugendlichen nicht mehr als zwei sich ausschließende Zustände betrachtet. Sie schreiben sich stärker selbst die Verantwortung für ihre Gesundheit zu. Mit zunehmendem Alter steigt bei den Jugendlichen die Themenvielfalt hinsichtlich der Vorstellungen von Gesundheit, bekommen psychische Aspekte eine Bedeutung und werden mehrere Dimensionen gleichzeitig berücksichtigt.

Die Aussagen zum Zusammenhang von Geschlecht und Gesundheit differieren leicht. Grundsätzlich scheint aber die emotionale Befindlichkeit für Mädchen wichtiger zu sein als für Jungen, denen Funktionsfähigkeit wichtiger ist. Im Gegensatz zu Gesundheitsdefinitionen ist allerdings bei den Krankheitsdefinitionen beiden Geschlechtern die Leistungsfähigkeit wichtig. Ob die Bedeutung der Befindlichkeit auf das Geschlecht zurückzuführen ist oder in Zusammenhang mit stärker ausdifferenzierten Gesundheitskonzepten bei zunehmendem Alter zu sehen sind, kann nicht beurteilt werden, weil eine Kombination beider Variablen nicht untersucht wurde.

²² Nordlohne und Kolip (1994) stellen fest, die Antworten, die Jugendliche zu den Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen geben, seien nicht deckungsgleich. Sie würden unterschiedliche Merkmale von Gesundheit beschreiben und seien damit vergleichbar mit dem Ansatz Antonovskys, Gesundheit und Krankheit als zwei Pole zu betrachten (vgl. ebd 136).

Die Gesundheitskonzepte von Jugendlichen in besonderen Lebenssituationen sind bisher kaum erhoben worden. Hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen ist bekannt, daß die Skalenwerte Jugendlicher mit chronischen Krankheiten gegenüber denen ohne chronische Krankheiten erhöht sind. Die Ergebnisse Franzkowiaks legen nahe, daß neben den Kontrollüberzeugungen auch die übrigen Komponenten der Gesundheitskonzepte entsprechend der erlebten Einschränkung ausgebildet werden. Diese Aussagen beziehen sich auf eine sehr kleine Stichprobe. Bei Jugendlichen mit Behinderung sind bisher lediglich die Gesundheitskonzepte der Eltern erhoben worden (vgl. Steinhausen 1981).

Die Ergebnisse zum sozioökonomischen Status erlauben keine zusammenfassende Aussage. Die Daten sind mit der ethnischen Zugehörigkeit verbunden, so daß Unterschiede möglicherweise darauf zurückzuführen sind. Zwischen Intelligenz und Gesundheitskonzepten ist kein Zusammenhang nachgewiesen. Allerdings erlaubt die geringe Spannweite der Variable Intelligenz in keiner der Untersuchungen eine differenzierte Aussage. Der Ergebnisstand in bezug auf beide Variablen ist möglicherweise auf das methodische Vorgehen zurückzuführen und nicht unbedingt Ausdruck fehlender Zusammenhänge.

In bezug auf das methodische Vorgehen ist festzuhalten, daß die Untersuchungen sowohl aus den Gesundheitstheorien als auch aus dem Forschungsstand nur begrenzt Annahmen ableiten können. Deshalb werden vorwiegend explorative Verfahren eingesetzt. In den Untersuchungen sind Einzelinterviews und Gruppendiskussionen geführt worden, um die Gesundheitskonzepte zu erheben. Ausnahmen sind die Untersuchungen von Nordlohne und Kolip (1994) und Shiloh und Waiser (1994), die Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit schriftlich erhoben haben, indem offene Fragen gestellt wurden. Ausgewertet wurden diese Daten, indem die Antworten mit Hilfe der Inhaltsanalyse in Kategoriensysteme überführt wurden. Die Zuordnung wurde durch unterschiedliche Ratingverfahren überprüft. Auf standardisierte Verfahren greifen lediglich die Arbeiten, die Kontrollüberzeugungen untersuchen zurück.

Die Wahl des Verfahrens korrespondiert mit der Stichprobengröße. Je komplizierter Erhebung und Auswertung, desto geringer die Anzahl der untersuchten Jugendlichen. Damit einher geht eine eingeschränkte statistische Schärfe und Aussagekraft. Dies wurde in einigen Untersuchungen (vgl. beispielsweise Helfferich et al. 1986) bei der Interpretation berücksichtigt. Dagegen gehen Schmitt et al. (1989) relativ unkritisch mit der Stichprobenverteilung um, und beachten deren Einfluß als Effekt bei der Interpretation nicht; die Ergebnisse der Untersuchungsgruppe von 80 Jugendlichen werden denen der Kontrollgruppe mit 366 Jugendlichen gegenübergestellt. Auch das Setting, in dem die beiden Gruppen untersucht wurden, unterscheidet sich und bleibt unkommentiert, während die anderen Studien gleichbleibende Untersuchungsbedingungen angeben.

Aufgrund des unterschiedlichen Vorgehens sind die Ergebnisse der Untersuchungen nur unter Vorbehalt miteinander zu vergleichen. Methodische Bezugnahme auf schon

durchgeführte Arbeiten, wie bei Nordlohne und Kolip (1994) für die Kategorienbildung könnte unter Umständen dazu beitragen, daß die Ergebnisse verschiedener Arbeiten untereinander vergleichbar würden.

4 Konsequenzen für den Untersuchungsrahmen

Die für die vorliegende Untersuchung relevanten Aspekte der vorangegangenen Kapitel werden zusammengefaßt. Zunächst wird die zugrundegelegte Beziehung zwischen Gesundheit und Behinderung dargestellt. Daran schließen sich Überlegungen zu den Inhalten, die erhoben werden, der einzubeziehenden Stichprobe und der Erhebungsmethode an. Im Anschluß daran werden die Fragestellungen und die Anforderungen an die Untersuchung formuliert.

Gesundheit wie auch Behinderung sind sehr komplexe Sachverhalte, die entsprechende Erklärungsansätze erfordern. Stellen Erklärungsansätze Behinderung und Gesundheit in einen größeren Zusammenhang, werden sie der Komplexität der Begriffe gerecht. Dies erfüllt in bezug auf Gesundheit das Salutogenese-Paradigma und für Behinderung das systemtheoretische Paradigma. Diesen Paradigmen folgend, schließen sich Gesundheit und Behinderung nicht aus. Weder stehen sie dichotom zueinander, Gesundheit versus Behinderung, noch befinden sie sich in einem Dreiecksverhältnis, Gesundheit - Krankheit - Behinderung. Gesundheit ist weder qualitativ noch quantitativ auf bestimmte Zusammenhänge festgelegt und wird unabhängig von ethischen Vorstellungen gefaßt. Sie bezieht sowohl die körperliche, die geistige als auch die seelische Dimension ein; ihre Entwicklungsrichtung ist offen. Behinderung ist eine mögliche Lebensform, die innerhalb des gesellschaftlichen Kontextes oder der Systemzusammenhänge steht und nicht losgelöst davon gesehen werden kann. Behinderung muß in das System einbezogen werden, denn jeder Versuch, etwas abzukoppeln, stört das System (vgl. Speck 1987, 15). Dies hebt den relationalen Charakter von Behinderung in bezug auf Gesundheit hervor. In der vorliegenden Arbeit wird Behinderung in ihrer Bedeutung als intervenierende Variable von Gesundheit betrachtet.

4.1 Anforderungen an die Untersuchung

4.1.1 Anforderungen an den Inhalt

Gegenstand der geplanten Untersuchung sind Gesundheitskonzepte, multidimensionale und multikausal bedingte Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit und mit Gesundheit verbundene Handlungen und Kognitionen. Der Forschungsstand zu den Gesundheitskonzepten Jugendlicher zeugt von einer großen Themenvielfalt. Folgende Inhalte werden in die Untersuchung einbezogen:

- 1) Vorstellungen von Gesundheit: Sie beinhalten allgemeine und persönliche Darstellungen dessen, was Gesundheit ist.
- 2) Bewertung des momentanen Gesundheitszustandes und die Bedeutung von Gesundheit sowie der Grad der Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand
- 3) Gesundheitsorientiertes Handeln: Es beinhaltet die Möglichkeiten auf Gesundheit einzuwirken.

- 4) Vorstellungen von Krankheit: Hierunter fallen allgemeine und persönliche Darstellungen von Krankheit sowie die Bewertung von Zuständen, die sich auf der Schwelle von Gesundheit zu Krankheit befinden und die Bewertung von Krankheit. Ob Krankheit positiv oder negativ beurteilt wird, ist ein weiterer Aspekt der Untersuchung.
- 5) Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit: Unter diesen bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen wird die Überzeugung verstanden, wer für Gesundheit und Krankheit verantwortlich ist. Die theoretischen Grundlagen sind auf Rotter (1966) zurückzuführen (vgl. Kapitel 3.1 und 3.3). Im Rahmen der Gesundheitskonzepte sind sie in verschiedenen Untersuchungen erhoben worden und können als Bestandteile der Gesundheitskonzepte betrachtet werden. Antonovsky versteht den Zusammenhang der Komponenten seiner Theorie nicht linear, sondern beschreibt sie als untereinander verbunden. Shiloh und Waiser (1991) weisen dies für die Kontrollüberzeugungen und die Vorstellungen von Gesundheit nach. Die Beziehung der gesundheits- und krankheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen mit anderen Komponenten der Gesundheitskonzepte soll analysiert werden.
- 6) Krankheitserfahrung: Die Untersuchungen zu Kontrollüberzeugungen haben gezeigt, daß Krankheitserfahrung diese und damit die Gesundheitskonzepte prägt.

4.1.2 Anforderungen an die Stichprobe

Die Variablen Alter, Geschlecht, Art der Erkrankung und sozioökonomischer Status werden in den dargestellten Untersuchungen mit unterschiedlicher Qualität berücksichtigt. Sowohl das Alter als auch das Geschlecht einzubeziehen, führt möglicherweise zu differenzierteren Ergebnissen, als wenn nur eine der beiden Variablen berücksichtigt wird. Untersucht werden sollen die Gesundheitskonzepte Jugendlicher. Im Gegensatz zu Kindern können sich Jugendliche aufgrund ihrer Abstraktionsfähigkeit mit abstrakten Begriffen wie Gesundheit auseinandersetzen (vgl. Piaget und Inhelder 1966/1986). Zudem befinden sich Jugendliche mit der Pubertät in einer Phase, in der sie sich von Erwachsenen abgrenzen (Seiffge-Krenke 1989, 248, Oerter 1987, 276), so daß angenommen werden kann, daß sich die Inhalte ihrer Gesundheitskonzepte von denen Erwachsener unterscheiden.

Das Jugendalter beginnt nach Oerter mit der Pubertät zwischen 10 und 12 Jahren; bei Jungen etwas später als bei Mädchen (vgl. Oerter 1987, 204; 265). Jugend wird als Phase verstanden, in der Jungen und Mädchen ihre Geschlechtsrollenidentität suchen; diese Phase wird von Mädchen und Jungen unterschiedlich erlebt (vgl. Helfferich 1994, 7 ff.). Dies betrifft ebenso das spezifische Leben als Jugendliche oder Jugendlicher mit Behinderung (vgl. beispielsweise Adelfinger 1993, Prengel 1984, Schildmann 1985, Steengrafe 1995; Exner 1997). Deshalb werden die Gesundheitskonzepte geschlechtsspezifisch erhoben.

Für die Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit Behinderung können aus den Untersuchungen keine Aussagen abgeleitet werden. Aufgrund der Ergebnisse von Schmitt et al. (1989) kann angenommen werden, daß chronische Krankheiten einen Effekt auf

einzelne Konstrukte von Gesundheit haben können. Ob die Aussagen über Jugendliche mit chronischen Krankheiten auf Jugendliche mit Behinderung übertragen werden können, wird überprüft, indem den Gesundheitskonzepten Jugendlicher mit Behinderung die Gesundheitskonzepte Jugendlicher ohne Behinderung gegenübergestellt werden. Inwiefern mögliche Zusammenhänge auf das äußere Merkmal Behinderung zurückzuführen sind, wird überprüft, indem die Sichtbarkeit der Schädigung berücksichtigt wird, die der Behinderung zugrundeliegt.

4.1.3 Anforderungen an die Methode

Erhoben werden die Gesundheitskonzepte im Rahmen einer schriftlichen Befragung, die mit Hilfe eines Computers durchgeführt wird. Lediglich in Bezug auf Kontrollüberzeugungen kann auf standardisierte Instrumente zurückgegriffen werden. Darüber hinaus werden die Einschätzungen der Jugendlichen vorwiegend mit offenen Fragen und Beurteilungen erhoben. Eine Orientierung bieten die Erhebungsinstrumente, die in den vorgestellten Untersuchungen verwendet wurden. Außerdem werden folgende Untersuchungen bzw. Erhebungsinstrumente bei der Zusammenstellung der Fragen einbezogen:

- Schulze und Welters (1991), die die Gesundheitskonzepte junger und alter Erwachsener geschlechtsspezifisch erfaßt haben
- Kolip (1994b), die die Gesundheitskonzepte junger Erwachsener erhoben hat
- Interviewleitfaden zur Salutogenese von Franke, Kuhlmann und Witte (1992), der Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit erhebt
- Konrad (1989), der die computerbezogenen Kontrollüberzeugungen Jugendlicher untersucht und im Anschluß daran deren Vorerfahrung mit dem Computer erfaßt

Der Einsatz des Computers bietet den Vorteil, die individuellen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Aussagen der Jugendlichen zu berücksichtigen. Sowohl die Abfolge der Fragen als auch das Tempo bei der Bearbeitung können auf die Bedürfnisse der Befragten abgestimmt werden. Außerdem ist es möglich, die Bedienung zu variieren und an mögliche Schädigungen anzupassen. Schreiben ist auch denen möglich, die keinen Stift halten können, die Druckempfindlichkeit der Tastatur kann verändert werden, Äußerungen sind auch bei Sprachbehinderung möglich.

Da Gesundheit ein abstraktes Thema ist, ist es möglich, daß die Jugendlichen wenig motiviert sind, sich mit diesem zu befassen bzw. daß die Motivation nicht für die Dauer der Untersuchung anhält. Dem wird mit dem hohen Aufforderungscharakter des Computers entgegengewirkt (vgl. hierzu auch Euler 1987, 173 - 179, Störmer 1993, 165). In einer früheren Untersuchung haben Jugendliche mit starken Verhaltensstörungen bis zu 25 Minuten konzentriert mit einem ähnlichen Instrument gearbeitet (vgl. Schulte 1993).

4.2 Formulierung der Fragestellung

Folgende Fragestellungen liegen der geplanten Untersuchung zugrunde:

- (1) Wie sind die Gesundheitskonzepte der Jungen und Mädchen mit Behinderung ausgeprägt?
- (2) Wie sind die Gesundheitskonzepte der Jungen und Mädchen mit Behinderung im Verhältnis zu denen der Jungen und Mädchen ohne Behinderung ausgebildet?
- (3) Besteht ein Zusammenhang zwischen den Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit und anderen Komponenten der Gesundheitskonzepte Jugendlicher?

4.3 Anforderungen an die Untersuchungsplanung

4.3.1 Abhängige Variablen

Die Gesundheitskonzepte werden durch abhängige Variablen operationalisiert, die in folgenden Variablengruppen zusammengefaßt sind:

- a) Einschätzen des Gesundheitszustandes
- b) Einschätzen des Gesundheitszustandes bei der Menstruation
- c) Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit
- d) Stellenwert von Gesundheit
- e) Zufriedenheit mit Gesundheit
- f) Gesundheitsorientiertes Handeln
- g) Kontrollüberzeugungen

Im folgenden werden die Variablengruppen beschrieben.

a) Einschätzen des Gesundheitszustandes

Die Einschätzung des Gesundheitszustandes wird folgendermaßen operationalisiert:

- Einschätzen des momentanen Gesundheitszustandes
- Einschätzen des eigenen Gesundheitszustandes im Lebensverlauf
- Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand
- Einschätzen des Gesundheitszustandes unter Berücksichtigung des Geschlechts
- Einschätzen des Gesundheitszustandes unter Berücksichtigung des Alters
- Einschätzen des Gesundheitszustandes bei bestimmten Beschwerden

b) Einschätzen des Gesundheitszustandes während der Menstruation

Es wird überprüft, ob die Menstruation für die Gesundheitskonzepte der Mädchen bedeutend ist. Für Jungen kann ein Ereignis von ähnlicher Bedeutung nicht abgeleitet werden.

Die Einschätzung des Gesundheitszustandes während der Menstruation wird operationalisiert durch:

- Allgemeine Einschätzung der Menstruation als Gesundheit oder Krankheit
- Persönliche Einschätzung der Menstruation als Gesundheit oder Krankheit
- Erfahrung mit Menstruation

c) Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit

Hinsichtlich Gesundheit und Krankheit kann differenziert werden zwischen einem allgemeinen und einem persönlichen Begriff. Nach Kolip (1994b) entsprechen der allgemeine Gesundheits- und Krankheitsbegriff dem, was Gesundheit und Krankheit grundsätzlich ausmacht. Davon abzuheben sind die persönlichen Gesundheits- und Krankheitsbegriffe, die die subjektive Dimension hervorheben. Darüber hinaus wird überprüft, wie die Jugendlichen Krankheit bewerten und welche Kriterien sie dazu heranziehen.

Dieser Bereich wird operationalisiert durch:

- Allgemeiner Gesundheitsbegriff
- Allgemeiner Krankheitsbegriff
- Persönlicher Gesundheitsbegriff
- Persönlicher Krankheitsbegriff
- Beurteilung von Krankheit
- Kriterien zur Bewertung von Krankheit

d) Stellenwert von Gesundheit

Der Stellenwert von Gesundheit wird eingestuft im Vergleich zu folgenden anderen Werten:

- Einen Freundeskreis haben
- Spaß zu haben
- Geld besitzen
- Gute Schulleistungen erbringen
- Gutes Aussehen
- Für Mädchen einen Freund bzw. für Jungen eine Freundin haben

e) Gesundheitsorientiertes Handeln

Zum gesundheitsorientierten Handeln zählen sowohl Ernährungsverhalten und Drogenkonsum, die hier unter Gesundheitsverhalten zusammengefaßt werden, als auch Lebensweisen, zu denen persönliche Vorlieben oder Merkmale der Lebensgestaltung gehören.

Gesundheitsorientiertes Handeln wird folgendermaßen operationalisiert:

- Überzeugung, durch Handeln auf den Gesundheitszustand einwirken zu können
- Art des gesundheitsorientierten Handelns
- Frequenz des gesundheitsorientierten Handelns

f) Gesundheits- und krankheitsbezogene Kontrollüberzeugungen

Die Kontrollüberzeugungen werden mit dem Instrument von Lohaus und Schmitt (1989b) erhoben, dem Persönlichkeitstest KKG - Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit, der die Kontrollüberzeugungen in drei Skalen mißt:

- Internale Kontrollüberzeugungen
- External fatalistische Kontrollüberzeugungen
- External soziale Kontrollüberzeugungen

4.3.2 Unabhängige Variablen

a) Behinderung

Zum Zweck der Operationalisierung wird Behinderung im Sinne des Deutschen Bildungsrates (vgl. Kapitel II-2.2.1 c) verstanden als erschwerte Teilhabe am Leben der Gesellschaft aufgrund einer Schädigung. Dem besonderen pädagogischen Förderungsbedarf wird auf einer Sonderschule entsprochen. Somit liegt Behinderung vor, wenn die Jugendlichen eine Sonderschule besuchen, sie liegt nicht vor, wenn die Jugendlichen eine Regelschule besuchen. Aufgrund dieser Operationalisierung wird die Variable Behinderung über die Schulform erhoben.

Die unabhängige Variable Behinderung hat zwei Ausprägungen:

- (1) Jugendliche mit Behinderung (Sonderschule),
- (2) Jugendliche ohne Behinderung (Regelschule).

b) Schädigung

Schädigung wird in Anlehnung an die WHO-Definition (vgl. Kapitel II-2) als Verlust oder Anomalie ausschließlich der physiologischen und anatomischen Struktur oder Funktion verstanden. Damit die Art der Schädigung nicht zu breit gestreut ist, sollen Jugendliche untersucht werden, die die Schule für Körperbehinderte besuchen. Sie wird besucht von Jugendlichen sowohl mit sichtbaren Schädigungen wie fehlenden oder fehlgebildeten Gliedmaßen und Schädigungen, die es erfordern einen Rollstuhl oder andere Hilfsmittel zu benutzen als auch ohne sichtbare Schädigungen, beispielsweise mit Organ- oder Hirnschäden oder Stoffwechselerkrankungen.

Die Variable Schädigung liegt ebenfalls in zwei Ausprägungen vor:

- (1) Mit sichtbarer Schädigung,
- (2) ohne sichtbare Schädigung.

Darüber hinaus wird das Geschlecht als unabhängige Variable erhoben.

4.3.3 Moderatorvariablen

Von den folgenden Variablen wird angenommen, daß sie den Einfluß der unabhängigen Variablen auf die Gesundheitskonzepte moderieren.

a) Krankheitserfahrung

Im geplanten Instrument wird die Krankheitserfahrung vorwiegend quantitativ abgefragt, die qualitativen Angaben dienen ihrer Ergänzung:

- Anzahl von Krankenhausaufenthalten
- Anzahl von Arztbesuchen im laufenden Schuljahr
- Fehltage wegen Krankheit
- Gründe für die Krankenhausaufenthalte
- Gründe der Besuche bei Ärztinnen und Ärzten

Hinsichtlich der quantitativen Krankheitserfahrung werden Extremgruppen gebildet. Die Variable liegt in folgenden Ausprägungen vor:

- (1) Viel Krankheitserfahrung,
- (2) wenig Krankheitserfahrung.

b) Erfahrung mit dem Computer

Da das Erhebungsinstrument in Form eines Computerprogramms dargeboten wird, muß kontrolliert werden, ob die Ergebnisse bei Jugendlichen mit unterschiedlicher Computererfahrung variieren.

Die Erfahrung mit dem Computer wird folgendermaßen operationalisiert:

- Erfahrung mit Computern
- Häufigkeit der Benutzung eines Computers
- Dauer der Nutzung
- Besitz eines Computers
- Art der Beschäftigung mit dem Computer

Wie bei der Krankheitserfahrung werden Extremgruppen gebildet, so daß die Variable ebenfalls in zwei Ausprägungen vorliegt:

- (1) Viel Computererfahrung
- (2) wenig Computererfahrung.

Darüber hinaus können die über den Computer erhobenen Ergebnisse der Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit mit vorliegenden Ergebnissen aus schriftlichen Fragebogenerhebungen verglichen werden.

4.3.4 Personenvariablen

Über die genannten Variablen hinaus werden folgende Personenvariablen erhoben:

- Alter
- besuchte Klassenstufe

Jugend kann nicht allein am biographischen Alter festgemacht werden. Da das Entwicklungsalter berücksichtigt werden muß, wird zusätzlich die besuchte Klassenstufe erhoben. Beide Angaben werden verwendet, um die Betroffenen der Gruppe der Jugendlichen zuzuordnen.

Die Probandinnen und Probanden sollen entweder zwischen 13 und 16 Jahre alt sein oder die 6. bis 9. Klasse besuchen.

III Methodik

1 Untersuchungskonzept

1.1 Untersuchungsplan

Untersucht werden sollen die Gesundheitskonzepte von Jugendlichen mit Behinderung; diese sollen den Gesundheitskonzepten Jugendlicher ohne Behinderung gegenübergestellt werden. Außerdem werden innerhalb der Gruppe der Jugendlichen mit Behinderung die Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit sichtbarer Schädigung und ohne sichtbare Schädigung verglichen. Die Daten für die Geschlechtsgruppen werden einzeln erhoben.

Daraus ergibt sich folgender Untersuchungsplan:

Tabelle III-1-1: Untersuchungsplan

	ohne Behinderung	mit Behinderung	
Jungen	Kontrollgruppe	Untersuchungsgruppe mit sichtbarer Schädigung	Untersuchungsgruppe ohne sichtbare Schädigung
Mädchen	Kontrollgruppe	Untersuchungsgruppe mit sichtbarer Schädigung	Untersuchungsgruppe ohne sichtbare Schädigung

Angestrebt wird eine Gesamtstichprobengröße von $N = 150$, für jede der sechs Gruppen $n = 25$.

Die Untersuchung wird von den Jugendlichen einzeln am Computer durchgeführt und von einer Untersuchungsleiterin begleitet. Das Computerprogramm ist selbsterklärend, so daß die Untersuchungsleiterin kaum eingreifen müssen.

Es wird angestrebt, während der Untersuchung innerhalb einer Schule ausschließlich einen Raum zu nutzen, beispielsweise den Computerraum. Während einer Befragung wird der Raum nicht gewechselt. Die Räume in den Schulen sollen über einen Stromanschluß verfügen und keine Durchgangszimmer sein, so daß alle Jugendlichen das Programm ungestört bearbeiten können.

Da immer derselbe Computer mit der erforderlichen Konfiguration für jede der Untersuchungen zur Verfügung steht, sind die Hard- und Softwarebedingungen vergleichbar. Je nach Schädigung kann die Hardware verändert werden, beispielsweise die Druckempfindlichkeit der Tasten oder das Eingabegerät.

1.2 Beschreibung des Erhebungsinstruments

Für die Untersuchung wird ein computerunterstütztes Instrument in Form einer strukturierten Befragung entwickelt.

1.2.1 Darstellung des Computerprogramms

Die computerunterstützte Befragung kann sowohl technisch als auch praktisch mit Lern-Software verglichen werden. Deshalb verläuft die Entwicklung des Erhebungsinstruments analog zu den Phasen der Entwicklung von computerunterstützten Lernprogrammen. Busch (1993) unterscheidet sieben Phasen:

- 1) Analyse
- 2) Projektdefinition
- 3) Programm-Design
- 4) Software-Entwicklung
- 5) Test und Auswertungsphase
- 6) Distribution und Implementation
- 7) Wartung des Programms (vgl. Busch 1993, 131)

Für das vorliegende Projekt sind die ersten fünf Phasen von Bedeutung.

Zu 1) Analyse

Das Programm soll der Erhebung der Gesundheitskonzepte dienen. Die Zielgruppe ist spezifiziert worden mit Jugendlichen, die eine Regelschule oder eine Sonderschule für Körperbehinderte besuchen (vgl. Kapitel II-4.3.2). Die durch Schädigung bedingten besonderen Bedürfnisse für Motorik und Sprache müssen berücksichtigt werden. Das Programm läuft auf einem Computer mit mindestens folgender technischer Ausstattung unter dem Betriebssystem DOS:

- 486-Prozessor
- 8 MB Arbeitsspeicher
- Soundkarte (Soundblaster-kompatibel)
- VGA-Grafikkarte
- Lautsprecher
- AT-Tastatur
- Farbmonitor
- Maus bzw. Trackball (Microsoft-kompatibel)

Zur Programmierung wird das Autorensystem TOPIC in der Version 4.0 der Firma Topic GmbH²³ verwendet, das entwickelt worden ist, um Lern-Software zu program-

²³ Das Programm wurde freundlicher Weise vom Lehrstuhl Prof. Dr. Alexa Franke, Klinische Psychologie und Psychosomatiil, Universität Dortmund, Fachbereich 13: Sonderpädagogik und Rehabilitation zur Verfügung gestellt.

mieren. Es verfügt über Bausteine, die den Anforderungen entsprechend verändert werden und zu einem Programm zusammengesetzt werden.

Zu 2) Projektdefinition

Der Titel des Instruments lautet: 'Gesundheitskonzepte Jugendlicher' (GeKonJu). Es wird in Schulen eingesetzt und soll die Dauer einer Schulstunde nicht überschreiten (45 Minuten). Struktur und Inhalt werden in den folgenden Kapiteln dargestellt.

Zu 3) Programm-Design

Das Programm ist in sechs Teile gegliedert, denen eine unterschiedliche Fragenanzahl zugeordnet ist:

- Soziodemographische Daten (4 Fragen)
- Konstruktionen zu Gesundheit und Krankheit (Mädchen bis zu 24, Jungen bis zu 20 Fragen)
- Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit (22 Fragen)
- Krankheitserfahrung (bis zu 7 Fragen)
- Computererfahrung (bis zu 5 Fragen)
- Beurteilung des Instruments (bis zu 6 Fragen)

Zu Beginn wird das Programm vorgestellt und dessen Bedienung erklärt. Dann folgen die einzelnen Teile, die jeweils durch Informationsseiten auf dem Bildschirm eingeführt werden. Nachdem etwa drei Fünftel des Programms bearbeitet sind, erscheint eine Aktionsseite mit Sound-Unterlegung und grafischer Animation für eine kurze Pause. Auf der letzten Bildschirmseite erfolgt der Dank für die Teilnahme an der Untersuchung.

Die Fragenanzahl je Teil variiert, weil ein interaktives Design vorliegt. Auf zuvor gegebene Antworten wird zurückgegriffen und je nach Antwort werden unterschiedliche Fragen gestellt.

Die Abfolge der Fragen und ihr Zusammenhang untereinander kann dem folgenden Ablaufdiagramm entnommen werden (Abbildung III-1-2).

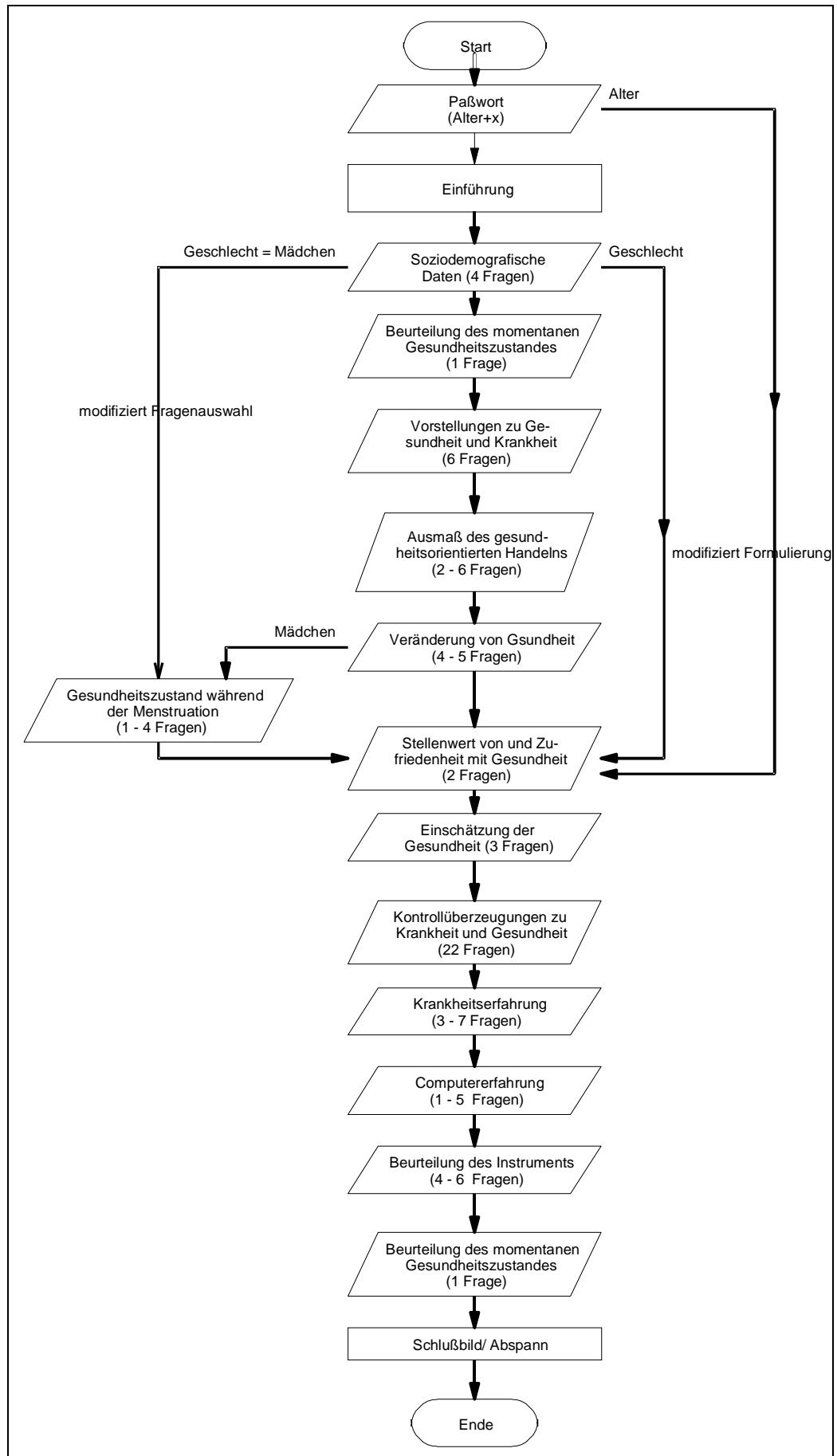


Abbildung III-1-2: Ablaufdiagramm des Computerprogramms

Die Beantwortung der Fragen ist sichergestellt: Fragen mit Mehrfachwahlantworten sind so aufgebaut, daß die Antworten obligatorisch sind. Wird eine Frage nicht beantwortet, kann das Programm nicht weiterlaufen. Über logische Schleifen wird überprüft, ob die zur Frage erforderliche Antwortstruktur eingehalten worden ist (vgl. Abbildung III-1-3).

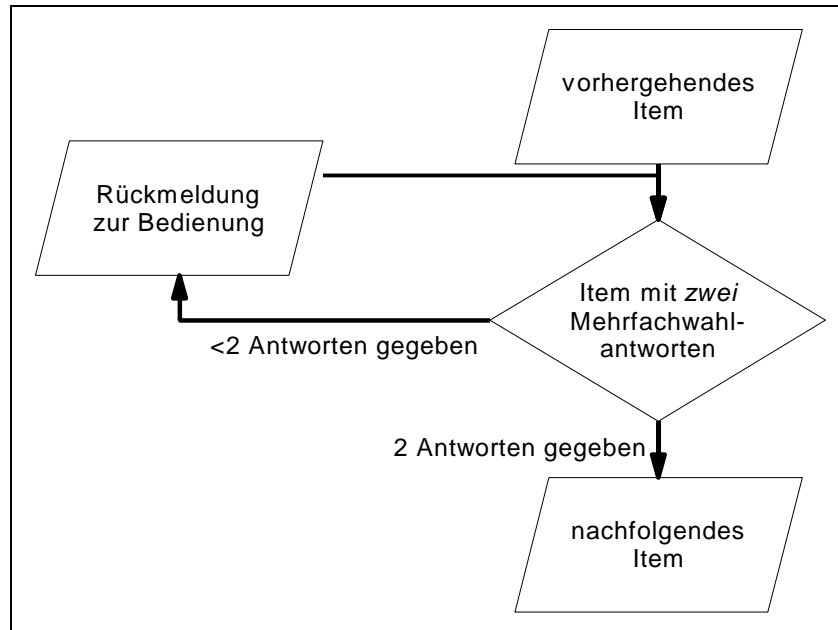


Abbildung III-1-3: Ablaufdiagramm zur Antwortkontrolle bei Mehrfachwahlantworten

Nur bei den offenen Fragen besteht die Möglichkeit nicht zu antworten, wenn nach der vorhergehenden Rückmeldung zum zweiten Mal die Return-Taste bestätigt wird (vgl. Abbildung III-1-4).

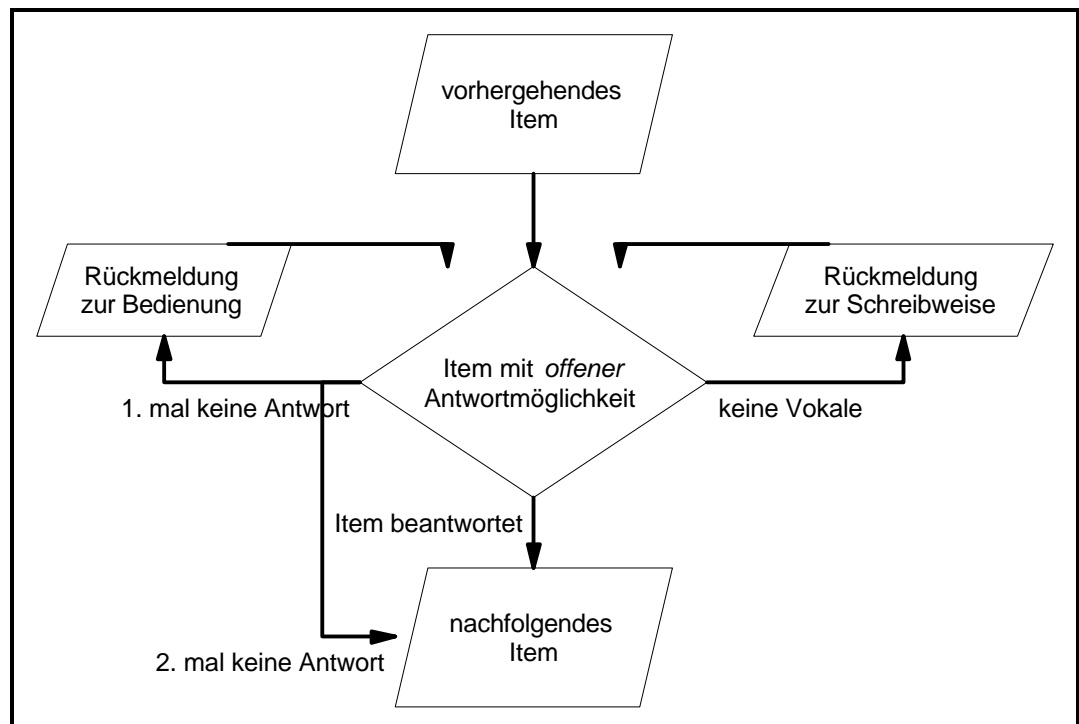


Abbildung III-1-4: Ablaufdiagramm der Antwortkontrolle bei offenen Antworten

Die Antworten der Jugendlichen werden protokolliert und können in einem Editor bzw. dem zum Autorensystem gehörenden Auswertungsprogramm gelesen und weiterbearbeitet werden.

Zu 4) Software-Entwicklung

Das Programm ist in Zusammenarbeit mit Dipl.-Ing. Thomas Brockmann von Januar 1996 bis April 1996 erstellt worden.

Zu 5) Testphase

In einem öffentlichen Jugendtreff der Stadt Dortmund wurde das Programm getestet. An der Voruntersuchung nahmen 14 Jungen und 8 Mädchen teil, die sowohl Sonderschulen für Lernbehinderte und Erziehungshilfe als auch Gesamt- und Realschulen besuchen. Die Jugendlichen waren zum Untersuchungszeitpunkt zwischen 13 und 16 Jahren alt. Sie nahmen an der Untersuchung freiwillig teil und führten sie bis zum Ende durch. Die Jugendlichen bewerteten das Programm positiv. Die Inhalte beurteilten sie als verständlich. Verbesserungsvorschläge der Jugendlichen zur Präsentation wurden berücksichtigt. Programmtechnische Schwierigkeiten traten nicht auf. Die Untersuchungen dauerten zwischen 23 und 42 Minuten.

Zu 6) Fertigstellung

Eine Masterdiskette konnte aus technischen Gründen noch nicht angefertigt werden, so daß das Programm die Installation des Autorensystems TOPIC erfordert, um gestartet werden zu können. Das Programm wird gestartet, indem zunächst TOPIC aufgerufen wird und dann das Symbol mit der Startpistole markiert und bestätigt wird.

1.2.2 Didaktische Umsetzung

Das Erhebungsinstrument soll den Ansprüchen entsprechen, die an Software für Schülerinnen und Schüler gestellt werden. Störmer hat Kriterien erarbeitet, um Software für Schulen zu beurteilen. Er legt dabei einen programmtechnischen, einen fachdidaktischen und einen interaktiven Standard zugrunde (vgl. Störmer 1993, 110). In Hinblick auf die Zielgruppe sind folgende Kriterien relevant für das zu entwickelnde Instrument:

Für den programmtechnischen Standard:

- Betriebssicherheit
- Wiederholbarkeit einzelner Teile
- Übersichtlicher Programmablauf und Bildschirmaufbau

Für den fachdidaktischen Standard

- Abstimmung der Methode auf Ziel und Inhalte
- Art der Darstellungsform

Für den interaktiven Standard

- Eingriffsmöglichkeiten durch die Bearbeitenden
- Umfang der aktivitätsfördernden Rückmeldungen

Elemente des Computerprogramms werden beschrieben, indem sowohl der didaktische, interaktive als auch der programmtechnische Standard einbezogen werden.

a) Phantasiefigur 'Grumpf'

Durch das Programm führt eine Phantasiefigur (vgl. Abb. III-1-5), die sich zu Beginn des Programms als 'Grumpf' vorstellt. Sie beschreibt, wie das Programm bedient wird, erläutert die Fragen, gibt Rückmeldungen und verabschiedet die Jugendlichen am Ende des Programms.

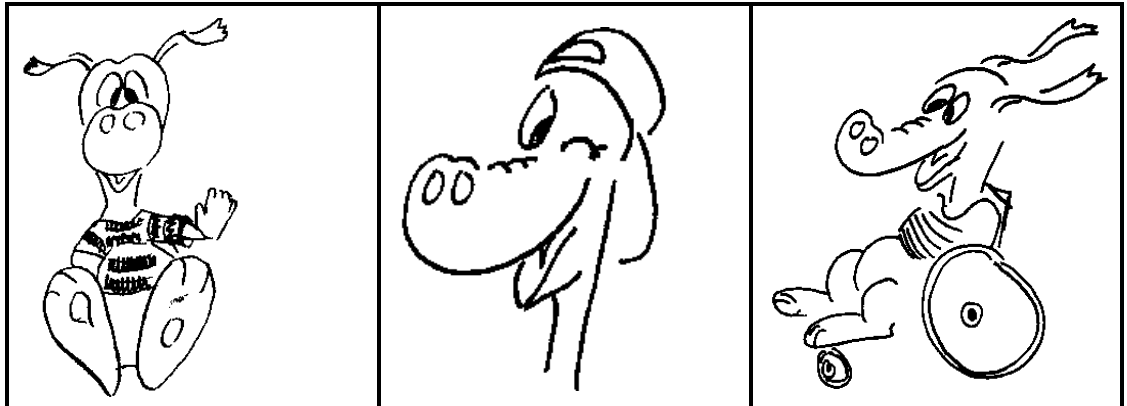


Abbildung III-1-5: Phantasiefigur

b) Bildschirmseiten

Die sechs Teile des Programms werden durch unterschiedliche Bildschirmfarben voneinander abgehoben.

Je nach Funktion der Bildschirmseite werden sie unterschiedlich aufgebaut (vgl. Götz und Häfner 1991, 173 f.). Zu unterscheiden sind:

Die Informationsseite:

Unmittelbar vor jedem Teil informiert eine Bildschirmseite über das folgende Thema. Diese Informationsseite enthält eine Kopfleiste, in der das Thema genannt wird. Grumpf ist auf dem farbigen Hintergrund dargestellt und erklärt in einer Sprechblase den folgenden Teil. Während die Seite aufgebaut wird, wird Musik eingespielt. Wenn eine beliebige Taste gedrückt wird, erscheint die nächste Seite.

Die Frageseite:

Die Frageseite enthält außer der Kopfzeile auch eine Fußzeile, mit deren Hilfe die Teilnehmenden in das Programm eingreifen können. Sie enthält Symbole, um das Hilfefenster aufzurufen, das Programm zu unterbrechen und vorhergehende Fragen zu wiederholen bzw. um vor- und zurückzublättern. Die Symbole können sowohl mit der Maus markiert und aktiviert werden als auch über die abgebildeten Tasten auf der Tastatur bedient werden. Jeder Fragentyp ist mit einer eigenen Bildschirmdarstellung verbunden und wird sukzessive aufgebaut.

Die Präsentationsseite:

Nach komplexen Fragen wird die Antwort auf einer Präsentationsseite dargestellt; ihr Aufbau entspricht dem der entsprechenden Frageseite. Darüber besteht die Möglich-

keit, die Antwort zu korrigieren. Erst nachdem die Return-Taste ein weiteres Mal bedient worden ist, erscheint die nächste Bildschirmseite.

c) Rückmeldung und Hilfefunktion

Zu jedem Fragetyp wird ein eigenes Hilfefenster programmiert. Es erscheint, um einen Fragetyp zu erklären, der zum ersten mal verwendet wird. Die Hilfefunktion kann über Tasten bzw. mit der Maus angefordert werden. Zur vorhergehenden Frage kann zurückgesprungen werden und diese kann zur Korrektur ein weiteres Mal bearbeitet werden.

Mit Hilfe der Rückmeldung wird auf die Antwortmöglichkeit hingewiesen. Je nach Funktion ist sie mit unterschiedlichen Melodien unterlegt. Bei den ersten Fragen erscheinen jedes Mal Rückmeldungen, um die richtige Bedienung des Computers zu unterstützen. Rückmeldungen erscheinen außerdem, wenn eine Frage nicht vollständig beantwortet worden ist.

Am Ende erhalten die Jugendlichen eine Urkunde als Dank für die Teilnahme an der Untersuchung (siehe Anhang).

d) Textpräsentation

Die Texte werden mindestens in Schriftgrad 14 in serifenloser Schrift dargestellt, ähnlich der Schrift in Schulbüchern. Wichtiges wird durch Fettdruck hervorgehoben, unterschiedliche Information wird durch verschiedene Schrifttypen voneinander getrennt (vgl. Euler 1987, 46). Die Frage- und Antworttexte erscheinen in einem anderen Schrifttyp als die Rückmeldungen und Hilfetexte, ein dritter Schrifttyp für die Kopfzeile und die Informationsseite verwendet.

Zur Textpräsentation sind auch die Formulierungen zu zählen: Die Jugendlichen werden persönlich angesprochen, indem beispielsweise ihr Name in die Frage eingeflochten wird. Daß ihre subjektive Meinung erwünscht ist, wird durch Personalpronomen unterstrichen. Beispielsweise wird eine offene Antwort eingeleitet mit: 'Ich, *Name*, fühle mich völlig gesund, wenn ...', Fragen werden begleitet von Appellationen: 'Wie ist das bei Dir?'. Darüber hinaus wird der Text so formuliert, daß die Bildschirmseite für sich verständlich ist, indem gegebenenfalls auf Antworten von vorhergehenden Seiten Bezug genommen wird: 'Du hast eben angegeben, daß Du ...'.

e) Animation

Grafik wird eingesetzt, um Bildschirmseiten zu strukturieren und Information zu unterstreichen oder vorwegzunehmen. Grafikelemente werden auf den Frageseiten sehr sparsam verwendet, um die Jugendlichen nicht abzulenken. Sie beschränken sich neben Kopf- und Fußzeile auf textumlaufende Kästen, um die Seite einerseits zu strukturieren und andererseits den Text hervorzuheben.

Auf den Informationsseiten, die die Teile des Instruments voneinander trennen, werden grafische Elemente eingefügt, um die Bildschirmseite aufzulockern. Der Aufbau der Seite wird mit Musik unterlegt. Die Phantasiefigur Grumpf erscheint in einer zum vorhergehenden Thema passenden Pose und erläutert dann in einer neutralen Haltung das folgende Thema, um Antworten nicht vorwegzunehmen.

Die Rückmeldungen werden stets von Grumpf begleitet, wobei bestimmte Posen für unterschiedliche Rückmeldungen gewählt werden. Sie erscheinen als Textfenster und verschwinden, nachdem die Return-Taste betätigt worden ist. Die Rückmeldungen werden von unterschiedlichen Akkorden unterlegt, so daß die Funktion der Rückmeldung erkannt werden kann, auch ohne den Text zu lesen: Werden Hinweise zur Bearbeitung gegeben, erklingt eine abwärts gehende chromatische Tonfolge, wird bestätigt, erklingt ein Pfiff und Applaus.

f) Lesezeichen

Das Geburtsdatum in Verbindung mit einem Kürzel, das die besuchte Schule bezeichnet, dient als Lesezeichen bzw. Paßwort. Den Jugendlichen ist es möglich, das Programm zu unterbrechen, indem sie eine Taste bedienen. Später können sie das Programm an dieser Stelle wieder aufnehmen, wenn sie ihr Paßwort eingeben.

1.2.3 Aufbau des Inhalts

Die Inhalte sind zu sechs Themenblöcken zusammengefaßt (vgl. Kapitel III-1.2.1), deren Reihenfolge auf folgenden inhaltlichen und methodischen Überlegungen beruht:

Das Programm beginnt mit den soziodemographischen Fragen (Name, Geschlecht, Alter, Klassenstufe), weil diese leicht zu beantworten sind, so daß die Jugendlichen sich darauf konzentrieren können, wie der Computer bedient wird. Die Fragen zu Gesundheit werden den anderen Teilen vorangestellt. So werden sie unabhängig von den durch das Instrument erhobenen Komponenten der Gesundheitskonzepte beantwortet. Die Kontrollüberzeugungen sollen erhoben werden, ohne daß die Jugendlichen zuvor über ihre Krankheitserfahrung nachgedacht haben, um die Aufmerksamkeit nicht auf Krankheit zu lenken. Die Fragen zu den Moderatorvariablen, Krankheitserfahrung und Computererfahrung, werden erhoben, nachdem die Fragen zu den unabhängigen Variablen erfaßt worden sind. Abschließend folgt die Beurteilung des Instruments.

Für jeden der sechs Themenbereiche werden die Fragen ihrer Reihenfolge entsprechend dargestellt und erläutert. Wenn nicht anders angegeben, ist die Reihenfolge vorgegebener Antwortmöglichkeiten zufällig ausgewählt.

Gegebenenfalls wird im Anschluß an die dargestellten Themenbereiche der Ablauf und Zusammenhang mit anderen Fragen schematisch dargestellt.

a) Soziodemographische Daten

Frage

Paßwort

Erläuterung

Geburtsdatum und ein Kürzel für die besuchte Schule werden von der Untersuchungsleiterin eingegeben. Sie bilden den Namen der Datei sowie ein Lesezeichen (vgl. Kapitel III-1.2.2).

Wie ist Dein Vorname?

Durch die Vornamen können Jugendlichen persönlich angesprochen werden (siehe Kapitel III-1.2.2).

Bist Du ein Junge oder ein Mädchen? Bitte kreuze an.

Das Geschlecht wird als Variable festgehalten und ermöglicht spezifische Frageformulierungen und Fragensauswahl.

- Ich bin ein Mädchen!
- Ich bin ein Junge!

In welche Klasse gehst Du?

- In die **5.** Klasse.
- In die **6.** Klasse.
- In die **7.** Klasse.
- In die **8.** Klasse.
- In die **9.** Klasse.
- In die **10.** Klasse.

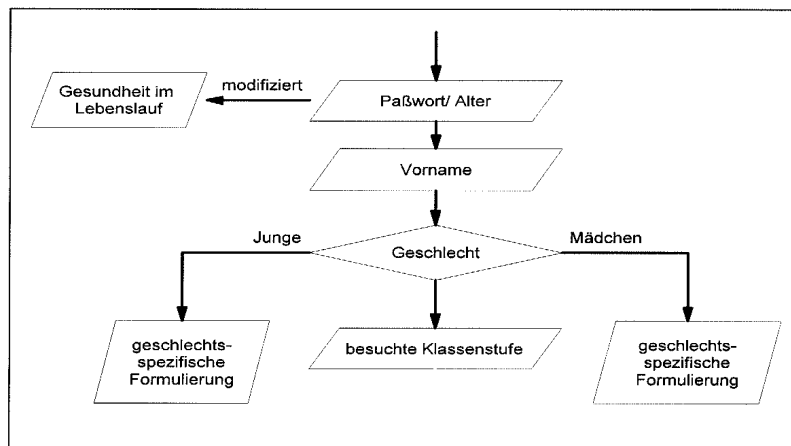


Abbildung III-1-6: Fragen zu soziodemographischen Daten: Ablauf und Einordnung in den Gesamtablauf

b) Konstruktionen zu Gesundheit und Krankheit

Bezüglich der Einschätzung des Gesundheitszustandes sind Mehrfachwahlantworten mit einer Antwortmöglichkeit konzipiert worden.

Frage

Was meinst Du, bist Du gesund?

- Ja, ich bin gesund.
- Nein, ich bin nicht gesund.
- Kann ich nicht sagen.

Du bist nun schon xx²⁴ Jahre alt. Wenn Du zurückdenkst, hat sich Deine Gesundheit im Laufe Deines Lebens verändert?

Denke an die Zeit zurück, als Du ganz klein warst, **3 Jahre und jünger**. Wie war Deine Gesundheit da? War sie ...

Stell Dir die Zeit vor, bevor Du in die Schule kamst, **zwischen 4 und 6 Jahren**?

Denke zurück, als Du zur Grundschule gegangen bist, **zwischen 7 und 10 Jahren**.

Und jetzt denke an die Jahre als Du **zwischen 11 und 13 Jahren** alt warst?

Und **heute**? Wie, würdest Du sagen, ist deine Gesundheit seit Du 14 Jahre alt bist bis heute? Ist sie ...

- super
- gut
- mittel
- nicht so gut
- schlecht

Wer, meinst Du, ist gesünder? Kreuze an.

- Mädchen
- Jungen
- Keiner von beiden.

Wer, meinst Du, ist gesünder? Kreuze an.

- Jugendliche
- Erwachsene
- Keiner von beiden.

Erläuterung

Der momentane Gesundheitszustand soll vor und nach der Untersuchung beurteilt werden..

Der Gesundheitszustand im Lebensverlauf wird durch die Antworten der Jugendlichen als Diagramm dargestellt. Die festgesetzten Altersabschnitte orientieren sich an markanten Übergängen, die im Leben von Kindern und Jugendlichen von Bedeutung sind und ca. drei bis vier Jahre umfassen: Kindergarten, Grundschulzeit und weiterführende Schule.

Zur Einschätzung wird jeder Altersabschnitt einzeln eingeblendet.

Folgende Mehrfachwahlantwortmöglichkeiten bestehen jeweils für die Fragen.

Der Gesundheitszustand soll von den Jugendlichen unter Berücksichtigung des Geschlechts eingeschätzt werden.

Ebenso soll er unter Berücksichtigung des Alters eingeschätzt werden.

²⁴ Altersangabe, aus Paßwort errechnet

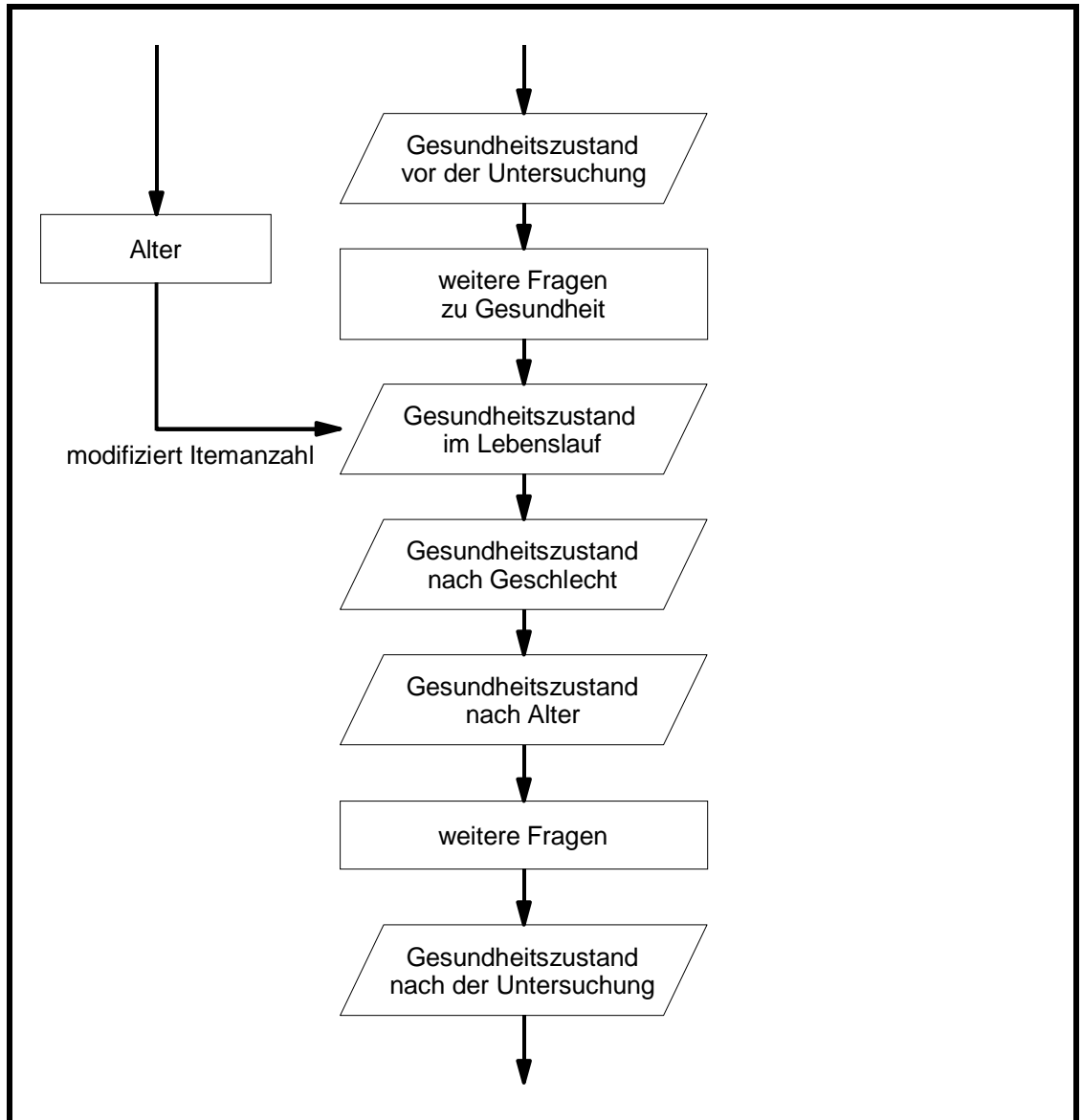


Abbildung III-1-7: Einschätzen des Gesundheitszustandes: Ablauf und Einordnung in den Gesamtablauf

Die Mädchen werden gebeten, den Gesundheitszustand während der Menstruation einzuschätzen.

Frage

Was meinst Du? Sind Mädchen, wenn sie ihre Regel haben, krank?

- Ja
- Nein

Wann hattest Du das letzte Mal Deine Regel?

- Ich habe meine Regel noch nicht.
- Ich hatte sie vor etwas längerer Zeit.
- Ich hatte sie vor kurzem.
- Ich habe sie zur Zeit.

Und wie ist das bei Dir? Wenn Du Deine Regel bekommst, fühlst Du Dich dann krank?

Erläuterung

Diese Frage wird allen Mädchen gestellt und soll erheben, wie sie grundsätzlich den Gesundheitszustand während der Menstruation einschätzen.

Mit dieser Frage wird überprüft, wie präsent die letzte Menstruation ist und welche der Mädchen ihre Menstruation schon haben.

Die Mädchen sollen angeben, inwieweit

- trifft sehr zu
- trifft zu
- trifft eher zu
- trifft eher nicht zu
- trifft gar nicht zu

Und wie ist das bei Dir? Wenn Du Deine Regel bekommst, fühlst Du Dich dann gesund?

Antwortskala siehe oben

sie sich während der Menstruation gesund fühlen.

Die Antwort soll auf einer Sechs-Punkte-Skala markiert werden.

Die Mädchen sollen angeben, inwieweit sie sich während der Menstruation krank fühlen.

Die Antwort soll auf einer Sechs-Punkte-Skala markiert werden.

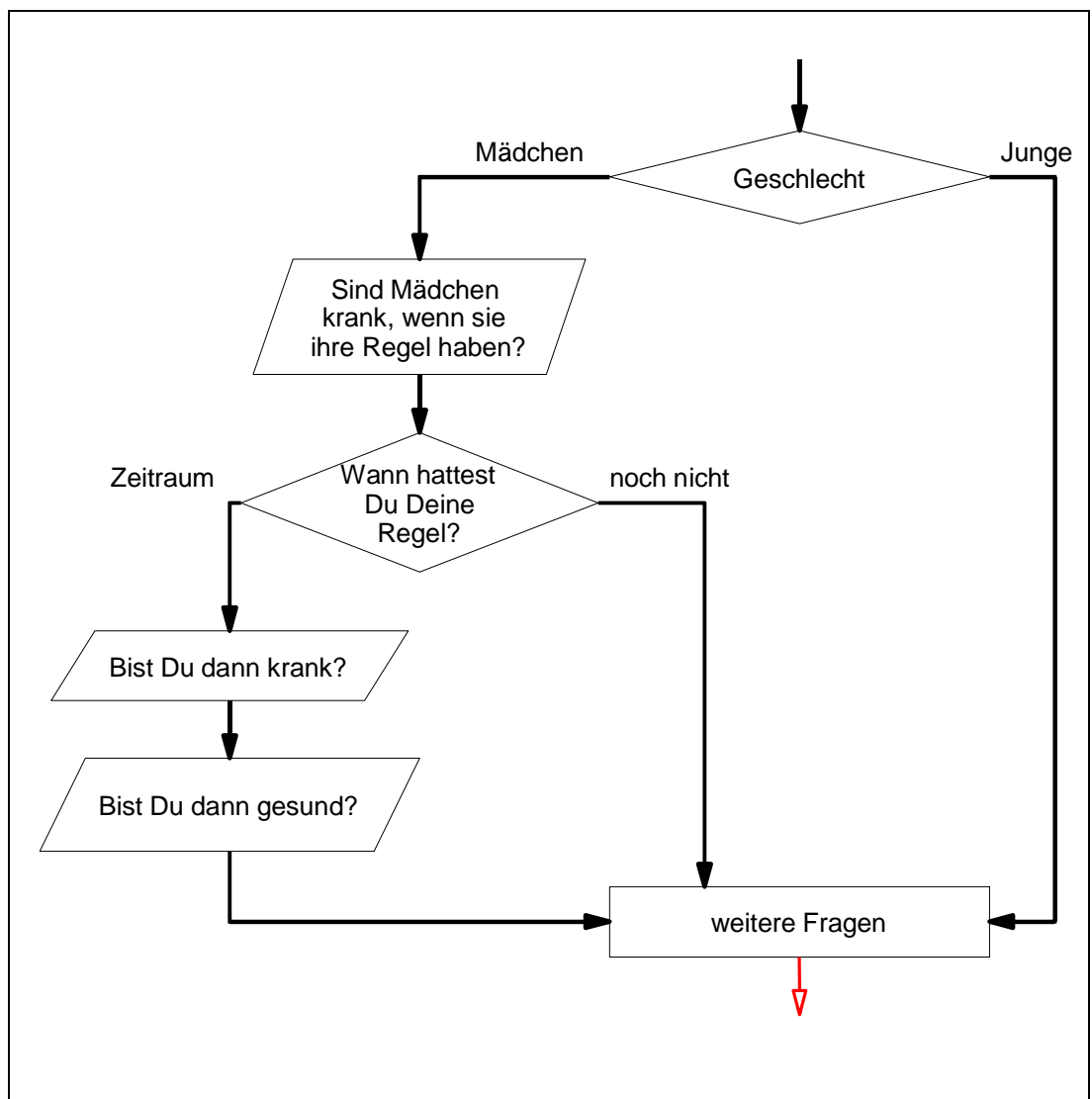


Abbildung III-1-8: Einschätzung des Gesundheitszustandes während der Menstruation: Ablauf und Einordnung in den Gesamtablauf

Mit fünf Fragen werden die Vorstellungen der Jugendlichen zu Gesundheit und Krankheit erhoben.

Frage

Erläuterung

Zunächst werden offene Fragen analog den Fragen der Untersuchungen von Kolip (1994b) und von Nordlohne und Kolip (1994) gestellt. Auf diese Weise können die Jugendlichen ihre eigenen Gedanken formulieren, ohne daß ihre Aufmerksamkeit auf bestimmte Aspekte von Gesundheit gerichtet worden ist.

Es gibt Menschen, die machen sich Gedanken darüber, was Gesundheit ist. Hast Du auch schon einmal darüber nachgedacht?

Allgemeiner Gesundheitsbegriff

Was, meinst Du, ist Gesundheit?

Und was, meinst Du, ist Krankheit?

Allgemeiner Krankheitsbegriff

Stelle Dir vor, Du fühlst Dich völlig gesund. Wie ist das?

Persönlicher Gesundheitsbegriff

Versuche, es zu beschreiben:

Ich, nnn²⁵, fühle mich rundherum gesund, wenn ich ...

Kannst Du auch beschreiben, wie das ist, wenn Du krank bist?

Persönlicher Krankheitsbegriff

Ich, nnn²⁶, fühle mich richtig krank, wenn ich ...

Womit würdest Du Gesundheit am ehesten vergleichen?

Die Jugendlichen sollen Gesundheit mit vorgegebenen Metaphern vergleichen. Die Metaphern stehen für verschiedene Dimensionen von Gesundheit: Gesundheit als Gleichgewicht, Gesundheit als Pol eines Kontinuums, Gesundheit als Gegenteil von Krankheit und Gesundheit als Funktions- oder Leistungsfähigkeit²⁷.

Mit einem **Mobile**. Wenn es im Gleichgewicht ist, ist man gesund.

Mit einem **Lineal**. Bei 0 cm ist absolute Krankheit, bei 30 cm ist absolute Gesundheit. Irgendwo dazwischen befindet sich jeder Mensch.

Mit einem **Luftballon**. Entweder er ist voll Luft, dann ist man gesund oder er ist leer, dann ist man krank.

Mit einer **Uhr**. Wenn sie die Zeit richtig anzeigt, ist man gesund, wenn sie nachgeht, ist man krank.

Die Beantwortung ist obligatorisch, damit die Gesundheitsvorstellungen auch von den Jugendlichen erhoben werden, die auf

²⁵ Hier wird der Name des oder der Jugendlichen eingefügt.

²⁶ siehe 26

²⁷ Die Übereinstimmung der Dimensionen mit den Metaphern wurde überprüft, indem drei fachlich orientierte Wissenschaftlerinnen und fünf Personen, die nicht mit dem Thema vertraut waren, die Dimensionen den Metaphern zugeordnet haben, nachdem ihnen die Dimensionen erläutert wurden.

Weißt Du eigentlich immer ganz genau, ob Du krank oder gesund bist?
Wann fühlst Du Dich krank und wann gesund?

- Wenn ich müde bin, dann bin ich
- Wenn ich einen Schnupfen habe,
- Wenn ich Bauchweh vor einer Klassenarbeit habe, ...
- Wenn ich mir einen Arm breche,...
- Wenn ich Schmerzen habe, ...
- Wenn ich Kummer habe oder traurig bin, ...

- richtig krank
- krank
- eher krank
- eher gesund
- gesund
- völlig gesund

Da der Ablauf zu diesem Bereich keine Besonderheiten aufweist, wird er nicht in einem Ablaufdiagramm dargestellt.

Der Stellenwert der Gesundheit und die Zufriedenheit mit der Gesundheit werden mit folgenden Fragen erhoben:

Frage

Was ist für Dich wichtig im Leben? Verschiedenen Menschen sind unterschiedliche Dinge wichtig.

Bestimme die vier Begriffe, die Dir am wichtigsten sind. Klicke mit der Maus den wichtigsten Begriff zuerst an, dann den zweitwichtigsten und so weiter.

- Freunde haben
- Gesund sein
- Einen Freund/ Eine Freundin haben²⁸
- Gute Zensuren haben
- Geld haben
- Spaß haben
- Gut aussehen

Wie zufrieden bist Du mit Deiner Gesundheit? Gib das bitte unten auf der Skala an.

die offenen Fragen keine oder nicht auswertbare Antworten gegeben haben.

Die Jugendlichen werden gebeten, einzuschätzen, wie sie sich bei den beschriebenen Beschwerden fühlen. Neben drei körperlichen Beschwerden (Schnupfen, Armbruch, Schmerzen), betreffen die drei weiteren Beispiele den psychosomatischen Bereich.

Antwortskala.

Erläuterung

Um zu erfassen, welchen Stellenwert Gesundheit für die Jugendlichen hat, sollen die Jugendlichen verschiedene Werte ihrer Wichtigkeit nach ordnen; einer dieser Werte ist Gesundheit.

Aus den sieben nebenstehenden Begriffen sollen die vier wichtigsten ausgewählt werden.

Die Reihenfolge der gegebenen Antworten wird den Jugendlichen im Anschluß an die Beantwortung noch einmal gezeigt und kann gegebenenfalls verändert werden.

Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit wird erhoben, indem die Jugendlichen diese auf einer Sechs-Punkte-Skala einordnen.

²⁸ Je nach Geschlecht erscheint hier bei Mädchen 'Freund' und bei Jungen 'Freundin'.

- sehr zufrieden
- zufrieden
- eher zufrieden
- eher unzufrieden
- unzufrieden
- völlig unzufrieden

Antwortskala

Auch der Ablauf dieser Fragen wird nicht eigens dargestellt.

Mit den folgenden Fragen wird das Ausmaß des gesundheitsorientierten Handelns der Jugendlichen erhoben.

Frage

Kannst Du selbst etwas dafür tun, damit Du gesund bleibst?

- Ja, das kann ich.
- Nein, das kann ich nicht.

Du kannst also nichts für Deine Gesundheit tun. Was könntest Du von den folgenden Dingen tun, um gesund zu bleiben? Kreuze **zwei** Dinge (oder nur die letzte Antwort) an!

- Obst und Gemüse essen.
- Musik hören oder machen.
- Viel mit Freunden und Freundinnen unternehmen.
- Regelmäßig zum Arzt oder zur Ärztin gehen.
- Viel an der frischen Luft sein.
- Versuchen, in der Schule mitzukommen
- Nein, ich kann nichts für meine Gesundheit tun.

Einige Leute tun bestimmte Dinge, um gesund zu bleiben.

Welche dieser Dinge tust Du für Deine Gesundheit? Kreuze bitte diesmal **zwei** Antworten an!

- Ich esse Obst und Gemüse.
- Ich mache oder höre Musik.
- Ich unternehme viel mit Freunden und Freundinnen.
- Ich gehe regelmäßig zum Arzt oder zur Ärztin.
- Ich bin viel an der frischen Luft.
- Ich versuche, in der Schule mitzukommen.

Du hast eben angegeben, daß Du, um gesund zu bleiben ...(Antwort 1 aus vorhergehender Frage).

Wie oft tust Du das? Kreuze bitte an.

Du hast eben angegeben, daß Du, um gesund zu bleiben ...(Antwort 2 aus vorhergehender Frage).

Wie oft tust Du das? Kreuze bitte an.

Erläuterung

Zunächst soll erfaßt werden, ob die Jugendlichen glauben, ihre Gesundheit beeinflussen zu können.

Die Jugendlichen, die die vorhergehende Frage verneint haben, werden nach den hypothetischen Möglichkeiten gefragt, etwas für ihre Gesundheit tun zu können.

Zwei Antworten sollen gegeben werden, um festzustellen, ob die Jugendlichen eine der Antwortkategorien präferieren.

Wurde die erste Frage dieses Themenblocks mit 'Ja' beantwortet, wird die Frage wie nebenstehend präsentiert.

Die Antworten werden vorgegeben, da diese über Gesundheitsverhalten hinausgehen und die Perspektive für gesundheitsorientiertes Handeln im weiteren Sinne öffnen sollen.

Bei beiden Antworten wird außerdem nach der Frequenz des Handelns gefragt. Die beiden Fragen erscheinen nacheinander.

- Tue ich sehr oft.
- Tue ich oft.
- Tue ich regelmäßig.
- Tue ich manchmal.
- Tue ich selten.
- Tue ich sehr selten.

Die Frequenz soll auf der nebenstehenden Antwortskala angegeben werden.

Du hast nun schon zwei Dinge genannt, die Du für Deine Gesundheit tust. Tust Du noch andere Dinge?

Mit dieser Frage wird überprüft, ob sich für die Jugendlichen darüber hinaus noch Möglichkeiten ergeben, auf ihre Gesundheit einzuwirken.

- Ja
- Nein

Was tust Du noch für Deine Gesundheit?

Wurde die Frage mit 'Ja' beantwortet, können sie diese im Anschluß nennen.

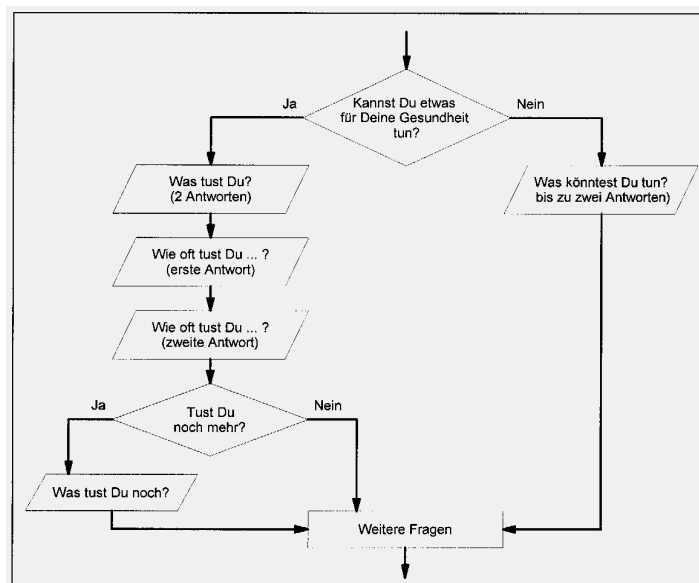


Abbildung III-1-9: Gesundheitsorientiertes Handeln: Ablauf und Einordnung in den Gesamtablauf

c) Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit

Der Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG) von Lohaus und Schmitt (1989b) mißt die bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit.

Theoretische Grundlage ist die soziale Lerntheorie Rotters (1966) in Erweiterung von Levenson (1974). Der Fragebogen ist orientiert an der Multidimensional Health Locus

of Control Scale (MHLC) von Wallston, Wallston und DeVellis (1978) entwickelt worden. Er liegt in einer Version für Jugendliche (ab 12 Jahren) und Erwachsene vor. Er umfaßt 21 Aussagen darüber, wer für Gesundheit und Krankheit verantwortlich gemacht wird. Je sieben Aussagen werden zu einer Skala zusammengefaßt, insgesamt liegen drei Skalen vor:

- 1) Internalität (I): Verantwortung liegt beim Subjekt
- 2) Externalität (P): Verantwortung liegt bei anderen Autoritäten (soziale Externalität)
- 3) Externalität ©: Verantwortung liegt beim Schicksal (fatalistische Externalität)

Zur Auswertung werden je Aussage 1 bis 6 Punkte vergeben. Die Rohwerte liegen zwischen 7 und 42 Punkten; hohe Werte entsprechen hohen Kontrollüberzeugungen.

Normierungstabellen stehen für Jugendliche zwischen 12 und 20 Jahren (Stichprobe n = 1092) und für Erwachsene zwischen 21 und 65 Jahren (Stichprobe n = 420) zur Verfügung.

Darüber hinaus können die Daten mit einer Stichprobe erkrankter Jugendlicher (n = 180) und erkrankter Erwachsener (n = 198) verglichen werden. Die Jugendlichen der Stichprobe hatten folgende Krankheiten:

- Anfallserkrankungen (n = 24)
- Hämophilie (n = 14)
- Morbus Crohn (n = 23)
- Mukoviszidose (n = 39)
- Diabetes mellitus (n = 25)
- Asthma bronchiale (n = 40)
- Alopecia areata (n = 15)

Außerdem liegen Daten von Kontrollüberzeugungen Gesunder vor, deren Aufmerksamkeit bei der Bearbeitung des Fragebogens auf folgende Erkrankungen gerichtet war:

- Kopfschmerzen
- Grippe
- Zahnschmerzen
- Kinderkrankheiten

Frage

21 Aussagen zu Kontrollüberzeugungen von Gesundheit und Krankheit (vgl. Lohaus und Schmidt 1989b)

- trifft gar nicht zu
- trifft nicht zu
- trifft eher nicht zu
- trifft eher zu
- trifft zu
- trifft sehr zu

Erläuterung

Die Aussagen werden entsprechend dem vorliegenden Fragebogen wortgetreu eingegeben und die Skala wird übernommen (siehe Anhang A3).

Die Aussagen sollen von den Jugendlichen auf einer Sechs-Punkte-Skala mit nebenstehenden Kategorien eingeschätzt werden.

An welche Beschwerden hast Du gedacht? Die letzte Frage wird ebenfalls aus dem vorliegenden Fragebogen übernommen.

Der Ablauf dieses Themenbereichs sowie dessen Zusammenhang mit anderen Fragen des Erhebungsinstruments weist keine Besonderheiten auf und wird deshalb nicht eigens dargestellt.

d) Krankheitserfahrung

Die Krankheitserfahrung wird sowohl quantitativ als auch qualitativ erhoben.

Frage

Die meisten Menschen sind im Krankenhaus geboren. Wie ist das bei Dir? Warst Du nach Deiner Geburt noch einmal im Krankenhaus?

- Ja
- Nein

Denke an die Zeit vor Deiner Einschulung. Wie oft warst Du damals im Krankenhaus? Kreuze an.

- gar nicht
- 1 mal
- 2 mal
- 3 mal
- mehr als 3 mal

Denke jetzt an die Zeit seit Du zur Schule gehst bis heute. Wie oft warst Du da im Krankenhaus?

- gar nicht
- 1 mal
- 2 mal
- 3 mal
- mehr als 3 mal

Du warst also bereits im Krankenhaus. Was waren die Gründe dafür?

Was meinst Du, wie oft warst Du seit den letzten Sommerferien beim Arzt oder bei der Ärztin?

- gar nicht
- 1 oder 2mal
- 3 bis 5mal
- 6 bis 10mal
- mehr als 10mal

Du warst seit den letzten Sommerferien beim Arzt oder bei der Ärztin. Weißt Du noch warum?

Denke noch einmal an das letzte Schuljahr zurück. Wie viele Tage warst Du seit den Sommerferien nicht in der Schule, weil Du

Erläuterung

Zunächst werden die Jugendlichen gefragt, ob sie schon einmal im Krankenhaus waren und gegebenenfalls zum nächsten Frageblock geführt, der Erfahrung mit Ärztinnen und Ärzten.

Waren sie schon im Krankenhaus, wird die Anzahl der Aufenthalte vor bzw. seit der Einschulung erfragt. Die Einteilung in zwei markante Zeiträume dient als Erinnerungshilfe.

Die Gründe der Aufenthalte werden mit einer offenen Frage erhoben.

Die Erfahrung mit Ärztinnen und Ärzten wird ebenfalls in ihrer Anzahl festgehalten. Um für die Jugendlichen überschaubar zu sein, bezieht sich der Zeitraum auf das vergangene Schuljahr.

Bei den Jugendlichen, die innerhalb des laufenden Schuljahres Ärztinnen oder Ärzte konsultiert haben, werden die Gründen erhoben.

Die Anzahl der Tage, die die Jugendlichen wegen Krankheit nicht zur Schule gegan-

krank warst?

gen sind, wird ebenfalls festgehalten. Als überschaubarer Zeitraum wird wieder das laufende Schuljahr gewählt.

Wenn Du es nicht genau weißt, darfst Du auch schätzen.

_____ Tage

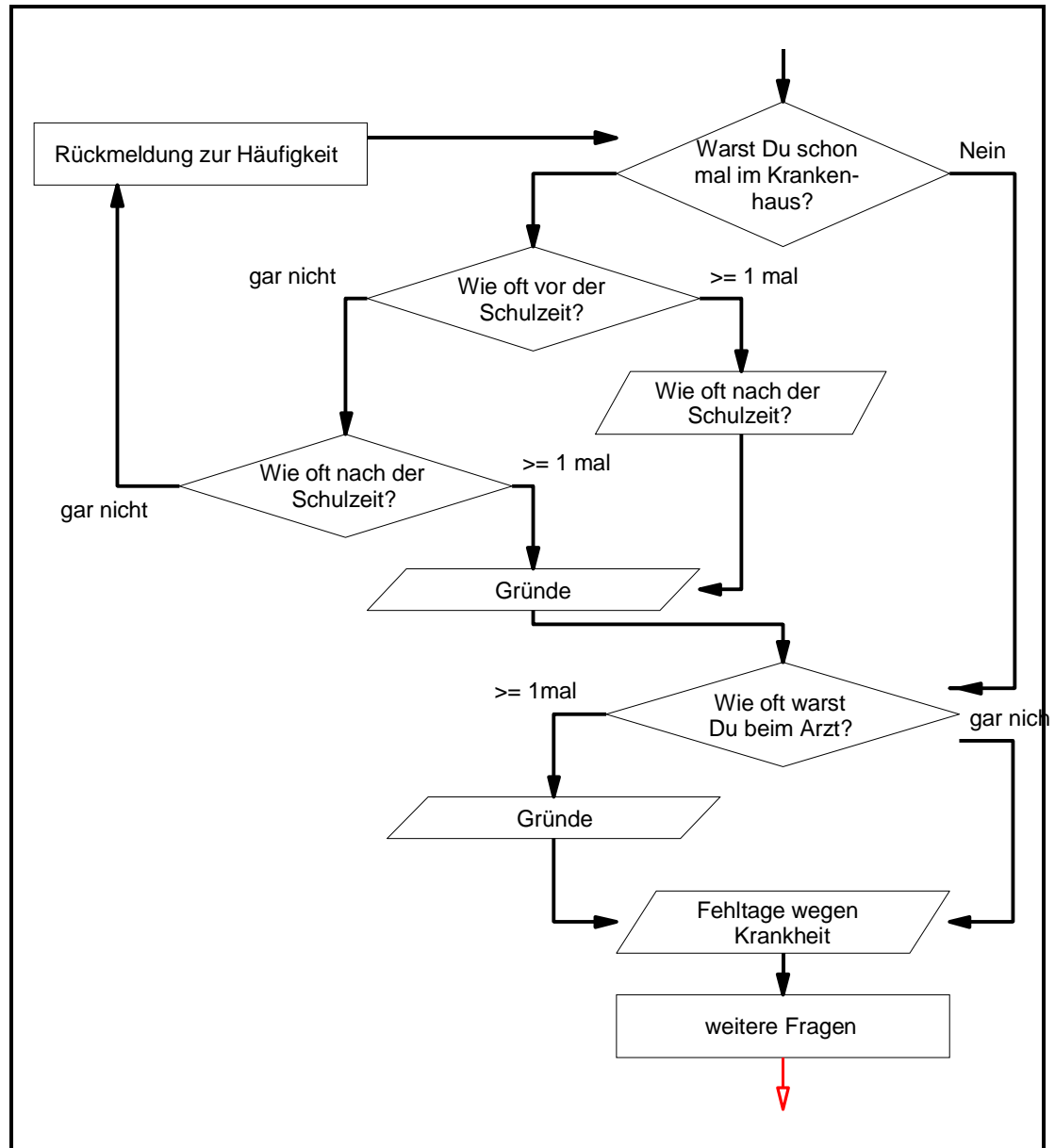


Abbildung III-1-10: Krankheitserfahrung: Ablauf und Einordnung in den Gesamtablauf

e) Erfahrung im Umgang mit dem Computer

Die folgenden Fragen sind analog denen der Untersuchung von Konrad (1989) formuliert worden.

Frage

Erläuterung

Hast Du schon einmal vorher an einem Computer gespielt oder gearbeitet?

Mit dieser Frage wird überprüft, ob die Jugendlichen schon einmal an einem Computer gearbeitet oder gespielt haben.

Ja

Nein

Ist dies nicht der Fall, werden alle weiteren Fragen zum Computer übersprungen.

Wie oft beschäftigst Du Dich denn ungefähr mit dem Computer?

Häufigkeit der Nutzung

- Täglich.
- Mehrmals in der Woche.
- 1 oder 2mal die Woche.
- Seltener als 1mal die Woche.

Wofür benutzt Du den Computer am häufigsten?

Beschäftigungsart

- Zum Spielen.
- Zum Programmieren.
- Zum Musik machen.
- Zum Arbeiten, in der Schule oder für Hausaufgaben.

Wenn Du einmal am Computer sitzt, wie lange bleibst Du dann dabei?

Beschäftigungsdauer

- Ein paar Minuten.
- Eine halbe Stunde.
- Eine Stunde.
- Zwei Stunden.
- Drei Stunden.
- Länger als drei Stunden.

Besitzt Du einen eigenen Computer?

Computerbesitz

- Ja
- Nein

Da er Ablauf der Fragen weitgehend linear ist, wird er nicht grafisch dargestellt.

f) Beurteilung des Instruments

Die Beurteilung des Instruments durch die Jugendlichen ist für die Weiterentwicklung oder Verbesserung notwendig und hilfreich.

Vorwiegend wurden hierfür Mehrfachwahlantworten als Antwortmöglichkeit gewählt, um zu gewährleisten, daß alle Fragen von den Jugendlichen beantwortet werden. Die Antworten, die das Instrument positiv beschreiben können, sind an das Ende der Antwortskalen gestellt worden, um den Effekt einzuschränken, daß erwünschte Antworten gegeben werden.

Frage

Jetzt hast Du schon eine ganze Menge Fragen am Computer beantwortet. Nun interessiert mich, ob Dir diese Befragung gefallen hat. Kreuze an.

- Das Programm war zu lang.
- 'Grumpf'²⁹ hat mir gefallen.
- Ich mußte zuviel lesen.
- Die Farben haben mir gefallen.
- Das Thema war interessant.

Erläuterung

Anhand verschiedener Aussagen sollen die Jugendlichen die Länge des Programms, die Darstellungsweise und die Behandlung des Themas Gesundheit auf einer Sechs-Punkte-Skala beurteilen. Die Aussagen werden einzeln eingeblendet.

²⁹ Figur, die durch das Programm führt (s.o.)

- Ich konnte alles sagen, was mir zum Thema 'Gesundheit' einfällt.

- trifft sehr zu
- trifft zu
- trifft eher zu
- trifft eher nicht zu
- trifft nicht zu
- trifft gar nicht zu

Wenn Du so eine Befragung noch einmal mitmachen würdest, wie würdest Du sie dann am liebsten machen?

- Wenn sie ein Gespräch ist.
- Wenn sie als Fragebogen auf Papier durchgeführt wird.
- Wenn sie am Computer stattfindet.

Hat Dich etwas an der Befragung gestört?

- Ja
- Nein

Was hat Dich gestört?

Hat Dir etwas an der Befragung besonders gefallen?

- Nein
- Ja

Was hat Dir besonders gefallen?

Die Bewertung der Aussagen als mehr oder weniger zutreffend ist nicht an die Ausrichtung der Skala, sondern an den Inhalt der Frage gebunden und setzt deren genaue Rezeption voraus.

Die Antwortskala enthält nebenstehende Kategorien.

Mit der nebenstehenden Frage wird das Verfahren bewertet.

Zum Abschluß haben die Jugendlichen die Möglichkeit, in offenen Antworten zu benennen, was sie gestört und was ihnen besonders gefallen hat.

Wird die vorhergehende Frage bejaht, erscheint nebenstehende Frage.

Wird die vorhergehende Frage bejaht, erscheint nebenstehende Frage.

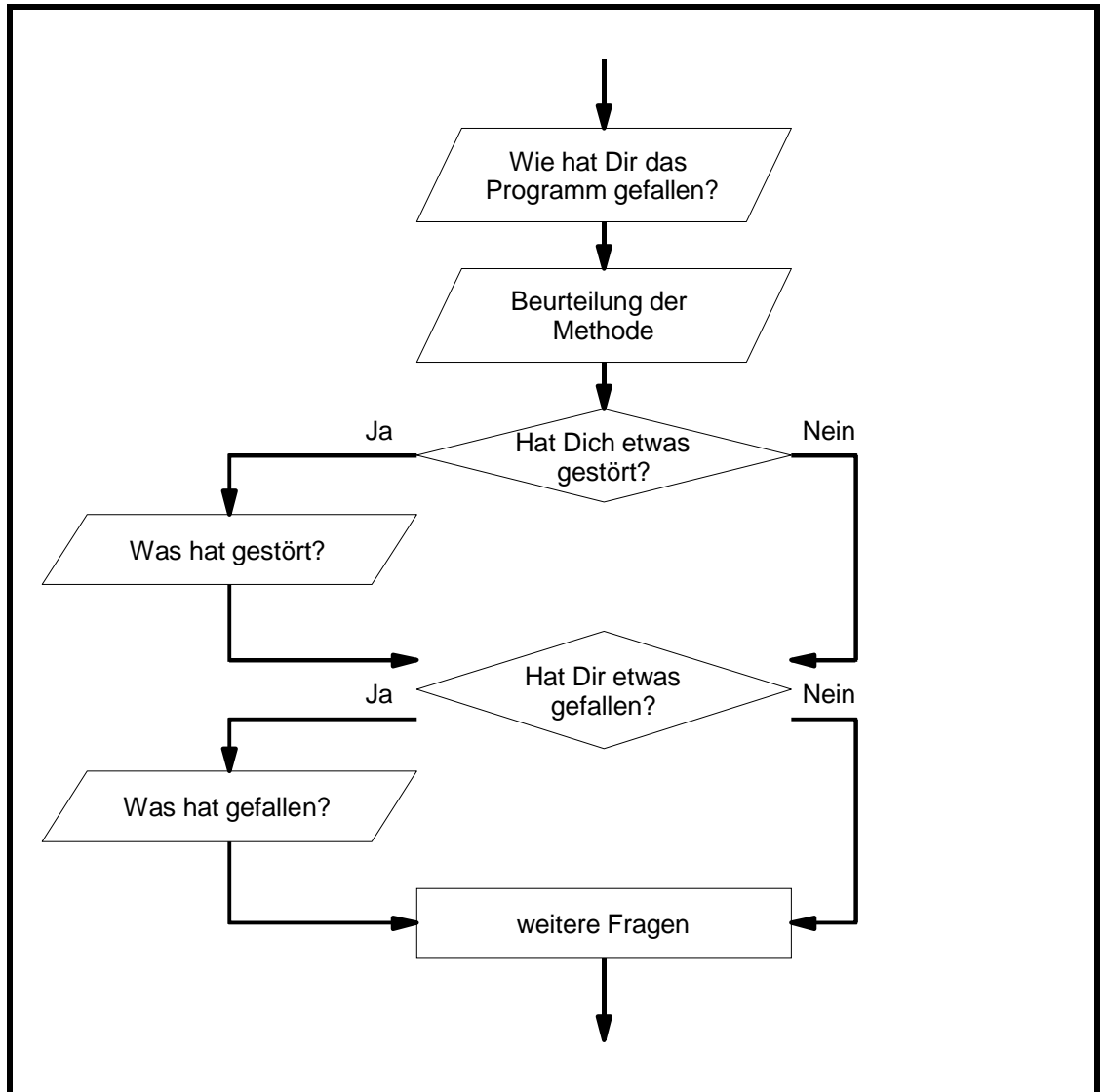


Abbildung III-1-11: Beurteilung des Instruments: Ablauf und Einordnung in den Gesamtablauf

2 Stichprobenauswahl

Die Stichproben wurden an verschiedenen Schulen gewonnen. Folgende Kriterien wurden bei der Auswahl berücksichtigt:

Kriterien für die Auswahl der Untersuchungsgruppe

- Jugendliche, die eine Sonderschule besuchen
- Alter: 13 bis 16 Jahre oder 6 - 9. Klasse
- mindestens nach den Richtlinien der Hauptschule unterrichtet
- Jugendliche mit sichtbarer Schädigung und ohne sichtbare Schädigung
- keine progredient (betrifft nicht schädigungsbedingte Begleiterscheinungen) oder tödlich verlaufenden Krankheiten
- freiwillige Teilnahme
- Einverständnis der oder des Erziehungsberechtigten

Kriterien für die Auswahl der Kontrollgruppe

- Jugendliche, die eine Regelschule besuchen
- Alter: 13 bis 16 Jahre oder 6 - 9. Klasse
- mindestens nach den Richtlinien der Hauptschule unterrichtet
- Jugendliche ohne Schädigung
- freiwillige Teilnahme
- Einverständnis der oder des Erziehungsberechtigten

Zunächst wurden die Schulleitungen der Sonderschulen für Körperbehinderte persönlich über Untersuchungsziel und -umfang sowie die Anforderungen an die Stichprobe informiert. Die Jugendlichen wurden von den Schulleiterinnen und Schulleitern der Schulen nach den vorgegebenen Kriterien ausgewählt. Voraussetzung war die freiwillige Teilnahme der Jugendlichen an der Untersuchung. Wegen der geringen Anzahl von Schulen für Körperbehinderte in Nordrhein-Westfalen wurden Schulen aus drei verschiedenen Regierungsbezirken im Ruhrgebiet ausgewählt bzw. in dessen unmittelbarer Nähe.

Auch die Kontrollgruppe wurde gewonnen, indem zunächst die Schulleiterin informiert und die Jugendlichen von der Stufenleiterin nach den vorgegebenen Kriterien ausgewählt wurden.

Untersuchungen an Schulen mußten zum Zeitpunkt der Untersuchung schriftlich beantragt und von den Bezirksregierungen genehmigt werden. Die Stichproben wurden drei Monate vor der Untersuchung ausgewählt, da sie im Antrag aufgeführt werden mußten. Da das Alter durch Matching der Kontrollgruppe kontrolliert werden sollte, erfolgte dies auf der Grundlage der Angaben der Schulleitungen, bevor die Daten der Untersuchungsgruppe erhoben wurden.

Im Laufe der Untersuchung zeigte sich, daß die zugrundegelegten Angaben nicht den Verhältnissen in den Schulen entsprachen. Möglicherweise hat sich die Schülerschaft in

diesem Zeitraum noch einmal verändert, oder die Information konnte innerhalb der Schulen aus organisatorischen Gründen nicht vollständig weitergegeben werden. Eine Erweiterung der Untersuchung war aus genehmigungsrechtlichen Gründen nicht mehr möglich.

Die Stichprobe der Mädchen mit nicht sichtbarer Behinderung ist geringer als erwartet, die Alters- und Klassenspanne der Jugendlichen der Untersuchungsgruppe ist größer als angenommen. Die Zellenbesetzung weicht von der Planung ab und ist in folgender Tabelle dargestellt:

Tabelle III-2-1: Stichprobengröße

	ohne Behinderung	mit Behinderung	
Jungen	N = 31	n = 45 mit sichtbarer Schädigung	n = 26 ohne sichtbare Schädigung
Mädchen	N = 25	n = 25 mit sichtbarer Schädigung	n = 14 ohne sichtbare Schädigung

An der Untersuchung nahmen insgesamt 164 Jugendliche teil, die sechs verschiedene Schulen für Körperbehinderte sowie eine Gesamtschule besuchen. Die Ergebnisse von acht Jugendlichen, die an der Untersuchung teilgenommen haben, konnten nicht berücksichtigt werden:

- Für vier Jugendliche waren die Fragen unverständlich: für drei von ihnen, weil sie den Anforderungen der Untersuchung nicht genügten, für eine, weil sie die deutsche Sprache noch nicht in dem Maße beherrschte, wie es für die Untersuchung nötig war.
- Für zwei weitere Jugendliche konnten keine adäquaten Kommunikationsmöglichkeiten geschaffen werden, da sie weder sprechen noch schreiben konnten, noch mit Hilfe eines Touchtalkers kommunizierten.
- Ein Junge hatte während der Befragung häufig Absenzen (etwa alle fünf Minuten).
- Ein anderer verfügte über ein sehr eingeschränktes Kurzzeitgedächtnis und konnte sich an kurz zuvor beantwortete Fragen nicht mehr erinnern.

3 Untersuchungsdurchführung

Die Untersuchungen wurden von April 1996 bis Juni 1996 zwischen den Frühjahrs- und Sommerferien in Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Sie fanden an Ganztagschulen zwischen 8.00 und 15.00 Uhr statt. Die Jugendlichen nahmen einzeln daran teil; die Teilnahme war freiwillig. Die Untersuchungsleiterin war bei jedem Durchgang anwesend. Die Untersuchungen fanden in Räumen statt, in denen kein Unterricht durchgeführt werden mußte, weil die Lehrkräfte für die Dauer der Untersuchung auf andere Räume ausweichen konnten, beispielsweise in einem Vorbereitungsraum oder im Computerraum.

Nachdem die Untersuchungsleiterin sich in den ausgewählten Klassen vorgestellt hatte, erklärte sie das Projekt: Sie interessiere, was Jugendliche über Gesundheit denken. Da mit Hilfe von Büchern darüber nichts zu erfahren sei, würden die Jugendlichen nun selbst befragt, denn sie müßten es ja wissen. Zu diesem Zweck sei ein Computerprogramm geschrieben worden, dessen Fragen sie am Computer beantworten könnten. Dazu müßten sie keine Computerprofis sein und würden gegebenenfalls Hilfe erhalten. Die Untersuchung dauere etwa 30 bis 40 Minuten.

Nach dieser Einführung begann die Befragung mit dem oder der ersten Jugendlichen in dem vorgesehenen Raum. Auf einem Tisch waren die Geräte aufgebaut, die Schülerinnen und Schüler nahmen davor Platz. Die Geräte wurden so angeordnet, daß die Jugendlichen sie optimal erreichen konnten, beispielsweise wurde die Tastatur auf den Rollstuhl oder Fußboden gestellt und der Monitor auf das Blickfeld ausgerichtet. Nach dem Start des Programms wurde die erste Seite vorgelesen und dann der Proband oder die Probandin gebeten weiterzumachen. Bei Bedarf wurden auch weiterhin die Anweisungen und Fragen des Programms vorgelesen oder bei der Bedienung der Maus oder der Tastatur unterstützt. Die meisten Jugendlichen bedienten den Computer selbständig. Am Ende des Programms erhielten die Jugendlichen für ihre Hilfe eine Urkunde (siehe Anhang A9). Die Jugendlichen holten dann den nächsten oder die nächste zur Befragung ab.

In den Pausen zwischen den Unterrichtsstunden sollten keine Untersuchungen durchgeführt werden, oft wollten die Jugendlichen dennoch weitermachen oder schon in der Pause beginnen. Einige Schülerinnen und Schüler, die in Internaten der Schulen wohnten, boten an, auch noch nach Schulschluß an der Untersuchung teilzunehmen.

Zwischen den Untersuchungsdurchläufen wurde ein Kurzprotokoll für jede Befragung geschrieben. Es enthielt Angaben über den Verlauf des Interviews, ob die Jugendlichen die Fragen verstanden hatten, oder ob sie Kommentare zu einzelnen Fragen gaben. Darüber hinaus wurde festgehalten, ob Deutsch ihre Muttersprache ist, welche Schädigung sie gegebenenfalls hatten, sowie der Eindruck davon, wie ihnen die Befragung gefallen hat.

4 Auswertung der Daten

Die Variablen bilden unterschiedliche Teile des Untersuchungsinstruments ab:

- Soziodemographische Daten
- Konstruktionen zu Gesundheit und Krankheit
- Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit
- Krankheitserfahrung
- Computererfahrung
- Beurteilung

Die Zuordnung der Fragen zu den Variablen kann dem Anhang entnommen werden (siehe Anhang A2).

4.1 Bearbeitung der Rohdaten

Das Alter jeder Versuchsperson wird aus dem Geburtsmonat und -jahr und dem Tag der Untersuchung errechnet und dezimal angegeben.

Für jede Versuchsperson wurden die Werte des KKG³⁰ zu drei Skalenwerten summiert.

Die Fragen, die offene Antworten erfordern wurden kategorisiert. Dazu wurden zunächst alle Antworten der Jugendlichen zu der jeweiligen Frage von der Verfasserin sowie zwei weiteren Personen zu Gruppen zusammengefaßt, denen Oberbegriffe zugeordnet wurden. Diese Oberbegriffe wurden in einer Expertinnenrunde diskutiert, gegebenenfalls verändert oder bestätigt. Auf diese Weise wurden verschiedene Kategorien gebildet:

Für die Gesundheitsdefinitionen und Krankheitsdefinitionen wurden einheitliche bzw. sich entsprechende Kategorien gebildet.

³⁰ Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit

Tabelle III-4-1: Kategorien für die allgemeinen und persönlichen Gesundheits- und Krankheitsbegriffe

Gesundheitsbegriff	Krankheitsbegriff
<ul style="list-style-type: none"> • Gegenteil von Krankheit • Bezug zu Behinderung • Positive subjektive Befindlichkeit • Gesundheitsorientiertes Handeln • Berücksichtigung von Psyche und Physis • Fehlende Symptome • Äußere Bedingungen • Sonstiges • Nicht auswertbar 	<ul style="list-style-type: none"> • Gegenteil von Gesundheit • Bezug zu Behinderung • Negative subjektive Befindlichkeit • Gesundheitsorientiertes Handeln • Berücksichtigung von Psyche und Physis • Symptome und Krankheiten • Äußere Bedingungen • Sonstiges • Nicht auswertbar

- *Gegenteil von Krankheit bzw. von Gesundheit* umfaßt bei Gesundheit Antworten wie: „Wenn man nicht krank ist“ oder „Das Gegenteil von krank sein“; entsprechendes gilt für die Antworten zum Krankheitsbegriff.
- *Bezug zu Behinderung* beinhaltet Antworten, die die eigene Behinderung thematisieren „Wenn ich Kopfschmerzen habe, wegen dem Ventil“ oder die Behinderung allgemein betreffen: „Wenn es keine behinderten Kinder gäbe“.
- *Subjektive Befindlichkeit* umfaßt Antworten, die das Wohlbefinden betreffen, beispielsweise: „Wenn es mir gut geht/ schlecht geht“, „Wenn ich mich nicht wohl fühle“, „Wohlbefinden“ und Stimmungen beschreiben, wie „Glücklich sein“ oder „Wenn ich gute/ schlechte Laune habe“, „Wenn ich schlecht drauf bin“.
- *Gesundheitsorientiertes Handeln* beinhaltet neben Ernährungsverhalten und Alkohol- und Zigarettenkonsum auch Lebensweisen, wie „Wenn ich raus gehe“, „Fußball mit meinen Freunden“, „Fernsehen“ und „Lesen“ ebenso wie medizinische Maßnahmen wie Krankengymnastik und Medikamenteneinnahme.
- *Berücksichtigung von Psyche und Physis* betrifft Antworten, die einen Zusammenhang zwischen physischen und psychischen Merkmalen herstellen, wie „Man kann krank sein, dann geht's einem auch nicht gut“, „Wenn ich Streß habe, bekomme ich Kopfschmerzen“.
- *Symptome bzw. Symptome und Krankheiten* umfaßt Antworten, in denen ausschließlich Symptome oder Krankheiten aufgezählt werden, wie Kopfschmerzen, Erkältung, Magen-Darm-Infekt.
- *Äußere Bedingungen* bilden Antworten wie „Wenn alle um mich herum nett sind“.
- *Nicht ausgewertet* wurden Antworten, die das Wort „Gesundheit“ bzw. „Krankheit“ enthielten, beispielsweise Gesundheit beschrieben mit den Worten „Wenn man gesund ist“, die Bewertungen enthielten oder wenn sie unverständlich waren.

- Alle weiteren Antworten wurden der Kategorie *Sonstiges* zugeordnet.

Für die Begründung der Einschätzung, wie es ist krank zu sein und im Bett zu liegen, wurden folgende Kategorien gebildet:

- *Entspannen*: Sie beinhaltet lesen, fernsehen, Musik hören
- *Aktiv sein*: Hierzu zählen Antworten wie „Computer spielen“ oder „Spielen“
- *Passiv sein*: Dazu gehören Antworten wie „Weil ich dann nichts machen kann“, „Weil dann immer jemand da sein muß zum helfen“
- *negative/positive Befindlichkeit*: Antworten, die das Wohlbefinden oder körperliche Beschwerden, wie Schmerzen umfassen
- *Sonstiges*: Darüber hinausgehende Antworten

Aus den Antworten dazu, was die Jugendlichen über das genannte Handeln hinaus für ihre Gesundheit tun (g12), wurden folgende Kategorien gebildet (nur neue Kategorien werden erläutert):

- *Sport und Bewegung*: Aufzählen einzelner Sportarten sowie Sport allgemein
- *Gesundheitsverhalten*: Ernährungsverhalten, Drogenkonsum, ausreichend Schlaf
- *Medizinische Maßnahmen*
- *Hobbies und Freizeitbeschäftigung*: Bezeichnung einzelner Hobbies, Kümmern um Tiere, Engagement bei gemeinnützigen Vereinen (DRK o.ä.)
- *Aufenthalt im Freien*, hierzu gehören Antworten wie 'rausgehen', 'viel draußen sein'
- *Unternehmungen mit Freundinnen und Freunden*
- *Entspannung*
- *Kognitives*: Antworten wie 'Ich habe immer gute Laune'
- *Sonstiges*

Gründe für Krankenhausaufenthalte (k4) und Besuche bei Ärztinnen und Ärzten (k6) sowie Beschwerden, an die die Jugendlichen während der Bearbeitung der Fragen zu den Kontrollüberzeugungen gedacht haben (l22), werden zu folgenden Kategorien zusammengefaßt:

- Operationen
- Schmerzen
- Unfälle und Verletzungen
- Schädigungsbedingte Beschwerden
- Infektionen
- Herz-Kreislaufbeschwerden
- Allergien
- Psychische Beschwerden
- Routine (z.B. Kontrolluntersuchungen)
- Sonstiges

Den so gebildeten Kategorien wurden die Antworten der Jugendlichen von der Verfasserin, zwei Wissenschaftlerinnen und drei weiteren Personen, die mit der Fragestellung der Arbeit nicht vertraut waren, nach Einführung in die Kategorien zugeordnet. Die Übereinstimmung betrug zwischen 82% und 93%. Im Anschluß daran wurden die Kategorien zu Zahlenwerten kodiert.

Zur genauen Auswertung des allgemeinen und persönlichen Gesundheits- und Krankheitsbegriffs wurden folgende Variablen eingeführt:

a) Die drei häufigsten Antworten zum Gesundheits- und Krankheitsbegriff wurden nach dem Dummyverfahren kodiert: Wenn eine Kategorie verwendet wurde, wurde in die zugehörige Variable eine 1 gesetzt, wurde sie nicht verwendet eine 0.

Dazu wurden die folgenden Variablen gebildet:

- Gesundheit als *positive*, Krankheit als *negative subjektive Befindlichkeit*
- Gesundheit und Krankheit als *gesundheitsorientiertes Handeln*
- Gesundheit als Abwesenheit von *Symptomen*, Krankheit als *Symptome und Krankheiten*

b) Ausgewertet wurden die ersten drei Antworten der Jugendlichen. Die genaue Anzahl der Antworten je Proband oder Probandin wird in einer zusätzlichen Variable festgehalten.

Für den Extremgruppenvergleich werden die ordinalen Daten der Fragen zur Krankheitserfahrung und der Computererfahrung so umcodiert, daß niedrige Punktwerte wenig Erfahrung und hohe Punktwerte viel Erfahrung entsprechen und dann zu zwei Skalenwerten summiert. Diese werden gedrittelt und zu drei weiteren Variablen zusammengefaßt, die die Gruppen mit den unterschiedlichen Erfahrungswerten abbilden.

4.2 Auswertung

Ausgehend von der Annahme, daß sich die Lebensbedingungen von Jungen und Mädchen unterscheiden, werden die Ergebnisse für die Jungen und Mädchen weitestgehend getrennt ausgewertet (vgl. Kap. II-4.5.1). Auf diese Weise soll vermieden werden, daß Effekte innerhalb der Gruppe der Jugendlichen mit Behinderung oder ohne Behinderung bzw. mit oder ohne sichtbare Schädigung nicht auffallen, weil sie abhängig vom Geschlecht sind und bei der einen Geschlechtsgruppe sehr hoch, bei der anderen sehr gering ausgeprägt sind. Außerdem können Effekte einer Gruppe von Jugendlichen in Abhängigkeit von Geschlecht und Behinderung oder Sichtbarkeit der Schädigung zugeordnet werden.

Nachdem die soziodemografischen Daten der Gruppen dargestellt worden sind und die Vergleichbarkeit der Gruppen überprüft worden ist, werden die Gesundheitskonzepte der Jugendlichen mit deskriptiven Verfahren ausgewertet, je nach Datenlage durch Häufigkeitsanalyse oder Kreuztabellen. Bei Nominal- und Alternativdaten wird die Anzahl der Antworten absolut und in Prozent je Antwortkategorie dargestellt. Bei

Nominaldaten werden Median und Modalwert sowie Minimum und Maximum aufgeführt. Wenn möglich, wird die Antwortverteilung in einem Säulendiagramm dargestellt. Bei Intervalldaten werden Mittelwert, Standardabweichung und Median angegeben.

Desweiteren werden verschiedene Effekte im Zusammenhang mit den Gesundheitskonzepten überprüft: Zunächst wird überprüft, ob die Antworten in den Gruppen in bezug auf eine Reihe ausgewählter Variablen gleichverteilt sind: Dazu werden die Daten der Jungen und Mädchen mit und ohne Behinderung im Globaltest ausgewertet und bei einem signifikanten Unterschied multiple Vergleiche jeweils für folgende Gruppenpaare durchgeführt:

- Jungen mit und ohne Behinderung
- Mädchen mit und ohne Behinderung
- Jungen und Mädchen mit Behinderung
- Jungen und Mädchen ohne Behinderung.

Innerhalb der Stichprobe der Jugendlichen mit Behinderung werden die vier Gruppen (Jungen und Mädchen mit sichtbarer und ohne sichtbare Schädigung) verglichen. Wenn im Globaltest ein Unterschied nachgewiesen werden kann, werden für folgende Gruppenpaare multiple Vergleiche durchgeführt:

- Jungen mit und ohne sichtbare Schädigung
- Mädchen mit und ohne sichtbare Schädigung
- Jungen und Mädchen mit sichtbarer Schädigung
- Jungen und Mädchen ohne sichtbare Schädigung

Weiter wird der Effekt der unterschiedlichen Klassenstufe sowie der Krankheitserfahrung auf die Gesundheitskonzepte überprüft, indem Extremgruppen gebildet werden und ihre Antworten auf Gleichverteilung hin überprüft werden.

Folgende Tests werden entsprechend dem Datenniveau verwendet, um die Gleichverteilung zu überprüfen:

Datenniveau	Globaltest	Multipler Vergleich
Nominal- und Alternativdaten:	Chi ² Test für vier Gruppen	Konfigurationsfrequenzanalyse (Clauß et al. 1995, 260) mittels Chi ² Test für zwei Gruppen
Ordinal- und Intervalldaten:	Kruskal-Wallis-H Test	Kolmogorov-Smirnov Test

Der Kolmogorov-Smirnov Test setzt mindestens Ordinaldatenniveau voraus (vgl. Büning und Trenkler 1978, 133) und wird bei Ordinaldaten verwendet, weil er konservativer ist als der Mann-Whitney-U Test.

Inwiefern sich die Einschätzungen des Gesundheitszustandes vor und nach der Untersuchung unterscheiden, wird mit dem Wilcoxon Test für jede der acht Gruppen überprüft.

Darüber hinaus wird überprüft, ob ein Zusammenhang zwischen den Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit und den übrigen Komponenten der Kontrollüberzeugungen besteht, indem eine Korrelationsanalyse durchgeführt wird. Der Spearman Korrelationskoeffizient wird errechnet, wenn Ordinaldaten das niedrigste Skalenniveau bilden. Bilden Nominaldaten das niedrigste Skalenniveau, wird der Kontingenzkoeffizient errechnet. Zum Abschluß werden die Daten in Hinblick auf die Güte des Instruments ausgewertet. Hierzu gehört die deskriptive Darstellung der Antworten bezüglich der Reflexion mittels Häufigkeitstabellen, entsprechend der Auswertung der Daten zu den Gesundheitskonzepten. Hinsichtlich Computererfahrung wird diese zunächst in bekannter Weise deskriptiv dargestellt und dann wird die Antwortverteilung bei zwei Extremgruppen überprüft, wie zuvor bei der Krankheitserfahrung.

Zur Signifikanzprüfung wird der Fehler erster Ordnung α dem allgemeinen Vorgehen entsprechend auf 0,05 festgesetzt. Die Nullhypothese wird demnach auf einem Niveau von 5% abgelehnt. Bei multiplen Vergleichen wird die Alpha-Adjustierung nach Bonferoni vorgenommen, indem α durch die Anzahl der Tests geteilt wird (vgl. Clauß et al. 1995, 261). Das Signifikanzniveau beträgt 0,0125.

IV Ergebnisdarstellung

1 Ergebnisse zu den soziodemografischen Daten

1.1 Beschreibung der Untersuchungsgruppe

Die Untersuchungsgruppe setzt sich aus 110 Jugendlichen, 71 Jungen (64,7 %) und 39 Mädchen (35,3 %) zusammen, die sechs verschiedene Schulen für Körperbehinderte in Nordrhein-Westfalen besuchen (vgl. Tabelle IV-1-1).

Tabelle IV-1-1: Jugendliche der Untersuchungsgruppe: Verteilung auf die Schulen

	Jungen		Mädchen		Summe	
	n	%	n	%	n	%
Bochum	10	9,1	4	3,5	14	12,8
Duisburg	11	10,0	5	4,5	16	14,5
Essen	6	5,5	6	5,5	12	10,9
Gelsenkirchen	9	8,2	7	6,4	16	14,5
Hemer	9	8,2	5	4,5	14	12,8
Herten	9	8,2	7	6,4	16	14,5
Volmarstein	17	15,5	5	4,5	22	20,0
Summe	71	64,7	39	35,3	110	100,0

Die Jugendlichen sind zwischen 12,6 und 19,3 Jahren alt und besuchen die 6. - 9. Klasse. Das Alter der Jungen liegt zwischen 12,6 und 19 Jahren, das der Mädchen zwischen 12,6 und 19,3 Jahren (vgl. Tabelle IV-1-2 und Tabelle IV-1-3).

Tabelle IV-1-2: Jungen der Untersuchungsgruppe: Verteilung nach Alter und Klasse

Klasse/Alter	Jungen							Summe	
	13	14	15	16	17	18	19	n	%
6. Klasse	5	5	1	0	0	0	0	11	15,5
7. Klasse	3	8	10	4	1	0	0	26	36,6
8. Klasse	1	3	1	8	4	0	1	18	25,4
9. Klasse	0	0	2	2	5	6	1	16	22,5
Summe	9	16	14	14	10	6	2	71	
in %	12,7	22,5	19,7	19,7	14,1	8,5	2,8		100

Tabelle IV-1-3: Mädchen der Untersuchungsgruppe: Verteilung nach Alter und Klasse

Klasse/Alter	Mädchen							Summe	
	13	14	15	16	17	18	19	n	%
6. Klasse	4	1	3	0	0	0	0	8	20,5
7. Klasse	2	4	4	1	0	0	0	11	28,2
8. Klasse	1	1	0	5	1	1	0	9	23,1
9. Klasse	0	0	0	2	0	4	5	11	28,2
Summe	7	6	7	8	1	5	5	39	
in %	17,9	15,5	17,9	20,5	2,6	12,8	12,8		100

Die breite Altersspanne und Klassenstufenverteilung ergeben sich daraus, daß die Gruppe der Schüler und Schülerinnen der Schule für Körperbehinderte in bezug auf die zugrundeliegende Schädigung sehr vielfältig ist. Die Jugendlichen haben mitunter lange Krankenhausaufenthalte hinter sich, so daß sich entwicklungsbedingte und/oder schulische Defizite ergeben. Die Einstufung nach Klassen erfolgt zum Teil nach Schulbesuchsjahren.

22 Jungen und 12 Mädchen (insgesamt 30,9 %) benutzen einen Rollstuhl.

Die Muttersprache von 14 Jungen und 4 Mädchen (insgesamt 16,4 %) ist nicht Deutsch.

Die Untersuchung dauerte bei den Jugendlichen, die Schulen für Körperbehinderte besuchen, zwischen 22 und 71 Minuten (M: 33, Z: 32, SD: 7,5)³¹. Die Jungen benötigten zwischen 22 und 71 Minuten (M: 32, Z: 31, SD: 7,7). Am meisten Zeit benötigte ein Junge mit einem Schädel-Hirn-Trauma und ein weiterer, der mittels Touchtalker kommuniziert. Bei den Mädchen betrug die Untersuchungsdauer 23 bis 48 Minuten (M: 34, Z: 33, SD: 6,9).

Die Untersuchungsgruppe setzt sich zusammen aus Jugendlichen mit sichtbarer und ohne sichtbare Schädigung:

45 Jungen (64,3 %) und 25 Mädchen (35,7 %) haben eine sichtbare Schädigung. Zu diesen Schädigungen zählen Hemi-, Para- und Tetraplegien infolge von Hirnverletzungen, Störungen des Zentralen Nervensystems oder chronischen Muskel- und Knochenerkrankungen sowie Miß- und Fehlbildungen und Gliedmaßenverlust nach Unfällen. Ihr Alter liegt zwischen 12,6 und 19,3 Jahren. Die Jungen sind zwischen 12,6 und 19 Jahre alt, die Mädchen zwischen 12,6 und 19,3 Jahre alt.

26 Jungen (65 %) und 14 Mädchen (35 %) haben keine sichtbare Schädigung. Zu diesen Schädigungen zählen: Anfallserkrankungen, Hirntumore, Herz-Kreislaufkrankungen, Asthma, Diabetes, Autismus und Hämophilie. 10 Jungen und 5 Mädchen besuchen

³¹ M = Arithmetisches Mittel, Z = Median, SD = Standardabweichung

die Schule für Körperbehinderte, weil bei ihnen 'Minimale cerebrale Dysfunktion' (McD) diagnostiziert wurde³².

Die Jugendlichen sind zwischen 12,6 und 19 Jahre alt, das Alter der Jungen liegt zwischen 12,6 und 18,7 Jahren, das der Mädchen zwischen 14,1 und 19 Jahren.

1.2 Beschreibung der Kontrollgruppe

Die Kontrollgruppe besteht aus 56 Jugendlichen, 31 Jungen (55,4 %) und 25 Mädchen (44,6 %), die drei verschiedene achte Klassen einer Gesamtschule in Dortmund besuchen.

Die Jugendlichen sind zwischen 13,5 und 16,2 Jahre alt. Das Alter der Jungen liegt zwischen 13,9 und 16,2 Jahren, das der Mädchen zwischen 13,5 und 16,2 Jahren (vgl. Tabelle IV-1-4).

Tabelle IV-1-4: Kontrollgruppe: Verteilung nach Alter

	Jungen		Mädchen		Summe	
	n	%	n	%	n	%
14 Jahre	5	8,9	7	12,5	12	21,4
15 Jahre	16	28,6	13	23,2	29	51,8
16 Jahre	10	17,9	5	8,9	15	26,8
Summe	31	55,4	25	44,6	56	100,0

Die Muttersprache von 4 Jungen und 6 Mädchen (insgesamt 17,9 %) ist nicht Deutsch.

Die Untersuchungsdauer bei den Schülerinnen und Schülern der Gesamtschule betrug zwischen 18 und 41 Minuten (M: 27, Z: 27, SD: 4,8). Die Jungen benötigten zwischen 21 und 41 Minuten (M: 27, Z: 27, SD: 4,9), die Mädchen zwischen 18 und 37 Minuten (M: 28, Z: 27, SD: 4,7).

1.3 Vergleichbarkeit der Gruppen

Zunächst wird überprüft, ob die Gruppen hinsichtlich des Alters und der besuchten Klassenstufe miteinander vergleichbar sind. Unterhalb der Tabellen werden die Ergebnisse der Globaltests angegeben. Die der multiplen Vergleiche werden angegeben, sofern sie Signifikanzniveau erreichen.

Alter (s3)

Die Altersspanne der untersuchten Jungen und Mädchen (UJ und UM) ist größer als die der jeweiligen Kontrollgruppe (KJ und KM). Die Gruppen unterscheiden sich jedoch nicht hinsichtlich der Altersverteilung (vgl. Tabelle IV-1-5).

³² In Ermangelung einer angemessenen Beschulung besuchen diese Jugendlichen Sonderschulen. McD kann nicht als Schädigung nachgewiesen werden (vgl. Esser & Schmidt ???). Die Jugendlichen werden der Gruppe 'ohne sichtbare Schädigung' zugeordnet.

Tabelle IV-1-5: Vergleichbarkeit der Gruppen: Altersstruktur der Jugendlichen mit und ohne Behinderung

	KJ n = 31	KM n = 25	UJ n = 71	UM n = 39
Mittelwert	15,1	14,8	15,3	15,5
Standardabweichung	0,7	0,6	1,6	2,1
Median	14,9	14,8	15,1	14,9

H-Test (3) = 1,4706; p = .689

Auch hinsichtlich der Altersverteilung der Jugendlichen mit und ohne sichtbare Schädigung (UmJ, UmM, UoJ, UoM) ist kein Unterschied nachzuweisen; hier ist lediglich die Altersspanne der Mädchen mit sichtbarer Schädigung größer als die der anderen Gruppen (vgl. Tabelle IV-1-6).

Tabelle IV-1-6: Vergleichbarkeit der Gruppen: Altersstruktur der Jugendlichen mit und ohne sichtbare Schädigung

	UmJ n = 45	UmM n = 25	UoJ n = 26	UoM n = 14
Mittelwert	15,5	15,2	14,9	16,1
Standardabweichung	1,7	2,3	1,5	1,4
Median	15,6	14,6	14,5	16

H-Test (3) = 6,046; p = .109

Klassenstufe (s13)

Die Gruppen mit und ohne Behinderung unterscheiden sich hinsichtlich der Verteilung der besuchten Klassenstufen. Die Jugendlichen ohne Behinderung besuchen die achte Klasse, die Jugendlichen mit Behinderung die siebte bis neunte Klasse. Der im Globalvergleich nachgewiesene Unterschied wird in beiden geschlechtsspezifischen multiplen Vergleichen bestätigt (vgl. Tabelle IV-1-7).

Tabelle IV-1-7: Klassenverteilung der Jugendlichen mit und ohne Behinderung

	KJ n = 31	KM n = 25	UJ n = 71	UM n = 39
Median	8	8	7	8
Modalwert	8	8	7	7
Minimum	8	8	6	6
Maximum	8	8	9	9

H-Test (3) = 9,1411; p = .0275; K-S-Test: KJ/ UJ = 2,421; p = 0; KM/ UM = 1,902; p = .001

Innerhalb der Untersuchungsgruppe weist der Globalvergleich ebenfalls einen Unterschied hinsichtlich der Verteilung der besuchten Klassenstufe nach. Der Unterschied kann jedoch weder bei dem multiplen Vergleich zum Geschlecht noch hinsichtlich der Sichtbarkeit der Schädigung nachgewiesen werden (vgl. Tabelle IV-1-8).

Tabelle IV-1-8 Klassenverteilung der Jugendlichen mit und ohne sichtbare Schädigung

	UmJ n = 45	UmM n = 25	UoJ n = 26	UoM n = 14
Median	8	7	7	8
Modalwert	7	6 + 7	7	8
Minimum	6	6	6	7
Maximum	9	9	9	9

H-Test (3) = 11,2018; p = .0107

1.4 Zusammenfassung

Die vier Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Altersverteilung. Hinsichtlich der Klassenstufe sind die Jugendlichen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe nicht und die Jugendlichen mit und ohne sichtbare Schädigung gut vergleichbar.

Da Alter und Klassenstufe lediglich alternative Bedingungen zur Auswahl der Stichprobe bilden, und sie sich lediglich hinsichtlich einer der beiden Bedingungen unterscheiden, sind die Gruppen miteinander vergleichbar. Die Abhängigkeit der Untersuchungsergebnisse von der Variable Klassenstufe wird jedoch zusätzlich untersucht (vgl. Kapitel IV-3.2).

2 Ergebnisse zu den Gesundheitskonzepten

Im folgenden werden die Antworten der Jugendlichen mit und ohne Behinderung sowie der Jugendlichen mit und ohne sichtbare Schädigung dargestellt.

2.1 Gesundheitszustand

Momentaner Gesundheitszustand vor der Untersuchung

Vor der Untersuchung fühlen sich die meisten Jugendlichen gesund. Die Jugendlichen mit und ohne Behinderung schätzen ihren Gesundheitszustand ähnlich ein. Auffallend ist, daß die Jungen und Mädchen ohne Behinderung ihn häufiger nicht einschätzen können als die anderen beiden Gruppen.

Tabelle IV-2-1: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Momentaner Gesundheitszustand vor der Untersuchung (Frage: „Bist Du gesund?“)

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	19	61,3	18	72,0	61	85,8	33	84,6
Nein	3	9,7	2	8,0	5	7,1	2	5,1
Weiß nicht	9	29,0	5	20,0	5	7,1	4	10,3

Innerhalb der Gruppe der Jugendlichen mit Behinderung fällt auf, daß die meisten Mädchen mit sichtbarer Schädigung sich gesund fühlen, die ohne sichtbare Schädigung dagegen sich am wenigsten einschätzen können. Die Antwortverteilung letzterer entspricht derer der Mädchen ohne Behinderung.

Tabelle IV-2-2: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Momentaner Gesundheitszustand vor der Untersuchung (Frage: „Bist Du gesund?“)

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	38	84,4	24	96,0	23	88,5	9	64,3
Nein	4	8,9	1	4,0	1	3,9	1	7,1
Weiß nicht	3	6,7	0	0,0	2	7,6	4	28,6

Momentaner Gesundheitszustand nach der Untersuchung

Die Antworten entsprechen etwa denen vor der Untersuchung: Auch nach der Untersuchung fühlen sich die meisten Jugendlichen am häufigsten gesund. Drei Gruppen können ihre Gesundheit nach der Untersuchung weniger präzise einschätzen als vorher. Dabei fallen die Jungen ohne Behinderung auf: Von ihnen können mehr ihre Gesundheit nicht einschätzen als sich selbst als gesund einschätzen.

Tabelle IV-2-3: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Momentaner Gesundheitszustand nach der Untersuchung (Frage: „Bist Du gesund?“)

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	13	41,9	19	76,0	55	77,5	30	76,9
Nein	1	3,3	2	8,0	5	7,0	2	5,2
Weiß nicht	17	54,8	4	16,0	11	15,5	7	17,9

Innerhalb der Untersuchungsgruppe haben die Mädchen ohne sichtbare Schädigung wiederum die höchste Unsicherheit und die geringste Veränderung. Die Antwortverteilung entspricht der der Mädchen ohne Behinderung.

Tabelle IV-2-4: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Momentaner Gesundheitszustand nach der Untersuchung (Frage: „Bist Du gesund?“)

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	34	75,6	21	84,0	21	80,7	9	64,3
Nein	3	6,7	1	4,0	2	7,7	1	7,1
Weiß nicht	8	17,7	3	12,0	3	11,6	4	28,6

Veränderung des Gesundheitszustandes im Lebensverlauf

Am häufigsten beurteilen die Jugendlichen ihren Gesundheitszustand als *gut*. Die Gesundheit in den ersten drei Lebensjahren wird von den Jungen ohne Behinderung und den Jugendlichen mit Behinderung etwas schlechter beurteilt. Außerdem nutzen die Jugendlichen der Untersuchungsgruppe die gesamte Bandbreite der Antworten von *super* bis *schlecht*, die Jugendlichen der Kontrollgruppe, vor allem die Mädchen, verwenden häufig die Kategorien *super* bis *nicht so gut* (vgl. Tabelle IV-2-6).

Tabelle IV-2-6: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Gesundheitszustand im Lebensverlauf (Frage: 'Wie war Deine Gesundheit zwischen x und y Jahren?')

	KJ n = 31					KM n = 25					UJ n = 71					UM n = 39				
	0-3 J.	4-6 J.	7-10 J.	11-13 J.	ab 14 J.	0-3 J.	4-6 J.	7-10 J.	11-13 J.	ab 14 J.	0-3 J.	4-6 J.	7-10 J.	11-13 J.	ab 14 J. ¹	0-3 J.	4-6 J.	7-10 J.	11-13 J.	ab 14 J. ²
Median	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2
Modalwert	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	5	4	5	5	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

¹: n = 62, ²: n = 32

Innerhalb der Gruppe der Jugendlichen mit Behinderung schätzen die Jungen ohne sichtbare Schädigung ihren Gesundheitszustand in den ersten sechs Lebensjahren eher skeptisch ein als die anderen Gruppen. Entsprechend ihrer Geschlechtsgruppe in der Untersuchungsgruppe verwenden die Jungen mit sichtbarer Schädigung die gesamte Bandbreite der Einschätzungsmöglichkeiten (vgl. Tabelle IV-2-7).

Tabelle IV-2-7: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Gesundheitszustand im Lebensverlauf (Frage: 'Wie war Deine Gesundheit zwischen x und y Jahren?')

	UmJ n = 45					UmM n = 25					UoJ n = 26					UoM n = 14				
	0-3 J.	4-6 J.	7-10 J.	11-13 J.	ab 14 J. ¹	0-3 J.	4-6 J.	7-10 J.	11-13 J.	ab 14 J. ²	0-3 J.	4-6 J.	7-10 J.	11-13 J.	ab 14 J. ³	0-3 J.	4-6 J.	7-10 J.	11-13 J.	ab 14 J.
Median	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2
Modalwert	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	5	5	5	5	5	5	4	5	3	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	4

1: n = 39, 2: n = 18, 3: n = 23

Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jugendlichen und Erwachsenen

Die meisten Jugendlichen schätzen den Gesundheitszustand von Erwachsenen und Jugendlichen gleich ein. Erwachsene werden häufiger als gesünder eingeschätzt als Jugendliche (vgl. Tabelle IV-2-8).

Tabelle IV-2-8: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jugendlichen und Erwachsenen (Frage: „Wer ist gesünder?“)

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Erwachsene	7	22,6	7	28,0	28	39,4	11	28,2
Jugendliche	4	12,9	3	12,0	7	9,9	5	12,8
beide gleich	20	64,5	15	60,0	36	50,7	23	59,0

Chi² Test (6) = 3,57, p = .7346 Zellfrequenz < 5

Bei Berücksichtigung der Sichtbarkeit der Schädigung wird deutlich, daß die Jungen mit sichtbarer Schädigung eine Ausnahme bilden: Sie halten eher Erwachsene für gesünder. Auch hier halten die wenigsten Jugendlichen die eigene Altersstufe für gesünder (vgl. Tabelle IV-2-9).

Tabelle IV-2-9: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jugendlichen und Erwachsenen (Frage: „Wer ist gesünder?“)

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Erwachsene	21	46,7	6	24,0	7	26,9	5	35,7
Jugendliche	5	11,1	2	8,0	2	7,7	3	21,4
beide gleich	19	42,2	17	68,0	17	65,4	6	42,9

Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jungen und Mädchen

Die meisten Jugendlichen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe schätzen den Gesundheitszustand von Jungen und Mädchen gleich ein. Die Jugendlichen mit Behinderung sind seltener dieser Auffassung. Mädchen werden von allen Gruppen häufiger als gesünder eingestuft als Jungen (vgl. Tabelle IV-2-10).

Tabelle IV-2-10: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jungen und Mädchen: (Frage: „Wer ist gesünder?“)

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mädchen	3	9,7	2	8,0	15	21,1	7	17,9
Jungen	1	3,2	1	4,0	12	16,9	4	10,3
beide gleich	27	87,1	22	88,0	44	62,0	28	71,8

Entgegen der Antwortverteilung ihrer Geschlechtsgruppe halten Jungen ohne sichtbare Schädigung Mädchen genauso oft für gesund wie Jungen und schätzen selten beide Gruppen als gleich gesund ein (vgl. Tabelle IV-2-11).

Tabelle IV-2-11: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jungen und Mädchen (Frage: „Wer ist gesünder?“)

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mädchen	9	20,0	4	16,0	6	23,1	3	21,4
Jungen	6	13,3	3	12,0	6	23,1	1	7,1
beide gleich	30	66,7	18	72,0	14	53,8	10	71,5

Einschätzen des Gesundheitszustandes bei verschiedenen Beschwerden

Die Jugendlichen schätzten bei dieser Frage ein, ob sie sich bei den genannten Beschwerden 'völlig gesund' (1), 'gesund' (2), 'eher gesund' (3), 'eher krank' (4), 'krank' (5) oder 'richtig krank' (6) fühlen.

Die Jungen und Mädchen mit und ohne Behinderung schätzen sich bei eher psychosomatischen Beschwerden als gesund ein, bei somatischen dagegen als krank. Die Mädchen mit Behinderung, geben etwas positivere Einschätzungen ab als die anderen drei Gruppen, bei Müdigkeit und Bauchweh vor einer Klassenarbeit wird dies am deutlichsten. Die Jungen mit Behinderung nutzen als einzige Gruppe bei jeder Beschwerde die ganze Spanne der Antwortmöglichkeiten (vgl. Tabelle IV-2-12).

Tabelle IV-2-12: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Einschätzen des Gesundheitszustandes bei Beschwerden (Frage: „Wie fühlst Du Dich, wenn Du ... hast?“)

	KJ n = 31						KM n = 25						UJ n = 71						UM n = 39					
	Müdigkeit	Schnupfen	Bauchweh vor KA	Armbruch	Schmerzen	Kummer	Müdigkeit	Schnupfen	Bauchweh vor KA	Armbruch	Schmerzen	Kummer	Müdigkeit	Schnupfen	Bauchweh vor KA	Armbruch	Schmerzen	Kummer	Müdigkeit	Schnupfen	Bauchweh vor KA	Armbruch	Schmerzen	Kummer
Median	3	4	3	5	5	3	3	4	3	4	5	3	3	4	3	5	5	3	2	4	2	4	4	3
Modalwert	4	4	3	5	5	3	3	4	3	4	4	3	3	4	1	6	4	3	2	4	2	4	4	3
Minimum	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1
Maximum	4	6	6	6	6	5	6	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6

Auch die Antwortverteilung in Abhängigkeit zur Sichtbarkeit der Schädigung macht deutlich, daß die Jugendlichen sich bei psychosomatischen Beschwerden häufiger als gesund erleben, bei somatischen Beschwerden häufiger als krank. In bezug auf Müdigkeit und Bauchweh vor einer Klassenarbeit fallen hier die etwas negativeren Einschät-

zungen der Jungen ohne sichtbare Schädigung im Vergleich zu eher positiven Einschätzungen der übrigen drei Gruppen auf. Die Gruppe der Jungen ohne sichtbare Schädigung ähnelt in der Einschätzung ihres Gesundheitszustandes bei Beschwerden den Jungen ohne Behinderung (vgl. Tabelle IV-2-13).

Tabelle IV-2-13: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Einschätzen des Gesundheitszustandes bei Beschwerden (Frage: „Wie fühlst Du Dich, wenn Du ... hast?“)

	UmJ n = 45						UmM n = 25						UoJ n = 26						UoM n = 14					
	Müdigkeit	Schnupfen	Bauchweh vor KA	Armbruch	Schmerzen	Kummer	Müdigkeit	Schnupfen	Bauchweh vor KA	Armbruch	Schmerzen	Kummer	Müdigkeit	Schnupfen	Bauchweh vor KA	Armbruch	Schmerzen	Kummer	Müdigkeit	Schnupfen	Bauchweh vor KA	Armbruch	Schmerzen	Kummer
Median	2	4	2	4	5	3	2	4	3	4	4	3	3	4	3	5	4	3	2	4	2	3	4	3
Modalwert	2	4	1	4	5	2	2	3	2	4	4	3	3	3	4	6	4	3	2	4	2	2	4	3
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1
Maximum	6	6	6	6	6	6	6	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	6	6

2.2 Gesundheitszustand und Menstruation

Diese Fragen wurden nur den Mädchen gestellt.

Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustandes während der Menstruation

Die meisten Mädchen geben an, daß Mädchen nicht krank sind, wenn sie ihre Menstruation haben. Die Mädchen ohne Behinderung vertreten diese Ansicht etwas häufiger (vgl. Tabelle IV-2-14).

Tabelle IV-2-14: Gesundheitskonzepte der Mädchen: Einschätzen des Gesundheitszustandes während der Menstruation (Frage: „Sind Mädchen krank, wenn sie ihre Regel haben?“)

	KM n = 25		UM n = 39		UmM n = 25		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	5	20,0	10	25,6	6	24,0	4	28,6
Nein	20	80,0	29	74,4	19	76,0	10	71,4

Präsenz der Menstruation

Bei den meisten Mädchen hat die Menstruation schon eingesetzt und zwar bei mehr Mädchen ohne Behinderung als bei Mädchen mit Behinderung. Mehr Mädchen ohne Behinderung haben sie in Kürze bzw. hatten sie vor kurzem. Ausschließlich bei einigen Mädchen mit sichtbarer Schädigung hat die Menstruation ausgesetzt. (vgl. Tabelle IV-2-15).

Tabelle IV-2-15: Gesundheitskonzepte der Mädchen: Erfahrung mit der Menstruation (Frage: „Wann hattest Du Deine Regel?“)

	KM n = 25		UM n = 39		UmM n = 25		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
noch keine Menstruation	2	8,0	14	35,9	9	36,0	5	35,7
länger nicht gehabt	2	8,0	5	12,8	5	20,0	0	0,0
letzte/ nächste Woche/ zur Zeit	21	84,0	20	51,3	11	44,0	9	64,3

Einschätzen des Gesundheitszustandes als krank während der Menstruation

Diese Frage wurde nur den Mädchen gestellt, bei denen die Menstruation schon eingesetzt hat. Deshalb ist die Stichprobengröße verringert.

Die Mädchen sollten einschätzen, ob sie sich krank fühlen, wenn sie ihre Menstruation haben. Die Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben: 'trifft gar nicht zu' (1), 'trifft nicht zu' (2), 'trifft eher nicht zu' (3), 'trifft eher zu' (4), 'trifft zu' (5), 'trifft sehr zu' (6).

Für die meisten Mädchen trifft die Aussage, sie seien krank, wenn sie ihre Menstruation hätten, eher nicht zu. Die Mädchen ohne sichtbare Schädigung schätzen sie als zutreffender ein als die Mädchen mit sichtbarer Schädigung (vgl. Tabelle IV-2-16).

Tabelle IV-2-16: Gesundheitskonzepte der Mädchen: Einschätzen des Gesundheitszustandes als krank (Frage: „Wenn ich meine Regel habe, fühle ich mich krank.“)

	KM n = 17	UM n = 25	UmM n = 16	UoM n = 9
Median	3	3	2	3,5
Modalwert	5	1	1	1
Minimum	1	1	1	1
Maximum	5	6	6	6

Die folgenden Diagramme verdeutlichen die Antwortverteilung.

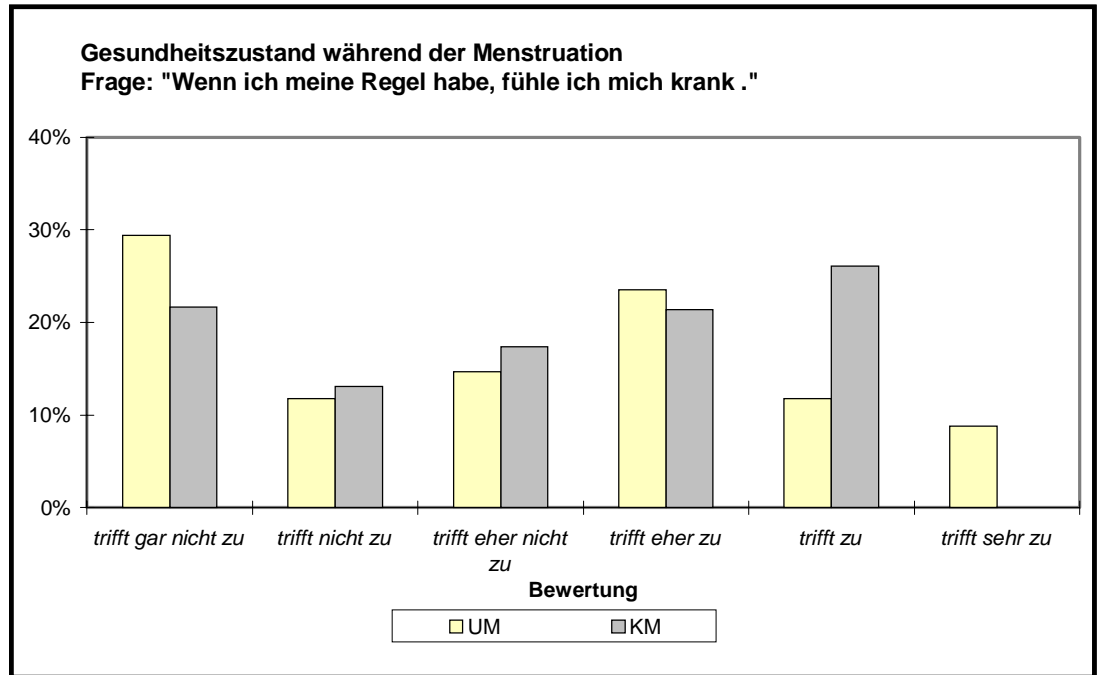


Abbildung IV-2-1: Einschätzen des Gesundheitszustandes während der Menstruation als krank bei Mädchen mit und ohne Behinderung

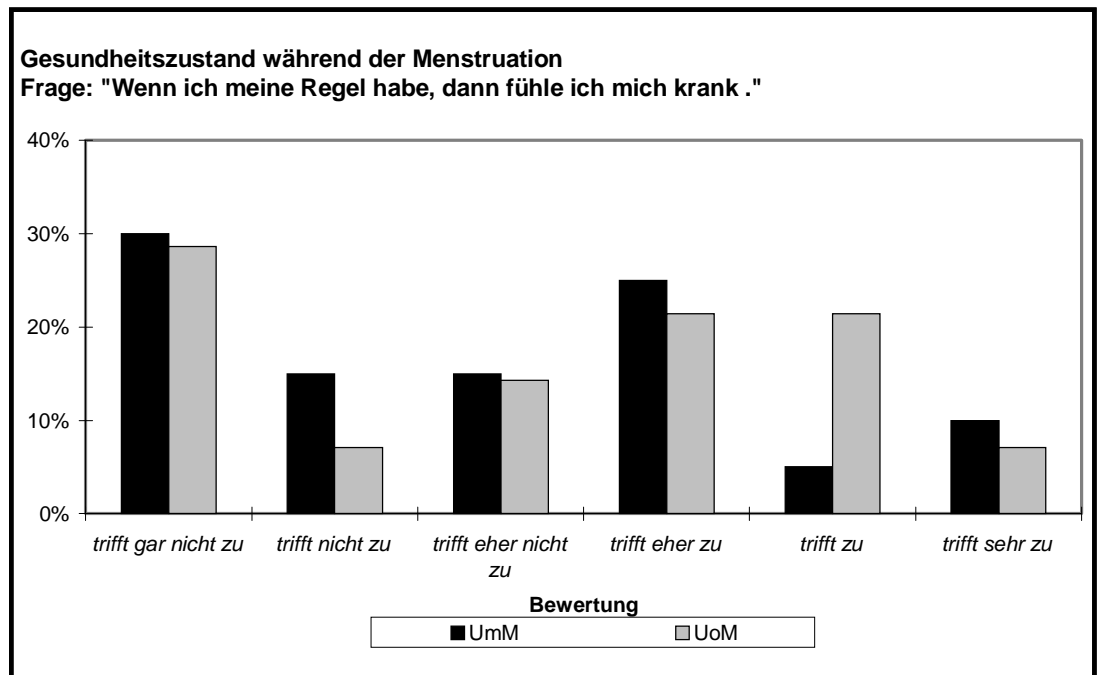


Abbildung IV-2-2: Einschätzen des Gesundheitszustandes als krank bei Mädchen mit und ohne sichtbare Schädigung

Einschätzen des Gesundheitszustandes als gesund während der Menstruation

Auch diese Frage wurde nur den Mädchen gestellt, bei denen die Menstruation schon eingesetzt hat. Deshalb ist die Stichprobengröße verringert.

Die Mädchen sollten einschätzen, ob sie sich gesund fühlen, wenn sie ihre Menstruation haben. Die Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben: 'trifft gar nicht zu' (1), 'trifft nicht zu' (2), 'trifft eher nicht zu' (3), 'trifft eher zu' (4), 'trifft zu' (5), 'trifft sehr zu' (6).

Für die meisten Mädchen trifft die Aussage, sie fühlten sich gesund, wenn sie ihre Menstruation hätten, eher zu. Innerhalb der Untersuchungsgruppe trifft sie für die Mädchen mit sichtbarer Schädigung eher nicht zu. Für die Mädchen ohne sichtbare Schädigung ist sie zutreffend (vgl. Tabelle IV-2-17).

Tabelle IV-2-17: Gesundheitskonzepte der Mädchen: Einschätzen des Gesundheitszustandes als gesund (Frage: „Wenn ich meine Regel habe, fühle ich mich gesund.“)

	KM n = 17	UM n = 25	UmM n = 16	UoM n = 9
Median	4	4	3	5
Modalwert	5	4	6	5
Minimum	1	1	1	1
Maximum	6	6	6	6

Die Antwortverteilung wird in den folgenden Diagrammen dargestellt.

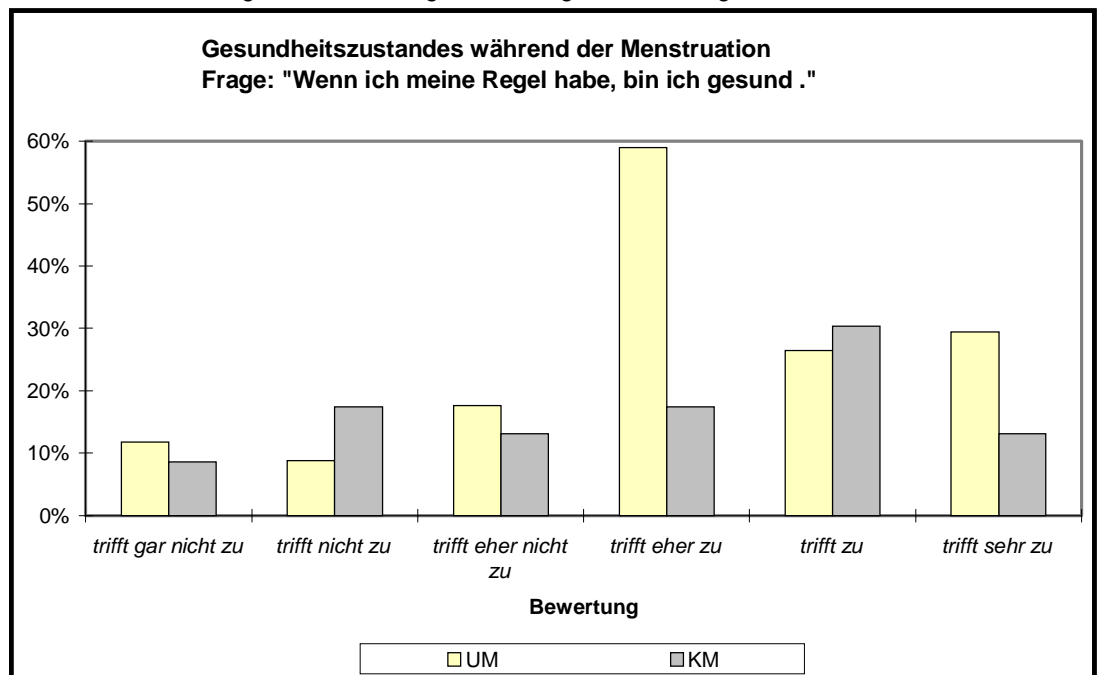


Abbildung IV-2-3: Einschätzen des Gesundheitszustandes als gesund bei Mädchen mit und ohne Behinderung

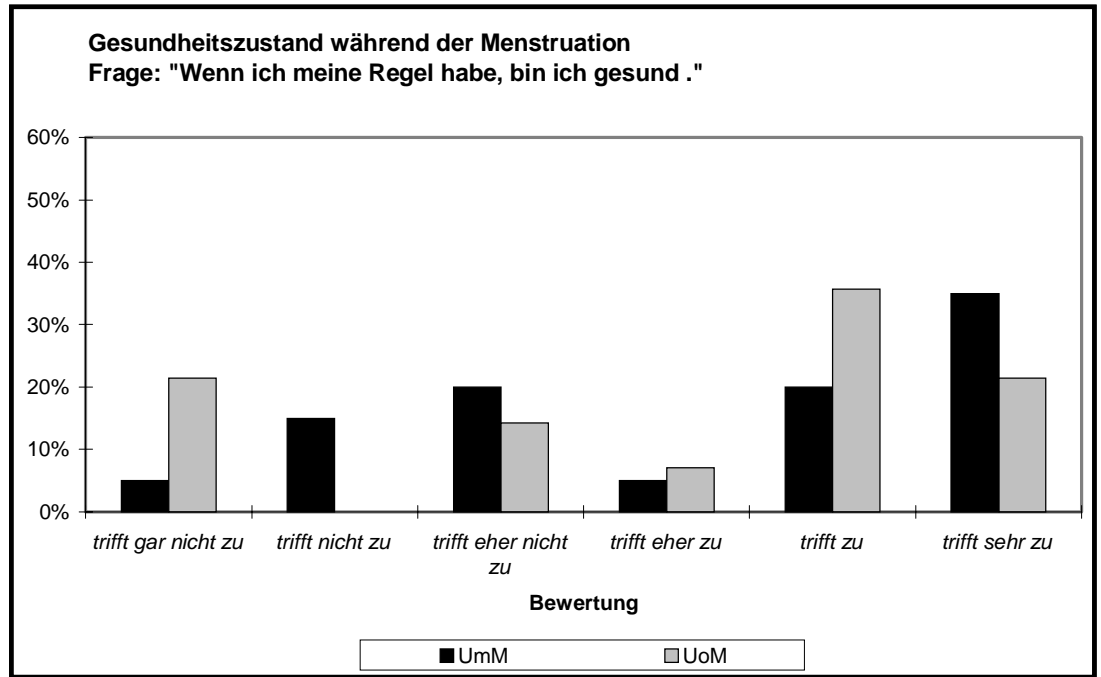


Abbildung IV-2-4: Einschätzen des Gesundheitszustandes als gesund bei Mädchen mit und ohne sichtbare Schädigung

2.3 Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit

Bei den allgemeinen und persönlichen Gesundheits- und Krankheitsbegriffen sind bis zu drei Antworten ausgewertet worden. Die Anzahl der Antworten ist für diese Fragen also dreimal so hoch wie die Stichprobengröße.

Für jeden der vier Begriffe werden die Anzahl der Antworten und die Antwortkategorien ausgewertet.

Allgemeiner Gesundheitsbegriff

Auf die Frage 'Was ist Gesundheit?' haben die Jugendlichen im Durchschnitt zwischen 1,12 und 1,57 Antworten gegeben. Die Mädchen haben mehr Antworten gegeben als die Jungen. Die Jungen ohne sichtbare Schädigung geben etwas weniger Antworten als die Jungen mit sichtbarer Schädigung, die Mädchen ohne sichtbare Schädigung dagegen etwas mehr als die Mädchen mit sichtbarer Schädigung und entsprechen damit eher den Mädchen der Kontrollgruppe (vgl. Tabelle IV-2-18).

Tabelle IV-2-18: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung und mit und ohne sichtbare Schädigung: Durchschnittliche Anzahl der Antworten zum allgemeinen Gesundheitsbegriff

	KJ n = 31	KM n = 25	UJ n = 71	UM n = 39	UmJ n = 45	UmM n = 25	UoJ n = 26	UoM n = 14
Anzahl der Antworten zum allgemeinen Gesundheitsbegriff	1,26	1,52	1,28	1,49	1,38	1,44	1,12	1,57

Antwortkategorien

Den allgemeinen Gesundheitsbegriff beschreiben drei der Gruppen am häufigsten mit *positiver subjektiver Befindlichkeit*, also „daß es einem gut geht“, „wenn man sich wohl

fühlt“ oder „sich gut fühlen“. Lediglich die Mädchen mit Behinderung nennen das *gesundheitsorientierte Handeln* am häufigsten, worunter „nicht rauchen“, „Sport treiben“ und „gesund ernähren“ fallen. Für die Jungen und Mädchen ohne Behinderung hat die Kategorie *Gegenteil von Krankheit* eine etwas höhere Bedeutung für den allgemeinen Gesundheitsbegriff. Darunter fallen Äußerungen wie „nicht krank sein“ und „wenn man keine gesundheitlichen Probleme hat“ (vgl. Tabelle IV-2-19).

Tabelle IV-2-19: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Antwortkategorien zum allgemeinen Gesundheitsbegriff (Frage: „Was ist Gesundheit?“)

	KJ n = 93		KM n = 75		UJ n = 213		UM n = 117	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gegenteil von Krankheit	8	8,6	7	9,3	10	4,7	7	6,0
Bezug zu Behinderung	0	0,0	0	0,0	6	2,8	0	0,0
Positive subjektive Befindlichkeit	12	12,9	15	20,0	28	13,1	13	11,1
Gesundheitsorientiertes Handeln	1	1,1	7	9,3	21	9,9	17	14,5
Berücksichtigung von Psyche + Physis	1	1,1	0	0,0	1	0,5	2	1,7
Fehlende Symptome	5	5,4	3	4,0	8	3,8	10	8,5
Sonstiges	3	3,2	1	1,3	1	0,5	3	2,7
Äußere Bedingungen	0	0,0	0	0,0	2	0,9	2	1,7
nicht auswertbar	9	9,6	5	6,8	14	6,5	4	3,4
Summe gegebener Antworten	39	41,9	38	50,7	91	42,7	58	49,6
keine 2./ 3. Antwort	54	58,1	37	49,3	122	57,3	59	50,4
Summe möglicher Antworten	93	100,0	75	100,0	213	100,0	117	100,0

Innerhalb der Gruppe der Jugendlichen mit Behinderung wird von drei Gruppen am häufigsten *gesundheitsorientiertes Handeln* genannt, damit entsprechen die Mädchengruppen ihrer Bezugsgruppe (Mädchen mit Behinderung). Lediglich die Jungen mit sichtbarer Schädigung nennen *positive subjektive Befindlichkeit* häufiger, wie die Jungen mit und ohne Behinderung. Für die Mädchen ohne sichtbare Schädigung hat *Gesundheit als Gegenteil von Krankheit* eine relativ hohe Bedeutung und entspricht dem Antwortverhalten der Mädchen ohne Behinderung (vgl. Tabelle IV-2-20).

Tabelle IV-2-20: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Antwortkategorien zum allgemeinen Gesundheitsbegriff (Frage: „Was ist Gesundheit?“)

	UmJ n = 135		UmM n = 75		UoJ n = 78		UoM n = 42	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gegenteil von Krankheit	5	3,7	3	4,0	5	6,4	4	9,4
Bezug zu Behinderung	6	4,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Positive subjektive Befindlichkeit	20	14,9	10	13,3	8	10,2	3	7,1
Gesundheitsorientiertes Handeln	10	7,4	11	14,7	11	14,1	6	14,3
Berücksichtigung von Psyche + Physis	1	0,7	1	1,3	0	0,0	1	2,4
Fehlende Symptome	6	4,4	8	10,7	2	2,6	2	4,8
Sonstiges	0	0,0	1	1,3	0	0,0	2	4,8
Äußere Bedingungen	2	1,5	0	0,0	1	1,3	2	4,8
nicht auswertbar	12	8,9	2	2,7	2	2,6	2	4,8
Summe gegebener Antworten	62	45,9	36	48,0	29	37,2	22	52,4
keine 2./ 3. Antwort	73	54,1	39	52,0	49	62,8	20	47,6
Summe möglicher Antworten	135	100,0	75	100,0	78	100,0	42	100,0

Persönlicher Gesundheitsbegriff

Die Jugendlichen geben im Durchschnitt zwischen 1,08 und 1,29 Antworten; die Mädchen ohne Behinderung geben die wenigsten Antworten, die Mädchen mit und die Jungen ohne Behinderung die meisten.

Bei den Jugendlichen mit und ohne sichtbare Schädigung geben die Jungen ohne sichtbare Schädigung die wenigsten Antworten, wie die Jungen mit Behinderung; die Mädchen ohne sichtbare Schädigung geben die meisten Antworten, entsprechend den Mädchen mit Behinderung (vgl. Tabelle IV-2-21).

Tabelle IV-2-21: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung und mit und ohne sichtbare Schädigung: Durchschnittliche Anzahl der Antworten zum persönlichen Gesundheitsbegriff

	KJ n = 31	KM n = 25	UJ n = 71	UM n = 39	UmJ n = 45	UmM n = 25	UoJ n = 26	UoM n = 14
Anzahl der Antworten zum persönlichen Gesundheitsbegriff	1,23	1,08	1,13	1,23	1,16	1,20	1,08	1,29

Antwortkategorien

Die Jugendlichen beschreiben Gesundheit persönlich am häufigsten als *positive subjektive Befindlichkeit*. Den Satz, „Ich fühle mich völlig gesund, wenn ...“, beenden sie beispielsweise mit, „ich glücklich bin“, „gut drauf bin“ oder „mich gut fühle“. Die Ausnahme bilden die Mädchen mit Behinderung, die ebenso häufig *gesundheitsorientiertes Handeln* wie *äußere Bedingungen* nennen. Unter *gesundheitsorientiertes Handeln* beim persönlichen Gesundheitsbegriff fallen Äußerungen wie wenn „ich mich gut ernähre“, „ich trocken bin“ oder „ich Sport getrieben habe“, unter *äußere Bedingungen* bei-

spielsweise, wenn „alle lieb zu mir sind“, „ich unter Kindern bin“ oder ich „ein gutes Zeugnis“ habe (vgl. Tabelle IV-2-22).

Tabelle IV-2-22: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Antwortkategorien zum persönlichen Gesundheitsbegriff (Frage: „Ich fühle mich rundherum gesund, wenn ...“)

	KJ n = 93		KM n = 75		UJ n = 213		UM n = 117	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gegenteil von Krankheit	2	2,2	1	1,3	6	2,8	3	2,6
Bezug zu Behinderung	0	0,0	1	1,3	5	2,3	2	1,7
Positive subjektive Befindlichkeit	16	17,1	12	16,0	29	13,6	10	8,5
Gesundheitsorientiertes Handeln	14	15,1	4	5,3	24	11,3	11	9,4
Berücksichtigung von Psyche + Physis	0	0,0	2	2,7	2	0,9	1	0,9
Fehlende Symptome	0	0,0	3	4,0	5	2,3	4	3,4
Sonstiges	1	1,1	0	0,0	1	0,6	3	2,6
Äußere Bedingungen	3	3,2	2	2,7	4	1,9	10	8,5
nicht auswertbar	2	2,2	2	2,7	4	1,9	4	3,4
Summe gegebener Antworten	38	40,9	27	36,0	80	37,6	48	41,0
keine 2./ 3. Antwort	55	59,1	48	64,0	133	62,4	69	59,0
Summe möglicher Antworten	93	100,0	75	100,0	213	100,0	117	100,0

Innerhalb der Gruppe der Jugendlichen mit Behinderung entsprechen die Antworten von drei Gruppen den obengenannten Ergebnissen. Für die Mädchen ohne sichtbare Schädigung sind *äußere Bedingungen* und *gesundheitsorientiertes Handeln* wichtiger als für die übrigen Gruppen (vgl. Tabelle IV-2-23).

Tabelle IV-2-23: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Antwortkategorien zum persönlichen Gesundheitsbegriff (Frage: „Ich fühle mich rundherum gesund, wenn...“)

	UmJ n = 135		UmM n = 75		UoJ n = 78		UoM n = 42	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gegenteil von Krankheit	4	3,0	2	2,7	2	2,6	1	2,4
Bezug zu Behinderung	3	2,2	0	0,0	2	2,6	2	4,8
Positive subjektive Befindlichkeit	20	14,8	9	12,0	9	11,5	1	2,4
Gesundheitsorientiertes Handeln	18	13,4	6	8,0	6	7,7	5	11,8
Berücksichtigung von Psyche + Physis	1	0,7	1	1,3	1	1,3	0	0,0
Fehlende Symptome	2	1,5	3	4,0	3	3,8	1	2,4
Sonstiges	1	0,7	2	2,7	0	0,0	1	2,4
Äußere Bedingungen	2	1,5	4	5,3	2	2,6	6	14,3
nicht auswertbar	1	0,7	3	4,0	3	3,8	1	2,4
Summe gegebener Antworten	52	38,5	30	40,0	28	35,9	18	42,9
keine 2./ 3. Antwort	83	61,5	45	60,0	50	64,1	24	57,1
Summe möglicher Antworten	135	100,0	75	100,0	78	100,0	42	100,0

Allgemeiner Krankheitsbegriff

Die Jugendlichen geben im Durchschnitt zwischen 1,27 und 2 Antworten auf die Frage „Was ist Krankheit?“. Die Mädchengruppen geben durchschnittlich mehr Antworten als die Jungengruppen.

Innerhalb der Gruppe der Jugendlichen mit Behinderung geben die Mädchen ohne sichtbare Schädigung durchschnittlich die meisten Antworten, wie die Mädchen Untersuchungs- und Kontrollgruppe, und die Jungen ohne sichtbare Schädigung geben die wenigsten Antworten, wie die Jungen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe (vgl. Tabelle IV-2-24).

Tabelle IV-2-24: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung und mit und ohne sichtbare Schädigung: Durchschnittliche Anzahl der Antworten zum allgemeinen Krankheitsbegriff

	KJ n = 31	KM n = 25	UJ n = 71	UM n = 39	UmJ n = 45	UmM n = 25	UoJ n = 26	UoM n = 14
Anzahl der Antworten zum allgemeinen Krankheitsbegriff	1,45	1,72	1,42	1,67	1,51	1,48	1,27	2,00

Antwortkategorien

Bezüglich des allgemeinen Krankheitsbegriffs besteht ein homogenes Bild: Am häufigsten definieren die Jugendlichen Krankheit, indem sie *Symptome* bzw. *Krankheiten* beschreiben. Sie zählen „Schmerzen“, „Fieber“ und „Erbrechen“ auf oder Krankheiten wie „Krebs“, „Aids“ und „Hepatitis“. An zweiter Stelle steht bei allen Jugendlichen *negatives subjektives Befinden*, wie „wenn man sich nicht wohl fühlt“, „wenn’s einem schlecht geht“ oder „sich schlecht und schwach fühlen“ (vgl. Tabelle IV-2-25).

Tabelle IV-2-25: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Antwortkategorien zum allgemeinen Krankheitsbegriff (Frage: „Was ist Krankheit?“)

	KJ n = 93		KM n = 75		UJ n = 213		UM n = 117	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gegenteil von Gesundheit	1	1,1	1	1,3	3	1,4	2	1,7
Bezug zu Behinderung	1	1,1	1	1,3	7	3,3	2	1,7
Negative subjektive Befindlichkeit	14	15,1	13	17,4	22	10,3	20	17,1
Gesundheitsorientiertes Handeln	4	4,3	3	4,0	11	5,2	11	9,4
Berücksichtigung von Psyche + Physis	1	1,1	1	1,3	1	0,5	0	0,0
Symptome/ Krankheiten	19	20,3	18	24,0	46	21,5	25	21,4
Sonstiges	1	1,1	1	1,3	1	0,5	0	0,0
Äußere Bedingungen	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	1,7
nicht auswertbar	4	4,3	3	4,0	10	4,7	3	2,6
Summe gegebener Antworten	45	48,4	43	57,3	101	47,4	65	55,6
keine 2./ 3. Antwort	48	51,6	32	42,7	112	52,6	52	44,4
Summe möglicher Antworten	93	100,0	75	100,0	213	100,0	117	100,0

Innerhalb der Untersuchungsgruppe ist die Darstellung des allgemeinen Krankheitsbegriffs weniger einheitlich: Die Jungengruppen entsprechen etwa ihrer Bezugsgruppe, wobei Jungen ohne sichtbare Schädigung mehrere Kategorien an zweiter Stelle nennen. Für Mädchen mit sichtbarer Schädigung sind *Symptome* am zweitwichtigsten, *negatives subjektives Befinden* ist am wichtigsten. Bei den Mädchen ohne sichtbare Schädigung steht an zweiter Stelle das *gesundheitsorientierte Handeln*, wie „im Bett liegen“, „falsche Ernährung“, „wenn man niemals zum Arzt geht“. *Gesundheitsorientiertes Handeln* hat für die Jugendlichen ohne sichtbare Schädigung mehr Bedeutung als für die Jugendlichen mit sichtbarer Schädigung. Letzteren ist die *negative subjektive Befindlichkeit* wichtiger als den anderen beiden Gruppen (vgl. Tabelle IV-2-26).

Tabelle IV-2-26: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Antwortkategorien zum allgemeinen Krankheitsbegriff (Frage: „Was ist Krankheit?“)

	UmJ n = 135		UmM n = 75		UoJ n = 78		UoM n = 42	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gegenteil von Gesundheit	2	1,5	2	2,7	1	1,3	0	0,0
Bezug zu Behinderung	5	3,7	0	0,0	2	2,6	2	4,8
Negative subjektive Befindlichkeit	18	13,3	17	22,6	4	5,1	3	7,1
Gesundheitsorientiertes Handeln	7	5,2	5	6,7	4	5,1	6	14,3
Berücksichtigung von Psyche + Physis	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0
Symptome/ Krankheiten	29	21,6	10	13,3	17	21,8	15	35,7
Sonstiges	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Äußere Bedingungen	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	2,4
nicht auswertbar	6	4,4	2	2,7	4	5,1	1	2,4
Summe gegebener Antworten	68	50,4	37	49,3	33	42,3	28	66,7
keine 2./ 3. Antwort	67	49,6	38	50,7	45	57,7	14	33,3
Summe möglicher Antworten	135	100,0	75	100,0	78	100,0	42	100,0

Persönlicher Krankheitsbegriff

Die Anzahl der Antworten liegt durchschnittlich zwischen 1,19 und 1,57. Die Mädchen ohne und die Jungen mit Behinderung geben die wenigsten, die Mädchen mit Behinderung die meisten Antworten. Die Mädchen ohne sichtbare Schädigung geben die meisten Antworten (vgl. Tabelle IV-2-27).

Tabelle IV-2-27: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung und mit und ohne sichtbare Schädigung: Durchschnittliche Anzahl der Antworten zum persönlichen Krankheitsbegriff

	KJ n = 31	KM n = 25	UJ n = 71	UM n = 39	UmJ n = 45	UmM n = 25	UoJ n = 26	UoM n = 14
Anzahl der Antworten zum persönlichen Krankheitsbegriff	1,39	1,20	1,20	1,49	1,20	1,44	1,19	1,57

Antwortkategorien

Die meisten Jugendlichen beschreiben ihre persönlichen Krankheitsvorstellungen mit *Symptomen* und *Krankheiten*, wie „Fieber haben“, „morgens, wenn ich Kopfschmerzen habe“ und „wenn ich mich angesteckt habe“. Am häufigsten nennen dies Mädchen mit Behinderung, am seltensten die Jungen mit Behinderung. *Negative subjektive Befindlichkeit*, zum Beispiel „wenn ich zu nichts Lust habe“, „wenn ich schlecht drauf bin“ oder „wenn es mir richtig scheiße geht“ nennen die Jungen ohne Behinderung häufiger als die anderen drei Gruppen (vgl. Tabelle IV-2-28).

Tabelle IV-2-28: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Antwortkategorien zum persönlichen Krankheitsbegriff (Frage: „Ich fühle mich richtig krank wenn...“)

	KJ n = 93		KM n = 75		UJ n = 213		UM n = 117	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Gegenteil von Gesundheit	1	1,1	0	0,0	0	0,0	2	1,7
Bezug zu Behinderung	0	0,0	1	1,3	1	0,5	0	0,0
Negative subjektive Befindlichkeit	17	18,3	10	13,3	23	10,8	12	10,3
Gesundheitsorientiertes Handeln	2	2,2	1	1,3	10	4,7	6	5,1
Berücksichtigung von Psyche + Physis	1	1,1	0	0,0	3	1,4	4	3,4
Symptome/ Krankheiten	17	18,3	14	18,7	34	16,0	29	24,8
Sonstiges	2	2,2	1	1,3	3	1,4	0	0,0
Äußere Bedingungen	1	1,1	1	1,3	2	0,9	3	2,6
nicht auswertbar	2	2,2	2	2,7	9	4,2	2	1,7
Summe gegebener Antworten	43	46,5	30	39,9	85	39,9	58	49,6
keine 2./ 3. Antwort	50	53,5	45	60,1	128	60,1	59	50,4
Summe möglicher Antworten	93	100,0	75	100,0	213	100,0	117	100,0

In bezug auf die erste Nennung ist die Beschreibung des persönlichen Krankheitsbegriffs relativ einheitlich. Die Jungen mit sichtbarer Schädigung nennen die *negative subjektive Befindlichkeit* häufiger als die anderen drei Gruppen und entsprechen damit den Jungen ohne Behinderung. Die Mädchen ohne sichtbare Schädigung nennen wie beim allgemeinen Krankheitsbegriff das *gesundheitsorientierte Handeln* wie „faule Sachen essen“, „im Bett liegen“ oder „wenn ich mich ungesund ernähre“, häufiger als die anderen Gruppen (vgl. Tabelle IV-2-29).

Tabelle IV-2-29: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Antwortkategorien zum persönlichen Krankheitsbegriff (Frage: „Ich fühle mich richtig krank wenn...“)

	UmJ n = 135		UmM n = 75		UoJ n = 78		UoM n = 42	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Gegenteil von Gesundheit	0	0,0	2	2,7	0	0,0	0	0,0
Bezug zu Behinderung	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Negative subjektive Befindlichkeit	17	12,6	12	16,0	6	7,7	0	0,0
Gesundheitsorientiertes Handeln	5	3,7	2	2,7	5	6,4	4	9,5
Berücksichtigung von Psyche + Physis	1	0,7	3	4,0	2	2,6	1	2,4
Symptome/ Krankheiten	18	13,3	15	20,0	16	20,5	14	33,3
Sonstiges	3	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Äußere Bedingungen	2	1,5	1	1,3	0	0,0	2	4,8
nicht auswertbar	7	5,2	1	1,3	2	2,6	1	2,4
Summe gegebener Antworten	54	39,9	36	48,0	31	39,8	22	52,4
keine 2./ 3. Antwort	81	60,1	39	52,0	47	60,2	20	47,6
Summe möglicher Antworten	135	100,0	75	100,0	78	100,0	42	100,0

Beurteilung bestehender Gesundheitsvorstellungen

Für bestehende Vorstellungen zu Gesundheit sind Metaphern gebildet und beschrieben worden, die die Jugendlichen Gesundheit zuordnen sollten. Dabei entspricht 'Uhr' der Vorstellung, Gesundheit sei Leistungsfähigkeit, 'Luftballon' entspricht der Vorstellung, daß Gesundheit und Krankheit sich ausschließen, 'Lineal', daß Gesundheit und Krankheit zwei Pole darstellen und 'Mobile' entspricht der Vorstellung, Gesundheit sei als Gleichgewicht zu verstehen.

Die Einschätzung der Jugendlichen mit und ohne Behinderung ist nicht einheitlich: Die Jugendlichen ohne Behinderung geben häufiger an, Gesundheit und Krankheit würden sich ausschließen als die Jugendlichen mit Behinderung. Beide Mädchengruppen verstehen Gesundheit häufiger als Gleichgewicht als die Jungengruppen. Die Jungen mit Behinderung setzen Gesundheit am häufigsten mit Leistungsfähigkeit gleich (vgl. Tabelle IV-2-30).

Tabelle IV-2-30: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Beurteilung bestehender Gesundheitsvorstellungen (Frage: 'Womit würdest Du Gesundheit vergleichen?')

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Uhr (Leistungsfähigkeit)	9	29,0	5	20,0	23	32,4	7	17,9
Luftballon (Krankheit ausschließend)	10	32,3	9	36,0	12	16,9	8	20,5
Lineal (Kontinuum)	7	22,6	2	8,0	16	22,5	10	25,6
Mobile (Gleichgewicht)	5	16,1	9	36,0	20	28,2	14	35,8

Innerhalb der Gruppe der Jugendlichen mit Behinderung ist die Antwortverteilung ähnlich: Lediglich die Jungen mit sichtbarer Schädigung vergleichen Gesundheit am häufigsten mit Leistungsfähigkeit, wie die Jungen der Untersuchungsgruppe. Die anderen drei Gruppen verstehen Gesundheit am häufigsten als Gleichgewicht (vgl. Tabelle IV-2-31).

Tabelle IV-2-31: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Beurteilung bestehender Gesundheitsvorstellungen (Frage: 'Womit würdest Du Gesundheit vergleichen?')

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Uhr (Leistungsfähigkeit)	16	35,6	6	24,0	7	26,8	1	7,1
Luftballon (Krankheit ausschließend)	9	20,0	4	16,0	3	11,5	4	28,6
Lineal (Kontinuum)	13	28,8	6	24,0	3	11,5	4	28,6
Mobile (Gleichgewicht)	7	15,6	9	36,0	13	50,0	5	35,7

Beurteilung von Krankheit

Die Jugendlichen konnten bei dieser Frage zwei Antworten geben. Deshalb ist die Anzahl der Antworten doppelt so groß wie die Stichprobengröße. Die Antworten waren vorgegeben: 'prima' (1), 'angenehm' (2), 'langweilig' (3), 'doof' (4) und 'schrecklich' (5).

Die meisten Jugendlichen beurteilen krank sein als *langweilig* (vgl. Tabelle IV-2-32).

Tabelle IV-2-32: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung und mit und ohne sichtbare Schädigung: Bewertung von Krankheit (Frage: „Wie findest Du es, krank zu sein?“)

	KJ n = 62	KM n = 50	UJ n = 142	UM n = 78	UmJ n = 90	UmM n = 50	UoJ n = 52	UoM n = 28
Median	3	3	3	3	3	3	3	3
Modalwert	3	3	3	3	3	3	3	3
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	5	5	5	5	5	5	5	5

In den folgenden Diagrammen (vgl. Abbildung IV-2-5 und Abbildung IV-2-6) wird die Antwortverteilung dargestellt.

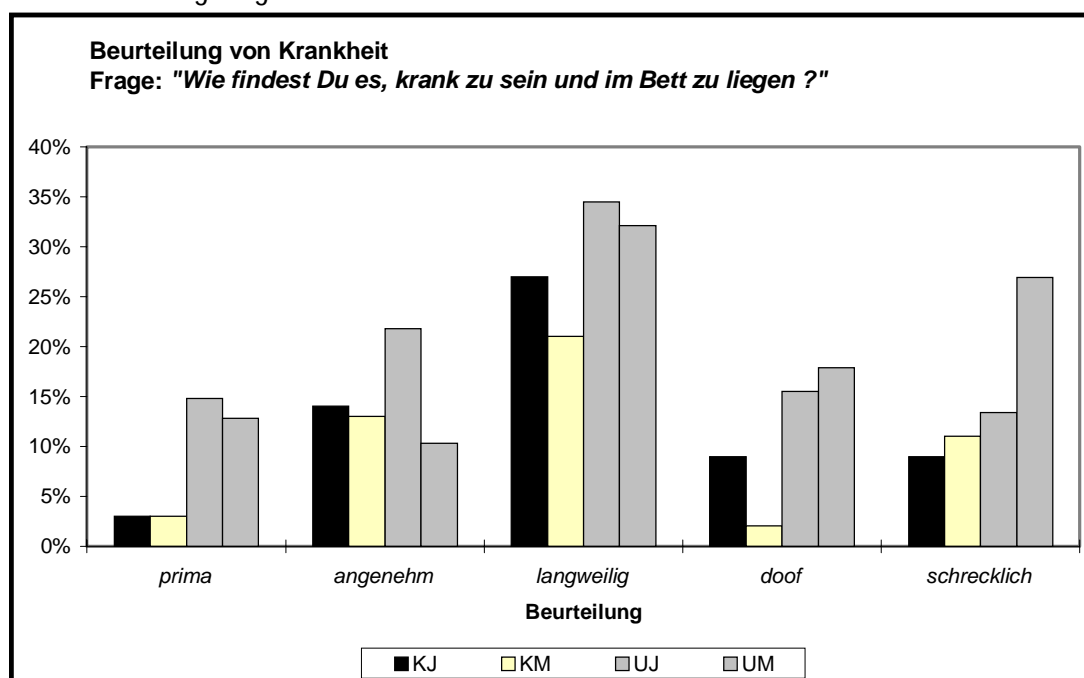


Abbildung IV-2-5: Antwortverteilung zur Bewertung von Krankheit durch die Jugendlichen mit und ohne Behinderung

Die Extrempositionen bei der Beurteilung von Krankheit werden häufiger von Jugendlichen mit Behinderung als von Jugendlichen ohne Behinderung gewählt.

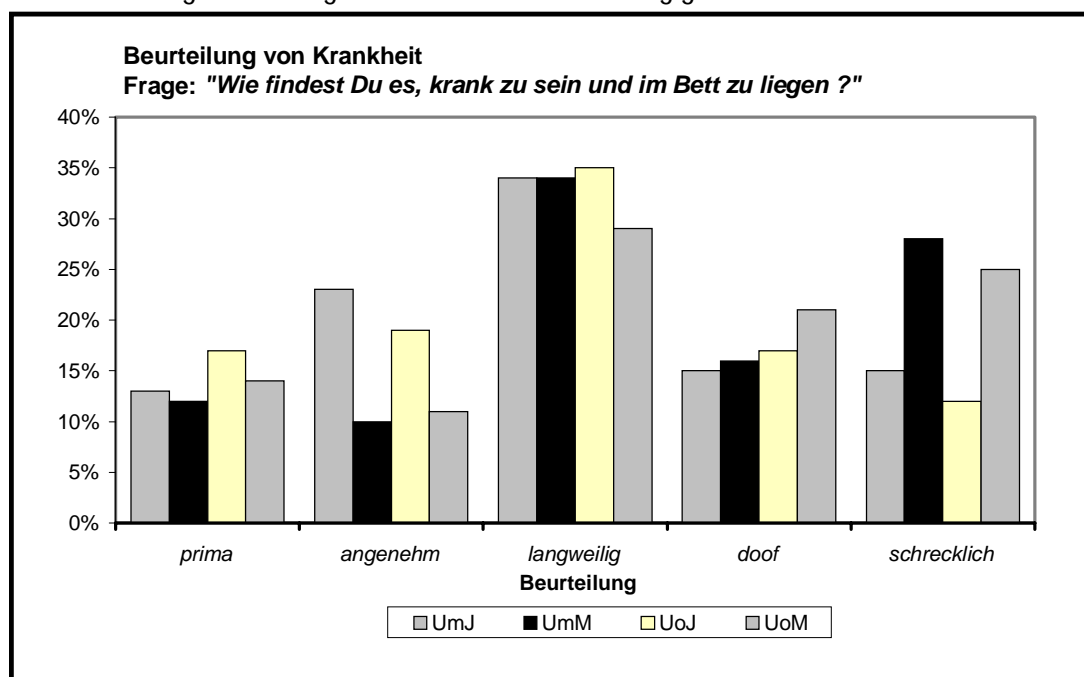


Abbildung IV-2-6: Antwortverteilung zur Bewertung von Krankheit durch die Jugendlichen mit und ohne Schädigung

Die Antwortverteilung bei der Beurteilung von Krankheit innerhalb der Gruppe mit Behinderung ist relativ ähnlich: die Jungengruppen schätzen krank sein eher positiv ein, die Antwortverteilung der Mädchen fällt stärker aus der Normalverteilung heraus.

Gründe für die Bewertung von Krankheit

Die Variable setzt sich aus folgenden Aussagen zusammen:

- Grund für die erste Beurteilung (Mehrfachwahlantwort)
ggf. eigener Grund für die erste Beurteilung
- Grund für die zweite Beurteilung (Mehrfachwahlantwort)
ggf. eigener Grund für die zweite Beurteilung

Für jede der beiden zur vorhergehenden Frage gegebenen Antworten sollte der Grund angegeben werden. Dabei waren folgende vier Gründe vorgegeben:

- 'weil ich tun kann, wozu ich Lust habe'
bzw. wenn *langweilig* und schlechter angegeben wurde, 'weil ich meine Freunde/ Freundinnen nicht sehen kann'
- 'weil ich verwöhnt werde'
bzw. wenn *langweilig* und schlechter angegeben wurde 'weil keiner sich um mich kümmert'
- 'weil ich nicht zur Schule muß'
- 'weil ich allein bin'

Die Jugendlichen hatten außerdem die Möglichkeit, eigene Gründe zu nennen, die zu Kategorien zusammengefaßt wurden.

Die Jugendlichen ohne Behinderung und die Jungen mit Behinderung finden krank sein am häufigsten *langweilig* bzw. schlechter, weil sie ihre 'Freundinnen und Freunde nicht treffen' können; die Mädchen nennen diesen Grund, um zu begründen, warum sie es *schrecklich* finden, krank zu sein. Für die Jugendlichen mit Behinderung ist krank sein sowohl negativ als auch positiv besetzt, weil sie 'nicht zur Schule gehen' können bzw. brauchen.

Die genaue Antwortverteilung ist den folgenden Tabellen zu entnehmen (vgl. Tabelle IV-2-33 und Tabelle IV-2-34).

Tabelle IV-2-33: Gesundheitskonzepte Jugendlicher ohne Behinderung: Antwortverhältnis Beurteilung von Krankheit und Grund der Beurteilung (Frage: „Warum findest Du es ... krank zu sein und im Bett zu liegen?“)

	KJ n = 62					KM n = 50				
	prima	angenehm	langweilig	doof	schrecklich	prima	angenehm	langweilig	doof	schrecklich
eigener Grund: entspannen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
eigener Grund: aktiv sein	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
eigener Grund: passiv sein	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0
eigener Grund: negative Befindlichkeit	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
eigener Grund: Sonstiges	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
tun wozu ich Lust habe	0	3	#	#	#	0	1	#	#	#
Freundeskreis nicht treffen kann	#	#	17	3	5	#	#	13	2	7
verwöhnt werden	0	2	#	#	#	0	6	#	#	#
sich keiner kümmert	#	#	0	0	0	#	#	0	0	0
nicht zur Schule gehen	2	9	1	2	2	2	5	2	0	1
allein sein	1	0	7	2	2	0	1	5	0	2

#: Antwortmöglichkeit stand nicht zur Auswahl

Tabelle IV-2-34: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit Behinderung: Antwortverhältnis Beurteilung von Krankheit und Grund der Beurteilung (Frage: „Warum findest Du es ... krank zu sein und im Bett zu liegen?“)

	UJ n = 142					UM n = 78				
	prima	angenehm	langweilig	doof	schrecklich	prima	angenehm	langweilig	doof	schrecklich
eigener Grund: entspannen	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
eigener Grund: aktiv sein	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
eigener Grund: passiv sein	0	0	5	0	2	0	0	1	0	0
eigener Grund: negative Befindlichkeit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
eigener Grund: Sonstiges	1	0	2	0	0	0	0	2	0	3
tun wozu ich Lust habe	4	8	#	#	#	0	1	#	#	#
Freundeskreis nicht treffen kann	#	#	18	7	6	#	#	7	3	9
verwöhnt werden	2	3	#	#	#	7	4	#	#	#
sich keiner kümmert	#	#	0	0	0	#	#	0	0	0
nicht zur Schule gehen	11	13	15	9	6	7	4	12	7	5
allein sein	1	4	9	6	5	2	0	4	4	3

#: Antwortmöglichkeit stand nicht zur Auswahl

Auch innerhalb der Gruppe der Jugendlichen mit Behinderung wird krank sein von allen Untergruppen sowohl positiv als auch negativ beurteilt, weil die Jugendlichen 'nicht zur Schule gehen' können bzw. brauchen. Die Mädchen mit sichtbarer Schädigung geben am häufigsten an, krank sein sei *schrecklich*, weil sie ihren Freundeskreis nicht treffen könnten. Die genaue Antwortverteilung ist in den untenstehenden Tabellen (vgl. Tabelle IV-2-35 und Tabelle IV-2-36) dargestellt.

Tabelle IV-2-35: Gesundheitskonzepte Jugendlicher ohne sichtbare Schädigung: Antwortverhältnis Beurteilung von Krankheit und Grund der Beurteilung (Frage: „Warum findest Du es ... krank zu sein und im Bett zu liegen?“)

	UmJ n = 90					UmM n = 50				
	prima	angenehm	langweilig	doof	schrecklich	prima	angenehm	langweilig	doof	schrecklich
eigener Grund: entspannen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
eigener Grund: aktiv sein	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
eigener Grund: passiv sein	0	0	4	0	1	0	0	1	0	0
eigener Grund: negative Befindlichkeit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
eigener Grund: Sonstiges	0	0	2	0	0	0	0	1	0	3
tun, wozu ich Lust habe	4	7	#	#	#	0	1	#	#	#
Freundeskreis nicht treffen kann	#	#	11	4	5	#	#	4	2	7
verwöhnt werden	0	2	#	#	#	0	0	#	#	#
sich keiner kümmert	#	#	0	0	0	#	#	0	0	0
nicht zur Schule gehen	7	7	9	6	3	3	4	9	4	3
allein sein	0	3	5	3	4	2	0	2	2	1

#: Antwortmöglichkeit stand nicht zur Auswahl

Tabelle IV-2-36: Gesundheitskonzepte Jugendlicher ohne sichtbare Schädigung: Antwortverhältnis Beurteilung von Krankheit und Grund der Beurteilung (Frage: „Warum findest Du es ... krank zu sein und im Bett zu liegen?“)

	UoJ n = 52					UoM n = 28				
	prima	angenehm	langweilig	doof	schrecklich	prima	angenehm	langweilig	doof	schrecklich
eigener Grund: entspannen	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
eigener Grund: aktiv sein	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
eigener Grund: passiv sein	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
eigener Grund: negative Befindlichkeit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
eigener Grund: Sonstiges	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
tun, wozu ich Lust habe	0	1	#	#	#	0	0	#	#	#
Freundeskreis nicht treffen kann	#	#	7	3	1	#	#	4	1	2
verwöhnt werden	2	1	#	#	#	0	2	#	#	#
sich keiner kümmert	#	#	0	0	0	#	#	0	0	0
nicht zur Schule gehen	4	6	6	3	3	4	0	3	3	2
allein sein	1	1	4	3	1	0	0	2	2	2

#: Antwortmöglichkeit stand nicht zur Auswahl

2.4 Stellenwert von Gesundheit

Die Jugendlichen haben vier Werte aus sieben Beispielen in eine Rangfolge gebracht; alle nicht platzierten Bereiche erhalten die Platznummer 5.

Bedeutung verschiedener Werte

Für die meisten Jungen ohne Behinderung sind *Spaß haben* und *Freunde und Freundinnen haben* wichtiger als *gesund sein*. Allen anderen ist Gesundheit am wichtigsten oder ebenso wichtig wie ein anderer Wert. Die Jungen und Mädchen mit Behinderung ordnen die Werte nahezu allen Plätzen zu, die Jugendlichen ohne Behinderung nicht (vgl. Tabelle IV-2-37 und Tabelle IV-2-38).

Tabelle IV-2-37: Gesundheitskonzepte Jugendlichen ohne Behinderung: Bedeutung verschiedener Werte im Leben (Frage: „Wie wichtig ist Dir ...?“)

	KJ n = 31							KM n = 25						
	FreundInnen haben	Gesund sein	Gute Zensuren haben	Geld haben	Spaß haben	Gut aussehen	Freund/ Freundin haben	FreundInnen haben	Gesund sein	Gute Zensuren haben	Geld haben	Spaß haben	Gut aussehen	Freund/ Freundin haben
Median	2	3	5	5	2	5	4	2	2	4	5	3	5	5
Modalwert	2	3	5	5	1	5	5	1	1;2	4	5	3	5	5
Minimum	1	1	1	2	1	3	2	1	1	1	2	1	4	1
Maximum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Tabelle IV-2-38: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit Behinderung: Bedeutung verschiedener Werte im Leben (Frage: „Wie wichtig ist Dir ...?“)

	UJ n = 71							UM n = 39						
	FreundInnen haben	Gesund sein	Gute Zensuren haben	Geld haben	Spaß haben	Gut aussehen	Freund/ Freundin haben	FreundInnen haben	Gesund sein	Gute Zensuren haben	Geld haben	Spaß haben	Gut aussehen	Freund/ Freundin haben
Median	3	2	4	5	2	5	5	3	2	4	5	3	5	5
Modalwert	2	1	5	5	2	5	5	2	1	5	5	4	5	5
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Maximum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Die Antwortverteilung für die Bedeutung von Gesundheit im Leben ist dem nachfolgenden Diagramm zu entnehmen (vgl. Abbildung IV-2-7).

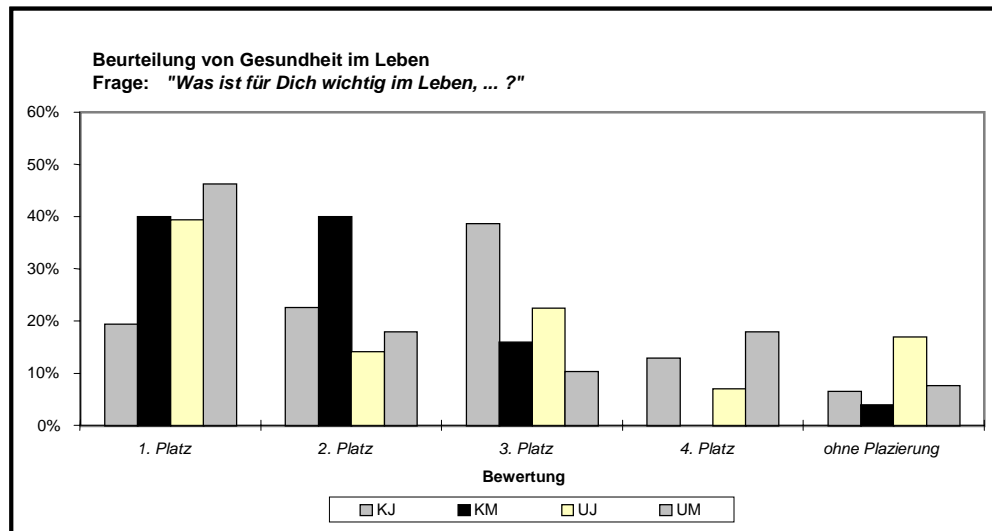


Abbildung IV-2-7: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Stellenwert von Gesundheit

Die Antworten der Jungen mit sichtbarer Schädigung entsprechen in etwa denen der Jungen ohne Behinderung: Für sie ist *Spaß haben* wichtiger als *gesund sein*. Allen anderen Gruppen ist *gesund sein* wichtiger als die übrigen Werte, mit Ausnahme der Mädchen ohne sichtbare Schädigung, denen *Freunde und Freundinnen zu haben* ebenso wichtig ist, entsprechend den Mädchen ohne Behinderung (vgl. Tabelle IV-2-39 und Tabelle IV-2-40).

Tabelle IV-2-39: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit sichtbarer Schädigung: Bedeutung verschiedener Werte im Leben (Frage: „Wie wichtig ist Dir ...?“)

	UmJ n = 45							UmM n = 25						
	Fr eu nd In ne n ha be	G es un d sei	G ut e Ze ns ur en ha be	G el d ha be	Sp aß ha be n	G ut au ss eh	Fr eu nd / Fr eu nd in ha	Fr eu nd In ne n ha be	G es un d sei	G ut e Ze ns ur en ha be	G el d ha be	Sp aß ha be n	G ut au ss eh	Fr eu nd / Fr eu nd in ha
Median	3	3	4	5	2	5	5	3	1	4	5	4	5	5
Modalwert	2	1	5	5	2	5	5	2	1	5	5	4	5	5
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Maximum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Tabelle IV-2-40: Gesundheitskonzepte Jugendlicher ohne sichtbare Schädigung: Bedeutung verschiedener Werte im Leben (Frage: „Wie wichtig ist Dir ...?“)

	UoJ n = 26							UoM n = 14						
	FreundInnen haben	Gesund sein	Gute Zensuren haben	Geld haben	Spaß haben	Gut aussehen	Freund/ Freundin haben	FreundInnen haben	Gesund sein	Gute Zensuren haben	Geld haben	Spaß haben	Gut aussehen	Freund/ Freundin haben
Median	3	2	4	5	3	5	5	2	2,5	5	5	3	5	5
Modalwert	2	1	5	5	1	5	5	2	1	5	5	1	5	5
Minimum	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2
Maximum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Im folgenden wird die Antwortverteilung der Jugendlichen für den Stellenwert dargestellt, den Gesundheit einnimmt (vgl. Abbildung IV-2-8).

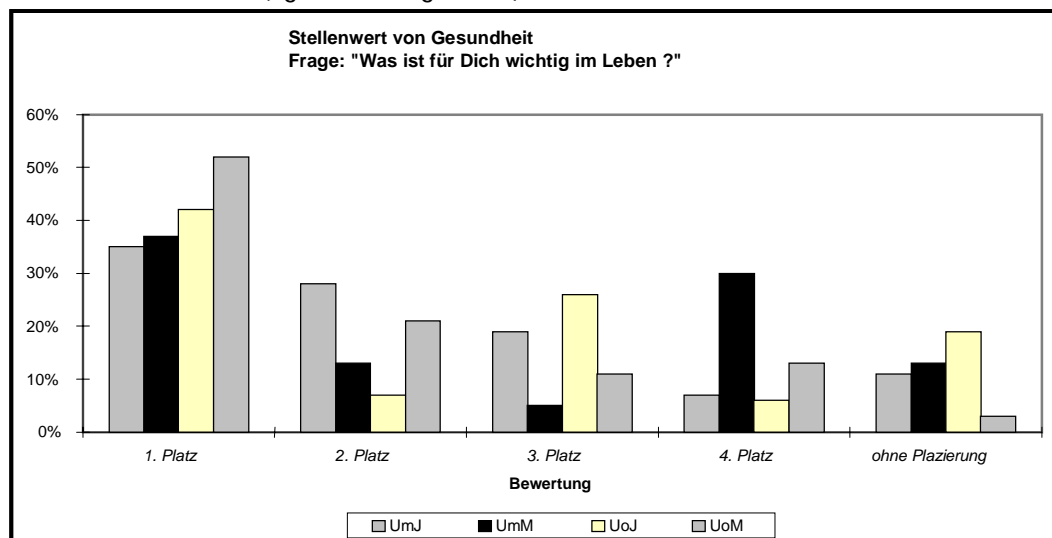


Abbildung IV-2-8: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Stellenwert von Gesundheit

2.5 Zufriedenheit mit Gesundheit

Die Jugendlichen haben eingeschätzt, wie zufrieden sie mit ihrer Gesundheit sind: 'völlig unzufrieden' (1), 'unzufrieden' (2), 'eher unzufrieden' (3), 'eher zufrieden' (4), 'zufrieden' (5) oder 'sehr zufrieden' (6).

Die Jugendlichen sind zufrieden mit ihrem Gesundheitszustand (vgl. Tabelle IV-2-41).

Tabelle IV-2-41: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Zufriedenheit mit Gesundheit (Frage: „Wie zufrieden bist Du mit Deiner Gesundheit?“)

	KJ n = 31	KM n = 25	UJ n = 71	UM n = 39
Median	5	5	5	5
Modalwert	5	5	6	6
Minimum	3	2	2	1
Maximum	6	6	6	6

Die Antwortverteilung ist im folgenden Diagramm dargestellt (vgl. Abbildung IV-2-9).

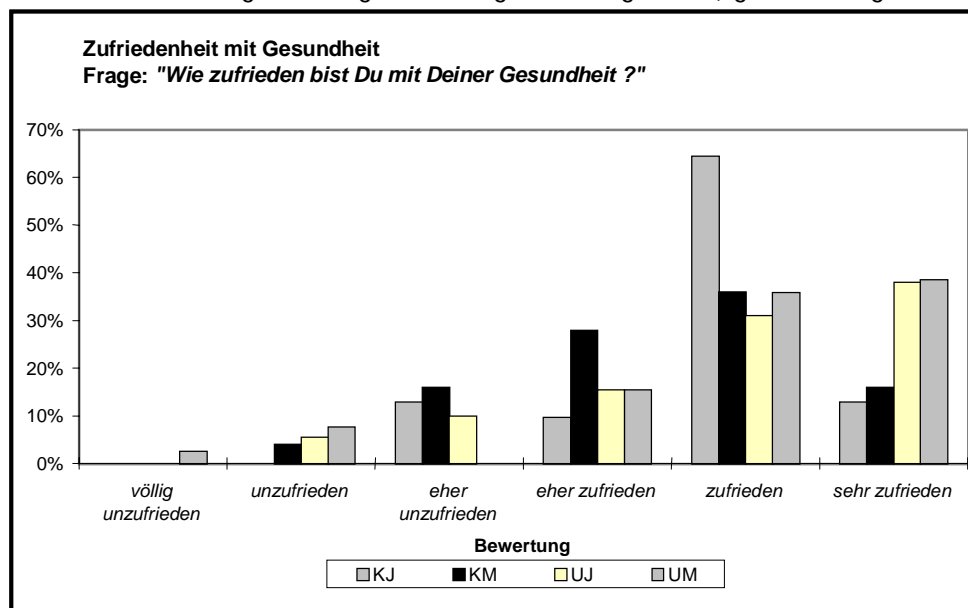


Abbildung IV-2-9: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Zufriedenheit mit der Gesundheit

Die Mädchen ohne Behinderung sind weniger zufrieden als die anderen Gruppen.

Auch innerhalb der Gruppe der Jugendlichen mit Behinderung sind die Jugendlichen 'zufrieden' mit ihrer Gesundheit (vgl. Tabelle IV-2-42).

Tabelle IV-2-42: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Zufriedenheit mit Gesundheit (Frage: „Wie zufrieden bist Du mit Deiner Gesundheit?“)

	UmJ n = 45	UmM n = 25	UoJ n = 26	UoM n = 14
Median	5	5	5	5
Modalwert	6	6	6	5
Minimum	2	2	3	1
Maximum	6	6	6	6

Folgendes Diagramm gibt die Antwortverteilung wieder.

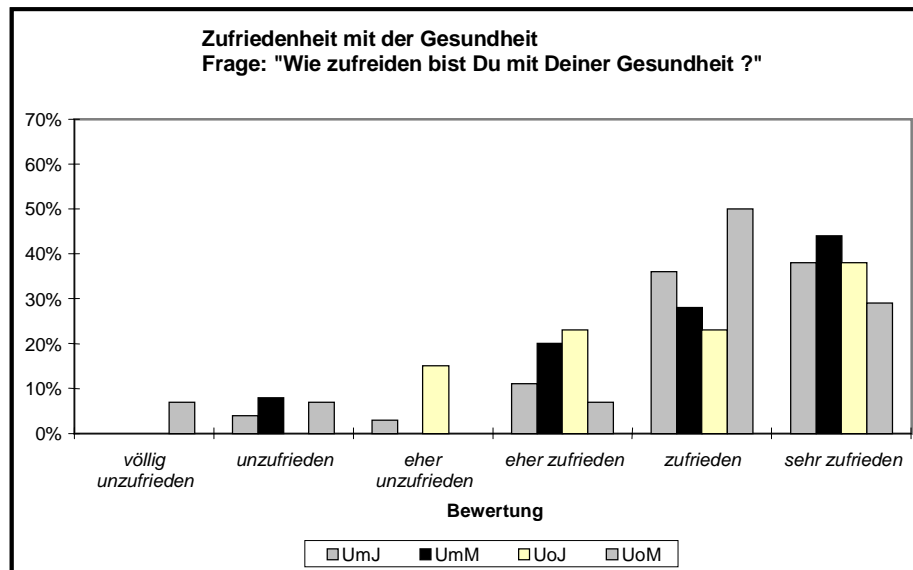


Abbildung IV-2-10: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Zufriedenheit mit der Gesundheit

Die Mädchen ohne sichtbare Schädigung sind etwas zufriedener als die anderen Gruppen, die Jungen ohne sichtbare Schädigung sind am wenigsten zufrieden, entsprechend den Jungen mit Behinderung (vgl. Abbildung IV-2-10).

2.6 Gesundheitsorientiertes Handeln

Möglichkeit, auf den Gesundheitszustand einzuwirken

Die meisten Jugendlichen, mehr als 80% je Gruppe, sehen Möglichkeiten, etwas für ihre Gesundheit zu tun (vgl. Tabelle IV-2-43 und Tabelle IV-2-44).

Tabelle IV-2-43: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Möglichkeit, etwas für die Gesundheit zu tun (Frage: „Kannst Du etwas für Deine Gesundheit tun?“)

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	29	94	24	96	62	87	36	92
Nein	2	7	1	4	9	13	3	8

Tabelle IV-2-44: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Möglichkeit, etwas für die Gesundheit zu tun (Frage: „Kannst Du etwas für Deine Gesundheit tun?“)

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	39	87	24	96	23	88	12	86
Nein	6	13	1	4	3	12	2	14

Einwirkungsmöglichkeiten auf den Gesundheitszustand

Die Frage ist für Jugendliche, die etwas für ihre Gesundheit tun (g8) und für Jugendliche, die nichts für ihre Gesundheit tun (g13), fast identisch; sie unterscheidet sich darin,

daß sie bei letzteren hypothetisch gestellt ist. Da diese Gruppe jedoch sehr klein ist, werden die Antworten zusammengefaßt.

Für diese Frage waren zwei Antworten erforderlich, so daß die Anzahl der Antworten doppelt so hoch ist wie die Stichprobengröße.

Alle Jugendlichen nennen am häufigsten *Obst und Gemüse essen* und *an die frische Luft gehen* am zweithäufigsten. Für die Mädchen mit Behinderung sind mehrere Dinge wichtig: Sie gehen außerdem *regelmäßig zu Ärztinnen und Ärzten* und *hören Musik* (vgl. Tabelle IV-2-45).

Tabelle IV-2-45: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Möglichkeiten, auf Gesundheit einzuwirken (Frage: „Was tust Du für Deine Gesundheit/ könntest Du für Deine Gesundheit tun?“)

	KJ n = 62		KM n = 50		UJ n = 142		UM n = 78	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Obst und Gemüse essen	18	29	21	42	34	24	26	33
Musik hören/ machen	6	10	0	0	13	9	14	18
Etwas mit FreundInnen unternehmen	10	16	6	12	23	16	7	9
Regelmäßig zu ÄrztInnen	11	18	7	14	24	17	13	17
An die frische Luft gehen	17	27	12	24	29	20	13	17
Versuchen, in der Schule mitzukommen	0	0	4	8	19	13	5	6

Bezüglich der häufigsten Nennung entsprechen die Antworten der Jugendlichen mit und ohne sichtbare Schädigung denen der Untersuchungsgruppe. In Hinblick auf die zweithäufigste Nennung sind sie weniger einheitlich: Regelmäßige *Arzt- und Ärztinnenbesuche* werden von genauso viel Jungen ohne sichtbare Schädigung wie Mädchen mit sichtbarer Schädigung genannt. Für die Mädchen ohne sichtbare Schädigung ist auch *versuchen, in der Schule mitzukommen* wichtig.

Tabelle IV-2-46: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Möglichkeiten, auf Gesundheit einzuwirken (Frage: „Was tust Du für Deine Gesundheit/ könntest Du für Deine Gesundheit tun?“)

	UmJ n = 90		UmM n = 50		UoJ n = 52		UoM n = 28	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Obst und Gemüse essen	20	22	16	32	14	27	10	36
Musik hören/ machen	10	11	9	18	3	6	5	18
Etwas mit FreundInnen unternehmen	16	18	5	10	7	13	2	7
Regelmäßig zu ÄrztInnen	14	16	10	20	10	19	3	11
An die frische Luft gehen	19	21	9	18	10	19	4	14
Versuchen, in der Schule mitzukommen	11	12	1	2	8	15	4	14

Frequenz des gesundheitsorientierten Handelns

Diese Frage wurde von den Jugendlichen beantwortet, die auf die Frage 'Tust Du etwas für Deine Gesundheit?' (g07) mit „Ja“ geantwortet haben (und die Frage g08 bearbeitet haben). Die Antworten der Jugendlichen, die diese Frage (g07) verneint haben (und g13 bearbeitet haben) werden nicht aufgeführt.

Die Jugendlichen haben angegeben, wie häufig sie die von ihnen genannten Dinge tun; die Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben: 'sehr selten' (1), 'selten' (2), 'manchmal' (3), 'regelmäßig' (4), 'oft' (5) oder 'sehr oft' (6).

Die meisten angegebenen Dinge tun die Jugendlichen ohne Behinderung am häufigsten *regelmäßig* bis *sehr oft* (vgl. Tabelle IV-2-47). Die Dinge, die den Jugendlichen wichtig sind, tun sie mindestens *regelmäßig*, eher häufiger, mit Ausnahme der Jungen mit Behinderung, die diese auch *selten* tun. Die Jugendlichen mit Behinderung geben eine weitere Spanne an, sie geben auch an, ihnen wichtige Dinge *selten* zu tun (Tabelle IV-2-48).

Tabelle IV-2-47: Gesundheitskonzepte Jugendlicher ohne Behinderung: Art und Frequenz des gesundheitsorientierten Handelns (Frage: „Wie oft tust Du ...?“)

	KJ n = 58						KM n = 48					
	sehr selten	selten	manchmal	regelmäßig	oft	sehr oft	sehr selten	selten	manchmal	regelmäßig	oft	sehr oft
Obst und Gemüse essen	0	0	1	8	6	2	0	0	3	6	6	5
Musik hören/ machen	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	0	0
Etwas mit FreundInnen unternehmen	0	0	0	2	3	5	0	0	0	1	1	4
Regelmäßig zu ÄrztInnen	0	0	3	4	1	1	0	2	1	2	2	1
An die frische Luft gehen	0	0	0	2	8	7	0	0	0	1	1	5
Versuchen, in der Schule mitzukommen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1

Tabelle IV-2-48: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit Behinderung: Art und Frequenz des gesundheitsorientierten Handelns (Frage: „Wie oft tust Du ...?“)

	KJ n = 58						KM n = 48					
	sehr selten	selten	manchmal	regelmäßig	oft	sehr oft	sehr selten	selten	manchmal	regelmäßig	oft	sehr oft
Obst und Gemüse essen	0	0	1	8	6	2	0	0	3	6	6	5
Musik hören/ machen	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	0	0
Etwas mit FreundInnen unternehmen	0	0	0	2	3	5	0	0	0	1	1	4
Regelmäßig zu ÄrztInnen	0	0	3	4	1	1	0	2	1	2	2	1
An die frische Luft gehen	0	0	0	2	8	7	0	0	0	1	1	5
Versuchen, in der Schule mitzukommen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1

Auch innerhalb der Untersuchungsgruppe geben die Jungen an, Dinge, die ihnen wichtig für ihre Gesundheit sind, häufig, aber auch seltener zu tun. Eine Ausnahme bilden die Mädchen ohne sichtbare Schädigung, die diese Dinge *oft* und *sehr oft* tun (vgl. Tabelle IV-2-49 und Tabelle IV-2-50).

Tabelle IV-2-49: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit sichtbarer Schädigung: Art und Frequenz des gesundheitsorientierten Handelns (Frage: „Wie oft tust Du ...?“)

	UmJ n = 78						UmM n = 48					
	sehr selten	selten	manchmal	regelmäßig	oft	sehr oft	sehr selten	selten	manchmal	regelmäßig	oft	sehr oft
Obst und Gemüse essen	2	0	4	5	2	5	0	1	3	1	6	4
Musik hören/ machen	0	0	0	1	0	7	0	0	1	2	1	4
Etwas mit FreundInnen unternehmen	0	0	2	1	6	4	0	0	1	1	0	3
Regelmäßig zu ÄrztInnen	1	0	5	3	1	0	1	0	0	6	1	2
An die frische Luft gehen	0	0	2	3	5	8	0	2	1	2	1	3
Versuchen, in der Schule mitzukommen	0	0	1	3	3	4	0	0	0	0	0	1

Tabelle IV-2-50: Gesundheitskonzepte Jugendlicher ohne sichtbare Schädigung: Art und Frequenz des gesundheitsorientierten Handelns (Frage: „Wie oft tust Du ...?“)

	UoJ n = 46						UoM n = 24					
	sehr selten	selten	manchmal	regelmäßig	oft	sehr oft	sehr selten	selten	manchmal	regelmäßig	oft	sehr oft
Obst und Gemüse essen	0	0	3	5	4	1	0	2	0	2	0	4
Musik hören/ machen	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	3
Etwas mit FreundInnen unternehmen	1	0	0	1	1	3	0	0	0	0	0	2
Regelmäßig zu ÄrztInnen	0	1	1	0	2	3	0	0	0	1	1	0
An die frische Luft gehen	0	0	1	2	4	2	0	0	0	0	2	2
Versuchen, in der Schule mitzukommen	0	0	1	2	2	3	0	0	0	0	2	2

Möglichkeit, darüberhinaus etwas für den Gesundheitszustand zu tun

Diese Frage wurde nur von Jugendlichen bearbeitet, die die Frage, ob sie etwas für ihre Gesundheit tun (g7) mit „Ja“ beantwortet haben.

Die meisten Jugendlichen tun noch mehr Dinge für ihre Gesundheit. Die Mädchen mit Behinderung geben am häufigsten an, über die genannten Dinge hinaus etwas für ihre Gesundheit zu tun (vgl. Tabelle IV-2-51).

Tabelle IV-2-51: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Beurteilung der Möglichkeit, darüber hinaus etwas für die Gesundheit zu tun (Frage: „Tust Du noch mehr für Deine Gesundheit?“)

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	19	61,3	17	68,0	49	69,0	23	59,0
Nein	10	32,3	7	28,0	13	18,3	13	33,3
Frage nicht bearbeitet	2	6,4	1	4,0	9	12,7	3	7,7

Innerhalb der Untersuchungsgruppe tun die Mädchen mit sichtbarer Schädigung am wenigsten darüber hinaus für ihre Gesundheit und entsprechen der Gruppe der Mädchen mit Behinderung (vgl. Tabelle IV-2-52).

Tabelle IV-2-52: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Beurteilung der Möglichkeit, darüber hinaus etwas für die Gesundheit zu tun („Tust Du noch mehr für Deine Gesundheit?“)

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	32	71,1	13	52,0	17	65,4	10	71,4
Nein	7	15,6	11	44,0	6	23,1	2	14,3
Frage nicht bearbeitet	6	13,3	1	4,0	3	11,5	2	14,3

Weitere Beispiele für gesundheitsorientiertes Handeln

Diese Frage wurde nur von den Jugendlichen beantwortet, die die Frage 'Tust Du noch mehr für Deine Gesundheit?' (g11) bejaht haben. Die Jugendlichen, die diese Frage nicht bearbeitet haben, erscheinen zusammen mit den nicht auswertbaren Antworten in der Kategorie 'Ohne Auswertung'. Die ersten drei Antworten wurden gewertet, so daß die Anzahl der Antworten entsprechend höher ist als die Stichprobengröße.

Am häufigsten nennen die Jugendlichen *sportliche Aktivitäten*, um zusätzlich etwas für ihre Gesundheit zu tun; die Jungen tun dies häufiger als die Mädchen (vgl. Tabelle IV-2-53).

Tabelle IV-2-53: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Weitere Möglichkeiten gesundheitsorientierten Handelns (Frage: „Was tust Du noch für Deine Gesundheit?“)

	KJ n = 93		KM n = 75		UJ n = 213		UM n = 117	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sport/ Bewegung	14	15	10	13	31	15	11	9
Gesundheitsverhalten	4	4	2	3	3	1	3	3
Medizinische Maßnahmen	0	0	3	4	7	3	3	3
Hobbies/ Freizeitbeschäftigung	1	1	2	3	4	2	5	4
Aufenthalt im Freien	2	2	5	7	3	1	2	2
Unternehmungen mit FreundInnen	0	0	2	3	1	1	3	3
Entspannung	2	2	0	0	2	1	2	2
Kognitives	0	0	0	0	2	1	1	1
Sonstiges	1	1	1	1	1	1	2	2
Ohne Auswertung	69	74	50	67	159	75	85	73

Auch in bezug auf die Sichtbarkeit der Schädigung sind die Antworten so verteilt: Die Jungengruppen nennen *Sport treiben* häufiger als die Mädchengruppen, am seltensten nennen dies die Mädchen ohne sichtbare Schädigung (vgl. Tabelle IV-2-54).

Tabelle IV-2-54: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Weitere Möglichkeiten gesundheitsorientierten Handelns (Frage: „Was tust Du noch für Deine Gesundheit?“)

	UmJ n = 135		UmM n = 75		UoJ n = 78		UoM n = 42	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sport/ Bewegung	20	15	7	9	11	14	4	10
Gesundheitsverhalten	3	2	3	4	0	0	0	0
Medizinische Maßnahmen	5	4	2	3	2	3	1	2
Hobbies/ Freizeitbeschäftigung	2	2	2	3	2	3	3	7
Aufenthalt im Freien	0	0	0	0	3	4	2	5
Unternehmungen mit FreundInnen	1	1	1	1	0	0	1	2
Entspannung	1	1	0	0	1	1	2	5
Kognitives	1	1	1	1	1	1	0	0
Sonstiges	1	1	1	1	0	0	1	2
Ohne Auswertung	101	75	57	76	58	74	28	67

2.7 Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit

2.7.1 Summenwerte der Kontrollüberzeugungen

Für die Summenwerte der Kontrollüberzeugungen liegen Normwerte für eine Stichprobe gesunder Jugendlicher und verschiedene Stichproben Jugendlicher mit chronischen Krankheiten vor (vgl. Lohaus und Schmitt 1989a, 30 f.). Diese werden in die Ergebnisdarstellung einbezogen.

Internale Kontrollüberzeugungen

Die Mittelwerte der Überzeugung selbst für Gesundheit und Krankheit verantwortlich zu sein, befinden sich bei den Jungen und Mädchen mit und ohne Behinderung verglichen mit den Normwerten im durchschnittlichen Bereich. Sie sind bei den Jungengruppen etwas höher als bei den Mädchengruppen³³ (vgl. Tabelle IV-2-55).

Tabelle IV-2-55: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Internale Kontrollüberzeugungen

	KJ n = 31	KM n = 25	UJ n = 71	UM n = 38
Mittelwert	29,3	28,2	30,2	28,7
Standardabweichung	4,9	5,7	7,4	7,5
Median	29,0	29,0	31,0	29,5

Innerhalb der Gruppe der Jugendlichen mit Behinderung ist der Mittelwert der Jungen ohne sichtbare Schädigung gemessen an den Normwerten überdurchschnittlich (vgl. Tabelle IV-2-56). Auch gemessen an den Werten Jugendlicher mit chronischen Erkrankungen ist dieser Wert überdurchschnittlich.

Tabelle IV-2-56: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Internale Kontrollüberzeugungen

	UmJ n = 45	UmM n = 24	UoJ n = 26	UoM n = 14
Mittelwert	28,7	28,8	32,7	28,7
Standardabweichung	6,2	7,4	4,0	7,9
Median	30,0	28,5	33,5	33,0

External fatalistische Kontrollüberzeugungen

Gemessen an den Normwerten liegen die Mittelwerte der Mädchen mit Behinderung über dem Durchschnitt. Die Mittelwerte der anderen drei Gruppen liegen im durchschnittlichen Bereich. Die Mittelwerte der Jugendlichen mit Behinderung sind höher als die der Jugendlichen ohne Behinderung (vgl. Tabelle IV-2-57). Im Vergleich zu den Mittelwerten Jugendlicher mit chronischen Krankheiten liegen die Mittelwerte der Jugendli-

³³ Die Kontrollüberzeugungen konnten bei einem Mädchen mit sichtbarer Schädigung nicht erhoben werden, weil Sprachschwierigkeiten bestanden, deshalb ist die jeweilige Stichprobengröße entsprechend gering.

chen mit Behinderung wesentlich höher, die der Jugendlichen ohne Behinderung etwas höher.

Tabelle IV-2-57: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: External fatalistische Kontrollüberzeugungen

	KJ n = 31	KM n = 25	UJ n = 71	UM n = 38
Mittelwert	23,5	21,4	27,4	30,2
Standardabweichung	5,2	4,9	6,9	6,8
Median	23,0	20,0	29,0	30,0

Innerhalb der Gruppe der Jugendlichen mit Behinderung sind lediglich die Mittelwerte der Jungen mit sichtbarer Schädigung durchschnittlich, die Werte der anderen drei Gruppen sind überdurchschnittlich. Dies erklärt das Ergebnis der Mädchen mit Behinderung (vgl. Tabelle IV-2-58).

Tabelle IV-2-58: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: External fatalistische Kontrollüberzeugungen

	UmJ n = 45	UmM n = 24	UoJ n = 26	UoM n = 14
Mittelwert	26,8	30,4	28,5	29,8
Standardabweichung	6,8	6,3	7,1	7,8
Median	28,0	30,0	31,0	30,5

External soziale Kontrollüberzeugungen

Die Mittelwerte der Jugendlichen ohne Behinderung sind gemessen an den Normwerten durchschnittlich, die der Jugendlichen mit Behinderung sind überdurchschnittlich. Die Mädchen ohne Behinderung haben die niedrigsten Werte (vgl. Tabelle IV-2-59). Im Vergleich zu den Mittelwerten Jugendlicher mit chronischen Krankheiten sind die Werte der Jugendlichen mit Behinderung (und der Jungen ohne Behinderung) lediglich mit denen von Jugendlichen mit Mukoviszidose und Anfallserkrankungen zu vergleichen.

Tabelle IV-2-59: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: External soziale Kontrollüberzeugungen

	KJ n = 31	KM n = 25	UJ n = 71	UM n = 38
Mittelwert	28,3	24,8	28,7	29,3
Standardabweichung	4,5	5,7	7,4	7,5
Median	28,0	26,0	29,0	29,5

Gemessen an den Normwerten ist das Bild innerhalb der Jugendlichen mit Behinderung weniger einheitlich: Die Jungen mit sichtbarer Schädigung, und damit die größte Gruppe, und die Mädchen ohne sichtbare Schädigung erreichen durchschnittliche Werte, bei den anderen beiden Gruppen liegen die Skalenwerte über dem Durchschnitt. Dies erklärt die niedrigeren Werte der Jungen der Untersuchungsgruppe im Vergleich zu denen der Mädchen der Untersuchungsgruppe (vgl. Tabelle IV-2-60).

Tabelle IV-2-60: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: External soziale Kontrollüberzeugungen

	UmJ n = 45	UmM n = 24	UoJ n = 26	UoM n = 14
Mittelwert	27,5	30,5	30,8	27,4
Standardabweichung	8,1	6,8	5,4	8,4
Median	28,0	30,5	30,0	26,5

2.7.2 Gegenüberstellung der Kontrollüberzeugungen

Bei den meisten Jugendlichen sind die Mittelwerte der internalen Kontrollüberzeugungen am höchsten, es folgen die external sozialen und die external fatalistischen Kontrollüberzeugungen. Nur bei der Gruppe der Mädchen mit Behinderung sind die external fatalistischen Kontrollüberzeugungen am höchsten. Es dann folgen die external sozialen und die internalen Kontrollüberzeugungen (vgl. Abbildung IV-2-11).

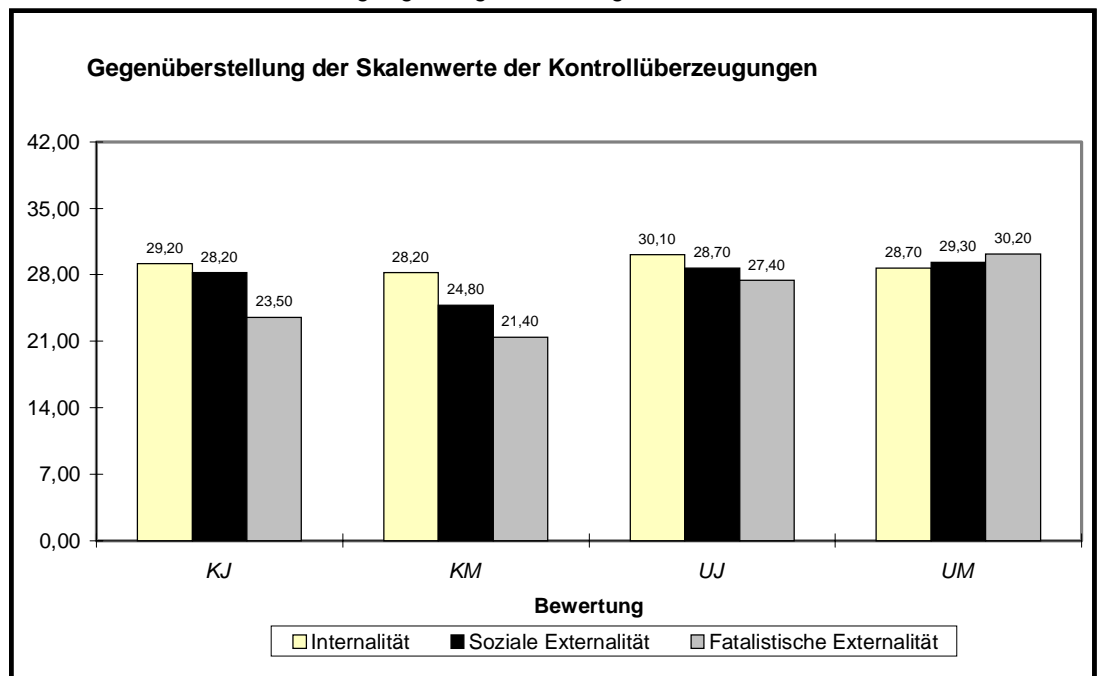


Abbildung IV-2-11: Gegenüberstellung der Skalenwerte der Jugendlichen mit und ohne Behinderung

Während die Skalenwerte der Jungen mit und ohne sichtbare Schädigung in ihrem Verhältnis zueinander vergleichbar mit denen der Jungen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe sind, haben die beiden Mädchengruppen unterschiedliche Ausprägungen und erklären das abweichende Ergebnis der Mädchen der Untersuchungsgruppe: Bei keiner der beiden Gruppen bilden die internalen Kontrollüberzeugungen den höchsten Wert (vgl. Abbildung IV-2-12).

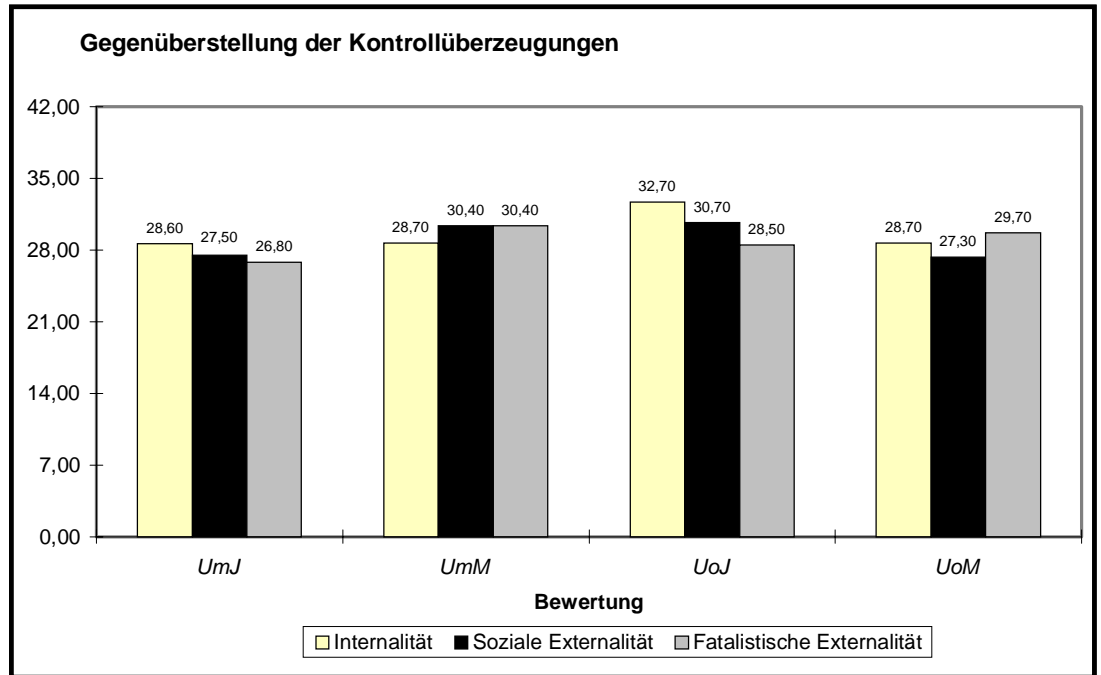


Abbildung IV-2-12: Gegenüberstellung der Skalenwerte der Jugendlichen mit und ohne sichtbare Schädigung

2.7.3 Fokussierte Beschwerden

Die Jugendlichen haben nach der Bearbeitung der Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit die Beschwerden genannt, an die sie währenddessen gedacht haben. Dabei wurden die ersten drei Antworten berücksichtigt, so daß die Anzahl der Antworten entsprechend höher ist als die Stichprobengröße.

Die beiden meistgenannten Beschwerden sind Schmerzen und Infektionen. Die meisten Jugendlichen haben am häufigsten an Schmerzen gedacht, nur die Jungen mit Behinderung haben häufiger an Infektionen gedacht (vgl. Tabelle IV-2-63).

Tabelle IV-2-63: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Fokussierte Beschwerden (Frage: „An welche Beschwerden hast Du gedacht?“)

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 38	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Schmerzen	17	18,2	18	24,0	29	13,6	29	25,4
Unfälle, Verletzungen	4	4,3	0	0,0	5	2,3	0	0,0
Schädigungsbedingte Beschwerden	0	0,0	2	2,7	8	3,8	4	3,5
Infektionen	17	18,2	14	18,7	35	16,4	21	18,4
Herz- und Kreislaufbeschwerden	2	2,2	0	0,0	3	1,4	0	0,0
Allergien	2	2,2	1	1,3	2	0,9	1	0,9
Psychische Beschwerden	1	1,1	1	1,3	3	1,4	1	0,9
Sonstiges	4	4,3	1	1,3	4	2,0	2	1,8
Keine 2./ 3. Antwort	46	49,5	38	50,7	124	58,2	56	49,1

Innerhalb der Untersuchungsgruppe nennen die Jungen mit und ohne sichtbare Schädigung häufiger Infektionen, entsprechend den Jungen der Untersuchungsgruppe. Die Mädchen mit sichtbarer Schädigung nennen häufiger Schmerzen, die Mädchen ohne sichtbare Schädigung nennen beide Beschwerden gleichhäufig (vgl. Tabelle IV-2-64).

Tabelle IV-2-64: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Fokussierte Beschwerden (Frage: 'An welche Beschwerden hast Du gedacht?')

	UmJ n = 45		UmM n = 24		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Schmerzen	17	12,6	20	27,8	12	15,4	9	21,4
Unfälle, Verletzungen	4	3,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0
Schädigungsbedingte Beschwerden	4	3,0	4	5,6	4	5,1	0	0,0
Infektionen	21	15,6	12	16,7	14	17,9	9	21,4
Herz- und Kreislaufbeschwerden	3	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Allergien	1	0,7	0	0,0	1	1,3	1	2,4
Psychische Beschwerden	3	2,2	1	1,4	0	0,0	0	0,0
Sonstiges	3	2,2	2	2,8	2	2,0	0	0,0
Keine 2./ 3. Antwort	79	58,5	33	45,7	45	57,0	23	54,8

2.8 Zusammenfassung

Aufgrund der dargestellten Ergebnisse wird deutlich, daß die Gesundheitskonzepte der Jungen und Mädchen mit und ohne Behinderung sich eher ähneln als unterschiedlich sind. Eine generell andere Einschätzung aufgrund der Behinderung, des Geschlechts oder aufgrund der Sichtbarkeit der Schädigung kann nur für wenige Variablen angenommen werden: Jugendliche ohne Behinderung sind hinsichtlich der Einschätzung ihres Gesundheitszustandes vor der Untersuchung unsicherer als Jugendliche mit Behinderung, sie halten Jungen und Mädchen häufiger für gleich gesund und betrachten Gesundheit und Krankheit als zwei sich ausschließende Zustände. Jugendliche mit Behinderung haben etwas höhere Werte bezüglich der fatalistischen Kontrollüberzeugungen. In bezug auf das Geschlecht fällt auf, daß Mädchen Gesundheit eher als Gleichgewicht betrachten als Jungen und ein etwas breiteres Spektrum an Vorstellungen zum allgemeinen Gesundheits- und Krankheitsbegriff haben. In bezug auf die Schädigung fällt auf, daß für Jugendliche ohne sichtbare Schädigung in Hinblick auf den allgemeinen Krankheitsbegriff gesundheitsorientierte Handeln eine besondere Bedeutung spielt.

Besondere Ausprägungen in den Gesundheitskonzepten bei einzelnen der jeweils betrachteten vier Gruppen fallen häufiger auf. Behinderung und Geschlecht bzw. die Sichtbarkeit der Schädigung und das Geschlecht stehen möglicherweise mit unterschiedlichen Ansichten in Zusammenhang. Diese Ergebnisse werden für die unterschiedlichen Gruppen kurz dargestellt:

Jungen ohne Behinderung sind bezüglich ihrer Einschätzung des Gesundheitszustandes nach der Untersuchung unsicher, Gesundheit ist ihnen nicht so wichtig. Den allgemeinen Krankheitsbegriff stellen sie sehr vielfältig dar, in bezug auf den persönlichen Krankheitsbegriff hat für sie das Befinden eine besondere Bedeutung.

Mädchen ohne Behinderung sind mit ihrer Gesundheit am wenigsten zufrieden. Sie beurteilen ihren Gesundheitszustand in den ersten drei Lebensjahren im Vergleich zu den anderen Gruppen positiver und unterscheiden sich hinsichtlich der Erfahrung mit der Menstruation von Mädchen mit Behinderung. Sie geben bezüglich des persönlichen

Gesundheitsbegriffs relativ wenig Antworten. Ihre Überzeugung, andere seien für ihre Gesundheit verantwortlich, ist relativ niedrig ausgeprägt.

Die Jungen mit Behinderung vergleichen Gesundheit mit Leistungsverhalten; in bezug auf den persönlichen Krankheitsbegriff hat die subjektive Befindlichkeit für sie vergleichsweise wenig Bedeutung. Hinsichtlich der Wichtigkeit von Gesundheit sind die Jungen unterschiedlicher Auffassung und bedienen das gesamte Spektrum an Antworten.

Die Mädchen mit Behinderung beurteilen ihren Gesundheitszustand bei eher psychosomatischen Beschwerden wie Müdigkeit und Bauchschmerzen vor einer Klassenarbeit positiver als die anderen Gruppen. Weniger von ihnen haben bereits ihre Menstruation, so daß sie diesbezüglich andere Erfahrung haben als die Mädchen der Kontrollgruppe. Sie sehen unterschiedliche Möglichkeiten, etwas für ihre Gesundheit zu tun, und nennen ein breites Spektrum. Sie sehen über die angebotenen Beispiele hinaus, Möglichkeiten auf ihre Gesundheit einzuwirken. In bezug auf den Gesundheitsbegriff fällt auf, daß ihnen das gesundheitsorientierte Handeln wichtiger ist als den anderen Gruppen und daß sie mehr Antworten zum persönlichen Gesundheitsbegriff geben. Auch den persönlichen Krankheitsbegriff beschreiben sie mit mehr Möglichkeiten als die anderen Gruppen, dabei ist ihnen das subjektive Befinden wichtiger als den anderen Gruppen.

Die Ergebnisse unter Berücksichtigung der Variable Sichtbarkeit der Schädigung unterstützen vorwiegend die Aussagen, die aufgrund der Variable Behinderung gemacht werden konnten. Für einzelne Bereiche können Aussagen konkretisiert werden, wenn die Sichtbarkeit der Schädigung kombiniert mit dem Geschlecht betrachtet wird:

Die Jungen mit sichtbarer Schädigung halten Erwachsene für gesünder als die anderen Gruppen. Sie halten Gesundheit nicht für so wichtig und haben niedrigere Werte bei den externalen Kontrollüberzeugungen als die anderen drei Gruppen. In bezug auf den persönlichen Krankheitsbegriff ist ihnen das subjektive Befinden wichtig.

Die Jungen ohne sichtbare Schädigung beurteilen ihre Gesundheit in den ersten Lebensjahren skeptischer als die anderen Gruppen; genauso viele halten Jungen wie Mädchen für gesünder und weniger beide für gleich gesund als die übrigen Gruppen. Bei unterschiedlichen Beschwerden schätzen sie ihren Gesundheitszustand eher negativ ein. Sie sind weniger zufrieden mit ihrer Gesundheit und haben etwas höhere internale Kontrollüberzeugungen als die anderen Gruppen. In bezug auf den allgemeinen Gesundheitsbegriff wird deutlich, daß ihnen das subjektive Befinden wichtiger ist als den anderen Gruppen, die hier gesundheitsorientiertes Handeln präferieren; hinsichtlich des allgemeinen Krankheitsbegriffs betonen sie das gesundheitsorientierte Handeln. Sowohl beim persönlichen Gesundheits- als auch beim allgemeinen Krankheitsbegriff geben sie etwas weniger Antworten als die übrigen Gruppen.

Die Mädchen mit sichtbarer Schädigung schätzen ihren Gesundheitszustand vor der Untersuchung relativ sicher ein. Sie haben andere Erfahrung mit der Menstruation als

die Mädchen ohne sichtbare Schädigung. In bezug auf den allgemeinen Krankheitsbegriff sind ihnen Symptome wichtiger als den anderen Gruppen. Vergleichsweise wenige von ihnen sehen Möglichkeiten, über die genannten Beispiele hinaus etwas für ihre Gesundheit zu tun.

Die Mädchen ohne sichtbare Schädigung sind die kleinste Gruppe, was möglicherweise Einfluß auf die Ergebnisse hat. Sie sind bei der Beurteilung ihres Gesundheitszustandes vor und nach der Untersuchung unsicherer als die anderen Gruppen und ähneln darin den Mädchen der Kontrollgruppe. Keine von ihnen hat ihre Menstruation länger nicht gehabt. In bezug auf das gesundheitsorientierte Handeln kennen sie ein breites Spektrum an Möglichkeiten. Sie geben mehr Antworten hinsichtlich des allgemeinen Krankheitsbegriffs als die übrigen Gruppen. Gesundheitsorientiertes Handeln nennen sie sowohl in bezug auf den persönlichen Gesundheitsbegriff als auch hinsichtlich des Krankheitsbegriffs häufiger als die anderen Gruppen. Sie haben geringere external soziale Kontrollüberzeugungen als die übrigen Gruppen.

Inwiefern die dargestellten Besonderheiten einzelner Gruppen zufällig sind und ob ein Zusammenhang mit der Behinderung, der Sichtbarkeit der Schädigung oder dem Geschlecht besteht, wird im folgenden Kapitel an den relevanten Variablen überprüft.

3 Effekte verschiedener Variablen auf die Gesundheitskonzepte

3.1 Unterschiedstest ausgewählter Variablen der Gesundheitskonzepte

Bei der Darstellung der Ergebnisse wurde deutlich, daß einzelne Gruppen sich hinsichtlich einiger Variablen der Gesundheitskonzepte unterscheiden. Im folgenden soll überprüft werden, ob diese Unterschiede signifikant sind. Dazu werden folgende Variablen ausgewählt:

- Beurteilung des momentanen Gesundheitszustandes vor der Untersuchung (g1)
- Beurteilung des momentanen Gesundheitszustandes nach der Untersuchung (g2)
- Beurteilung des Gesundheitszustandes im Lebensverlauf (g14a - g14c)
- Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jugendlichen und Erwachsenen (g22)
- Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jungen und Mädchen (g23)
- Beurteilung des Gesundheitszustandes bei Beschwerden (k13, k15)
- Stellenwert von Gesundheit (g19b)
- Zufriedenheit mit Gesundheit (g20)
- Definitionen von Gesundheit und Krankheit (g3, g4, g5, g6)
- Vorstellungen von Gesundheit (g21)
- Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit (l23c, l23i, l23p)

3.1.1 Unterschiede bezüglich des Gesundheitszustandes

Momentaner Gesundheitszustand

Die Jugendlichen mit und ohne Behinderung bzw. sichtbare Schädigung unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Einschätzung ihres Gesundheitszustandes vor und nach der Untersuchung (vgl. Tabelle IV-3-1).

Tabelle IV-3-1: Verteilungsunterschiede bei Jugendlichen mit und ohne Behinderung: Einschätzen der Gesundheit vor (g1) und nach (g2) der Untersuchung (Frage: Bist Du gesund?)

Variable	Chi ² Test (6) ¹		Chi ² Test (6)	
	KJ/ KM/ UJ/ UM chi ² =	p =	UmJ/ UmM/ UoJ/ UoM chi ² =	p =
g1	10,397	.1089 [#]	10,646	.0999 [#]
g2	18,624	.0049 [#]	2,692	.8464 [#]

¹ = Die Zahl in Klammern gibt die Freiheitsgrade an;

KJ n = 31, KM n = 25, UJ n = 71, UM n = 39; # = Zellfrequenz < 5 > 20%

Bei den Jungen ohne Behinderung verändert sich die Einschätzung des Gesundheitszustandes vor und nach der Untersuchung signifikant (vgl. Tabelle IV-3-2).

Tabelle IV-3-2: Verteilungsunterschiede bei allen Gruppen: Einschätzung des Gesundheitszustandes vor und nach der Untersuchung

Variable/ Gruppe	Wilcoxon Test	
	g01/g2	
	Z =	p =
KJ n = 31	-2,141	.0323*
KM n = 25	-0,405	.6858
UJ n = 71	-1,823	.0684
UM n = 39	-1,214	.2249
UoJ n = 26	-0,809	.4185
UoM n = 14	0,000	1.0
UmJ n = 45	-1,608	.1078
UmM n = 25	-1,604	.1088

* signifikantes Ergebnis

Beurteilung der Gesundheit im Lebensverlauf

Hinsichtlich der Einschätzung der Gesundheit im Lebensverlauf unterscheiden sich weder die Jugendlichen mit und ohne Behinderung noch die Jugendlichen mit und ohne sichtbare Schädigung (vgl. Tabelle IV-3-3).

Tabelle IV-3-3: Verteilungsunterschiede bei Jugendlichen mit und ohne Behinderung und mit und ohne sichtbare Schädigung: Einschätzen der Gesundheit im Lebensverlauf (Frage: Wie war Deine Gesundheit zwischen ... Jahren?)

Variable	Kruskal-Wallis-H Test (3)		Kruskal-Wallis-H Test (3)	
	KJ/ KM/ UJ/ UM		UoJ/ UoM/ UmJ/ UmM	
	chi ² =	p =	chi ² =	p =
g14a (bis 3 J.)	4,252	.2355	1,257	.7395
g14b (4-6 J.)	2,740	.4336	1,517	.6783
g14c (7-10 J.)	4,565	.2066	2,801	.4233

KJ n = 31, KM n = 25, UJ n = 71, UM n = 39; UoJ n = 26, UoM n = 14, UmJ n = 45, UmM n = 25

Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jugendlichen und Erwachsenen sowie Jungen und Mädchen

Weder hinsichtlich der Einschätzung des Gesundheitszustandes von Jugendlichen und Erwachsenen noch von Jungen und Mädchen unterscheiden sich die Gruppen (vgl. Tabelle IV-3-4).

Tabelle IV-3-4: Verteilungsunterschiede bei Jugendlichen mit und ohne Behinderung und mit und ohne sichtbare Schädigung: Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jugendlichen und Erwachsenen und von Jungen und Mädchen (Frage: Wer ist gesünder?)

Variable	Chi ² Test (6)		Chi ² Test (6)	
	KJ/ KM/ UJ/ UM		UmJ/ UmM/ UoJ/ Uo	
	chi ² =	p =	chi ² =	p =
g22	3,570	.7346 [#]	7,690	.2617 [#]
g23	11,831	.0659 [#]	3,077	.799 [#]

KJ n = 31, KM n = 25, UJ n = 71, UM n = 39; UoJ n = 26, UoM n = 14, UmJ n = 45, UmM n = 25; #: Zellfrequenz < 5 > 20%

Beurteilung des Gesundheitszustandes bei Beschwerden

Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes bei Müdigkeit unterscheiden sich die Jugendlichen mit und ohne Behinderung. Im multiplen Vergleich kann der Unterschied zwischen den beiden Mädchengruppen nachgewiesen werden. Der Unterschied zwischen den Jungen und Mädchen ohne Behinderung verfehlt das Signifikanzniveau knapp (vgl. Tabelle IV-3-5 und Tabelle IV-3-6).

Tabelle IV-3-5: Verteilungsunterschiede bei Jugendlichen mit und ohne Behinderung: Einschätzen des Gesundheitszustandes bei Beschwerden (Müdigkeit, Bauchschmerzen) (Frage: Wie fühlst Du Dich, wenn Du müde bist/ Bauchschmerzen hast?)

Variable	Kruskal-Wallis-H Test (3)		Kolmogorov-Smirnov Test							
	KJ/ KM/ UJ/ UM	chi ² =	KJ/ KM	UJ/ UM	KJ/ UJ	KM/ UM	K-S Z	p =	K-S Z	p =
k13	13,224	.0042*	0,446	.988	0,627	.827	1,56	.015	1,677	.007*
k15	2,741	.4334								

KJ n = 31, KM n = 25, UJ n = 71, UM n = 39; * = signifikantes Ergebnis

Tabelle IV-3-6: Verteilungsunterschiede bei Jugendlichen mit und ohne sichtbare Schädigung: Einschätzen des Gesundheitszustandes bei Beschwerden (Müdigkeit, Bauchschmerzen) (Frage: Wie fühlst Du Dich, wenn Du müde bist/ Bauchschmerzen hast?)

Variable	Kruskal-Wallis-H Test (3)	
	UmJ/ UmM/ UoJ/ UoM	chi ² =
k13	1,377	.7109
k15	2,113	.5493

UoJ n = 26, UoM n = 14, UmJ n = 45, UmM n = 25

Stellenwert von und Zufriedenheit mit Gesundheit

Weder zwischen den Gruppen der Jugendlichen mit und ohne Behinderung noch zwischen den Gruppen der Jugendlichen mit und ohne sichtbare Schädigung werden Unterschiede hinsichtlich des Stellenwertes von Gesundheit oder der Zufriedenheit mit Gesundheit signifikant (vgl. Tabelle IV-3-7).

Tabelle IV-3-7: Verteilungsunterschiede bei Jugendlichen mit und ohne Behinderung und mit und ohne sichtbare Schädigung: Stellenwert von Gesundheit, Zufriedenheit mit Gesundheit (Frage: Wie wichtig ist Dir Gesundheit?)

Variable	Kruskal-Wallis-H Test (3)		Kruskal-Wallis-H Test (3)	
	KJ/ KM/ UJ/ UM	chi ² =	UoJ/ UoM/ UmJ/ UmM	chi ² =
g19b	5,726	.1257	2,921	.404
g20	5,470	.1404	0,498	.9193

KJ n = 31, KM n = 25, UJ n = 71, UM n = 39, UoJ n = 26, UoM n = 14, UmJ n = 45, UmM n = 25

3.1.2 Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit

Definitionen von Gesundheit und Krankheit

Die Jugendlichen mit und ohne Behinderung unterscheiden sich hinsichtlich der Anzahl der gegebenen Antworten bei den persönlichen Krankheitsdefinitionen. Der Unterschied ist auf keines der getesteten Paare zurückzuführen (vgl. Tabelle IV-3-8).

3 Effekte verschiedener Variablen auf die Gesundheitskonzepte

Tabelle IV-3-8: Verteilungsunterschiede bei Jugendlichen mit und ohne Behinderung: Anzahl der Antworten zu den Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen

Variable	Kruskal-Wallis-H Test (3)		Kolmogorov-Smirnov Test							
	KJ/ KM/ UJ/ UM chi ² =	p =	KJ/ KM K-S Z	p =	UJ/ UM K-S Z	p =	KJ/ UJ K-S Z	p =	KM/ UM K-S Z	p =
g3anz (G.a.)	7,1078	.0685								
g4anz (K.a.)	5,926	.1153								
g5anz (G.p.)	2,634	.4448								
g6anz (K.p.)	8,5264	.0363	0,36	.999	1,21	.107	0,564	.909	0,821	.511

KJ n = 31, KM n = 25, UJ n = 71, UM n = 39; UoJ n = 26, UoM n = 14, UmJ n = 45, UmM n = 25

Bei den allgemeinen und persönlichen Krankheitsdefinitionen können innerhalb der Gruppe der Jugendlichen mit Behinderung ebenfalls Unterschiede bezüglich der Antwortanzahl nachgewiesen werden. Innerhalb der untersuchten Paare besteht hinsichtlich der Antwortanzahl kein Unterschied (vgl. Tabelle IV-3-9).

Tabelle IV-3-9: Verteilungsunterschiede bei Jugendlichen mit und ohne sichtbare Schädigung: Anzahl der Antworten zu den Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen

Variable	Kruskal-Wallis-H Test (3)		Kolmogorov-Smirnov Test							
	UoJ/ UoM/ UmJ/ UmM chi ² =	p =	UoJ/ UoM K-S Z	p =	UmJ/ UmM K-S Z	p =	UoJ/ UmJ K-S Z	p =	UoM/ UmM K-S Z	p =
g3anz (G.a.)	6,0611	.1087								
g4anz (K.a.)	10,0976	.0178	1,459	.028	0,374	.999	0,597	.869	0,942	.338
g5anz (G.p.)	3,1478	.3694								
g6anz (K.p.)	8,4925	.0369	0,928	.355	0,82	.513	0,18	1,0	0,419	.995

KJ n = 31, KM n = 25, UJ n = 71, UM n = 39; UoJ n = 26, UoM n = 14, UmJ n = 45, UmM n = 25

An den drei relevanten Antwortkategorien wird überprüft, ob sich die Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen aufgrund der Inhalte unterscheiden:

- Subjektive Befindlichkeit (g3a3 - g6a3)
- Gesundheitsorientiertes Handeln (g3a4 - g6a4)
- Symptome/ Krankheiten (g3a8 - g6a8)

Die Jugendlichen mit und ohne Behinderung unterscheiden sich hinsichtlich der Beschreibung des allgemeinen Gesundheitsbegriffs als *gesundheitsorientiertes Handeln*. Dieser Unterschied ist im Paarvergleich zwischen den Jungen und Mädchen ohne Behinderung und den beiden Jungengruppen signifikant (vgl. Tabelle IV-3-10).

Tabelle IV-3-10: Verteilungsunterschiede bei Jugendlichen mit und ohne Behinderung: Ausgewählte Antworten zu den Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen

Variable	Chi ² Test (3)		Chi ² Test (1)							
	KJ/ KM/ UJ/ UM chi ² =	p =	KJ/ KM chi ² =	p =	UJ/ UM chi ² =	p =	KJ/ UJ chi ² =	p =	KM/ UM chi ² =	p =
g3a3 (G.a.)	3,06194	.38217								
g4a3 (K.a.)	4,19231	.24143								
g5a3 (G.p.)	4,176	.24308								
g6a3 (K.p.)	3,73717	.29128								
g3a4 (G.a.)	15,02444	.0018	6,74338	.00941*	1,57268	.20982	9,99414	.00157*	1,16691	.28004
g4a4 (K.a.)	3,43909	.32875								
g5a4 (G.p.)	4,66174	.19831								
g6a4 (K.p.)	3,41474	.33199 [#]								
g3a8 (G.a.)	3,48209	.32309 [#]								
g4a8 (K.a.)	0,32636	.955								
g5a8 (G.p.)	5,66457	.12912 [#]								
g6a8 (K.p.)	3,74116	.29081								

KJ n = 31, KM n = 25, UJ n = 71, UM n = 39; * = signifikantes Ergebnis; #: Zellfrequenz < 5 > 20%

Bei der Definition des allgemeinen und persönlichen Krankheitsbegriffs als *negative subjektive Befindlichkeit* und als von *Symptomen und Krankheiten* gekennzeichnet, konnten Unterschiede zwischen den Jugendlichen mit und ohne sichtbare Schädigung nachge-

wiesen werden. Aufgrund der Paarvergleiche kann angenommen werden, daß die Mädchen ohne sichtbare Schädigung *gesundheitsorientiertes Handeln* anders gewichtet, um den persönlichen Krankheitsbegriff zu beschreiben, als Mädchen mit sichtbarer Schädigung. Die Mädchengruppen unterscheiden sich voneinander hinsichtlich der Beschreibung des allgemeinen Krankheitsbegriffs als abhängig von *Symptomen* (vgl. Tabelle IV-3-11).

Tabelle IV-3-11: Verteilungsunterschiede bei Jugendlichen mit und ohne sichtbarer Schädigung: Ausgewählte Antworten zu den Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen

Variable	Chi ² Test (3)		Chi ² Test (1)							
	UoJ/ UoM/ UmJ/ UmM		UoJ/ UoM		UmJ/ UmM		UoJ/ UmJ		UoM/ UmM	
	chi ² =	p =	chi ² =	p =	chi ² =	p =	chi ² =	p =	chi ² =	p =
g3a3 (G.a.)	2,33099	.50661								
g4a3 (K.a.)	12,09763	.00706	1,9628	.65774	2,93103	.08689	3,95945	.04661	5,12814	.02354
g5a3 (G.p.)	6,22877	.101								
g6a3 (K.p.)	12,74194	.00523	5,33812	.02086	0,46223	.49658	1,28967	.25611	11,42879	.00072*
g3a4 (G.a.)	3,98	.26363								
g4a4 (K.a.)	3,84825	.27832								
g5a4 (G.p.)	2,40633	.49246								
g6a4 (K.p.)	3,28265	.35006 [#]								
g3a8 (G.a.)	5,01514	.17069 [#]								
g4a8 (K.a.)	7,7523	.05142	2,33417	.12656	2,2053	.13754	1,85265	.17348	7,74709	.00538*
g5a8 (G.p.)	1,69253	.6386 [#]								
g6a8 (K.p.)	8,06666	.04465	2,64138	.10411	1,57619	.20931	0,00286	.95731	2,50671	.11336

UoJ n = 26, UoM n = 14, UmJ n = 45, UmM n = 25; * = signifikantes Ergebnis;

#: Zellfrequenz < 5 > 20%

Vorstellungen von Gesundheit

Bezüglich des Vergleiches von Gesundheit mit einer der vorgegebenen Metaphern kann weder zwischen den Jugendlichen mit und ohne Behinderung noch zwischen den Jugendlichen mit und ohne sichtbare Schädigung ein Unterschied nachgewiesen werden (vgl. Tabelle IV-3-12).

Tabelle IV-3-12: Verteilungsunterschiede bei Jugendlichen mit und ohne Behinderung und mit und ohne Schädigung: Vorstellungen von Gesundheit ('Womit würdest Du Gesundheit vergleichen?')

Variable	Chi ² Test (9)			
	KJ/ KM/ UJ/ UM		UoJ/ UoM/ UmJ/ UmM	
	chi ² =	p =	chi ² =	p =
g21	12,78209	.17272 [#]	15,36976	.08127 [#]

KJ n = 31, KM n = 25, UJ n = 71, UM n = 39, UoJ n = 26, UoM n = 14, UmJ n = 45, UmM n = 25; # Zellfrequenz < 5 > 20%

3.1.3 Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit

Die Gruppen der Jugendlichen mit und ohne Behinderung unterscheiden sich hinsichtlich der external sozialen (I23p) und external fatalistischen Kontrollüberzeugungen (I23c). Die external sozialen Kontrollüberzeugungen sind zwischen den Mädchen mit und den Mädchen ohne Behinderung signifikant, die external fatalistischen zwischen den Jungen mit und ohne sowie den Mädchen mit und ohne Behinderung (vgl. Tabelle IV-3-13).

Tabelle IV-3-13: Verteilungsunterschiede bei Jugendlichen mit und ohne Behinderung: Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit

Variable	Kruskal-Wallis-H Test (3)		Kolmogorov-Smirnov Test							
	KJ/ KM/ UJ/ UM chi ² =	p =	KJ/ KM K-S Z	p =	UJ/ UM K-S Z	p =	KJ/ UJ K-S Z	p =	KM/ UM K-S Z	p =
I23i	4,0166	.2597								
I23p	9,246	.0262	1,262	.083	0,393	.998	0,998	.272	1,631	.01*
I23c	32,2392	.0	1,094	.182	0,854	.46	1,634	.01*	2,24	0*

KJ n = 31, KM n = 25, UJ n = 71, UM n = 39; * = signifikantes Ergebnis

Die Gruppen der Jugendlichen mit und ohne sichtbare Schädigung unterscheiden sich bezüglich der internalen Kontrollüberzeugungen. Der Unterschied kann im Paarvergleich nicht nachgewiesen werden und verpaßt das Signifikanzniveau zwischen den beiden Jungengruppen nur knapp (vgl. Tabelle IV-3-14).

Tabelle IV-3-14: Verteilungsunterschiede bei Jugendlichen mit und ohne sichtbare Schädigung: Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit

Variable	Kruskal-Wallis-H Test (3)		Chi ² Test (1)							
	UoJ/ UoM/ UmJ/ UmM chi ² =	p =	UoJ/ UoM chi ² =	p =	UmJ/ UmM chi ² =	p =	UoJ/ UmJ chi ² =	p =	UoM/ UmM chi ² =	p =
I23i	8,9323	.0302	0,862	.447	0,484	.974	1,547	0,017	0,956	.32
I23p	4,8779	.1810								
I23c	3,9698	.2647								

UoJ n = 26, UoM n = 14, UmJ n = 45, UmM n = 25

3.1.4 Zusammenfassung

Zwischen den Gruppen mit und ohne Behinderung und mit und ohne sichtbare Schädigung können nur wenige Unterschiede nachgewiesen werden. Auf die Variablen Behinderung, Geschlecht oder Sichtbarkeit der Schädigung können also kaum Unterschiede zurückgeführt werden.

Behinderung als unterscheidende Variable liegt bei den external fatalistischen Kontrollüberzeugungen vor: Jugendliche mit Behinderung haben höhere external fatalistische Kontrollüberzeugungen als Jugendliche ohne Behinderung. Bei der Einschätzung des Gesundheitszustandes bei Müdigkeit kann ebenfalls Behinderung als unterscheidene Variable angenommen werden. Eine Abhängigkeit vom Geschlecht ist darüber hinaus anzunehmen. Bei den Mädchen erreicht der Unterschied Signifikanzniveau, bei den Jungen wird dies knapp verfehlt: Jugendliche mit Behinderung, besonders Mädchen beurteilen ihren Gesundheitszustand bei Müdigkeit positiver als Jugendliche ohne Behinderung.

Das Geschlecht als unterscheidene Variable erklärt möglicherweise den Unterschied bei der Veränderung der Einschätzung des Gesundheitszustandes vor und nach der Untersuchung: Die Unterschiede sind bei den Jungen ohne Behinderung nachzuweisen, bei den Jungen mit Behinderung wird das Signifikanzniveau knapp verfehlt: Jungen, besonders die ohne Behinderung, sind unsicherer in ihrer Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes als Mädchen.

Wie die Ergebnisse zeigen, führt die Kombination des Geschlechts mit einer der Variablen zu eindeutigen Unterschieden: Hinsichtlich der Beschreibung des allgemeinen Gesundheitsbegriffs mit gesundheitsorientiertem Handeln sind die Unterschiede auf die

Jungen ohne Behinderung zurückzuführen: Ihnen ist diese Kategorie am wenigsten wichtig. Lediglich die Mädchen mit und ohne Behinderung unterscheiden sich hinsichtlich der external sozialen Kontrollüberzeugungen: Die Mädchen mit Behinderung haben niedrigere external soziale Kontrollüberzeugungen. Mädchen ohne sichtbare Schädigung beschreiben den allgemeinen Krankheitsbegriff häufiger als abhängig von Symptomen als Mädchen mit sichtbarer Schädigung. Sie beschreiben den persönlichen Krankheitsbegriff nicht als abhängig von der subjektiven negativen Befindlichkeit, die Mädchen mit sichtbarer Schädigung dagegen schon.

Im Globalvergleich wurden bei einzelnen Variablen Unterschiede nachgewiesen, die in den Paarvergleichen nicht bestätigt wurden. Sie liegen weder im Geschlecht noch der Behinderung bzw. Schädigung begründet, sondern möglicherweise in anderen Paarungen, die für die Fragestellung irrelevant sind, beispielsweise Unterschiede zwischen Mädchen mit Behinderung und Jungen ohne Behinderung. Dies betrifft die Anzahl der Antworten zum persönlichen Krankheitsbegriff sowohl in bezug auf Behinderung als auch auf Schädigung, ebenso die Anzahl der Antworten zum allgemeinen Krankheitsbegriff und die Verwendung der Befindlichkeit zur Beschreibung des allgemeinen Krankheitsbegriffs hinsichtlich der Schädigung sowie der internalen Kontrollüberzeugungen.

3.2 Ergebnisse zum Effekt der Klassenstufe auf die Gesundheitskonzepte

Die Jugendlichen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe unterscheiden sich signifikant in der Verteilung der Klassenstufen. Es ist möglich, daß sich die Gesundheitskonzepte der Jugendlichen mit zunehmendem Alter bzw. entsprechend der kognitiven Entwicklung verändern. Ob Unterschiede bestehen, kann überprüft werden, indem Extremgruppenvergleiche zwischen jüngeren und älteren Jugendlichen durchgeführt werden.

Da alle Jugendlichen der Kontrollgruppe die achte Klasse besuchen, die Jugendlichen der Untersuchungsgruppe jedoch die sechste bis neunte Klasse, wird die Unterschiedsprüfung lediglich für die Jugendlichen der Untersuchungsgruppe durchgeführt. Auf diese Weise wird der Effekt Behinderung kontrolliert.

Die Klassenstärken sind unterschiedlich. Die wenigsten Jugendlichen besuchen die sechste Klasse, die meisten die siebte Klasse (vgl. Tabelle IV-6-1).

Tabelle IV-3-15: Extremgruppenvergleich Klassenstufe: Klassenstärke

	6. Klasse		7. Klasse		8. Klasse		9. Klasse	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Anzahl	19	17	37	33	27	25	27	25

Der Effekt Geschlecht wird nicht zusätzlich kontrolliert, da die Gruppen dann sehr klein würden und Aussagekraft verloren ginge.

3.2.1 Beschreibung der Extremgruppen

Mit höherer Klassenstufe steigt auch das Alter der Jugendlichen, deshalb unterscheiden sich die Gruppen auch hinsichtlich des Alters.

Das Geschlechterverhältnis ist in den Klassenstufen gleich: Alle Klassenstufen werden von mehr Jungen als Mädchen besucht.

Hinsichtlich der Sichtbarkeit der Schädigung besteht kein Unterschied: Die Klassenstufen werden von mehr Jugendlichen ohne sichtbare Schädigung besucht als von Jugendlichen mit sichtbarer Schädigung (vgl. Tabelle IV-6-2).

Tabelle IV-3-16: Extremgruppenvergleich Klassenstufe: Beschreibung der Gruppen

Bereich		6. Klasse n = 19		9. Klasse n = 27		Kolmogorov-Smirnov Test	
						Z =	p =
Alter	Mittelwert	13,6		17,4		3,216	0
	Standardabweichung	0,817		1,27			
	Median	13,6		17,6			
		n	%	n	%	Chi ² Test (1)	
Geschlecht	Junge	11	58	16	59	chi ² =	p =
	Mädchen	8	42	11	41		
Schädigung	mit sichtbarer Schädigung	6	32	8	30	0,01998	.8876
	ohne sichtbare Schädigung	13	68	19	70		

3.2.2 Gesundheitskonzepte

Bei folgenden Variablen wurde überprüft, ob die Antwortverteilungen der Gruppen sich unterscheiden:

- Einschätzen des momentanen Gesundheitszustandes (g1/ g2)
- Einschätzen des Gesundheitszustandes im Lebensverlauf (g14a - g14e)
- Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jugendlichen und Erwachsenen (g22)
- Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jungen und Mädchen (g23)
- Einschätzen des Gesundheitszustandes bei Beschwerden (k13 - k18)
- Anzahl der Antworten zu den Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen (g3anz - g6anz)
- Antwortverteilung folgender Kategorien der Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen: Gesundheit und Krankheit als Gegensatz (g3a1-g6a1), subjektive Befindlichkeit (g3a3 - g6a3), gesundheitsorientiertes Handeln (g3a4 - g6a4) und Symptome (g3a8 - g6a8)
- Vorstellungen von Gesundheit (g21)
- Stellenwert von Gesundheit (g19b)
- Zufriedenheit mit Gesundheit (g20)
- Möglichkeit, etwas für Gesundheit zu tun (g7/ g11)
- Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte und Besuche bei Ärztinnen und Ärzten (k2, k5)
- Fehltage wegen Krankheit (k7)
- Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit (l23i, l23p, l23c)

Bei den Mädchen der beiden Gruppen werden zusätzlich folgende Variablen berücksichtigt:

- Beurteilung der Menstruation (g15)
- Präsenz der Menstruation (g16)
- Beurteilung des Gesundheitszustandes während der Menstruation (g17/ g18)

Die Ergebnisse der Tests können den folgenden Tabellen entnommen werden (vgl. Tabellen IV-3-17 und IV-3-18).

Tabelle IV-3-17: Extremgruppenvergleich Klassenstufe: Ergebnisse des Chi² Tests

Variable	Klasse 6	Klasse 9	DF	Chi ² Test		
	n =	n =		chi ² =	p =	Fisher's
g1	19	27	2	5,753	.0563 [#]	
g2	19	27	2	7,600	.0,0224 [#]	
g22	19	27	2	3,778	.8279 [#]	
g23	19	27	2	3,611	.6443 [#]	
g15 ¹	8	11	1	0,638	.4246 [#]	.60268
g16 ¹	8	11	2	4,028	.1335 [#]	
g3a1	57	81	1	0,168	.6817 [#]	1.0
g4a1	57	81	1	keine Werte	keine Werte	
g5a1	57	81	1	0,480	.4886 [#]	.64247
g6a1	57	81	1	1,071	.3008 [#]	1.0
g3a3	57	81	1	4,011	.0452 [*]	
g4a3	57	81	1	1,718	.19	
g5a3	57	81	1	0,293	.5882	
g6a3	57	81	1	1,066	.3018	
g3a4	57	81	1	1,639	.2004	
g4a4	57	81	1	0,389	.8436 [#]	1.0
g5a4	57	81	1	0,138	.7103	
g6a4	57	81	1	0,082	.7742 [#]	1.0
g3a8	57	81	1	0,008	.9306	1.0
g4a8	57	81	1	0,729	.3932	
g5a8	57	81	1	1,639	.2004	.23042
g6a8	57	81	1	0,065	.7989	
g21	19	27	3	1,414	.7024 [#]	
g7	19	27	1	0,795	.3737 [#]	.63511
g11	16	25	1	11,819	.0006 [#]	.00115 [*]

* = signifikantes Ergebnis; #: Zellfrequenz <5 <20%

Tabelle IV-3-18: Extremgruppenvergleich Klassenstufen: Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov Tests

Variable	6. Klasse	9. Klasse	Kolmogorov-Smirnov Test	
	n =	n =	Z =	p =
g14a	19	27	0,404	.997
g14b	19	27	0,625	.83
g14c	19	27	0,983	.289
g14d	19	27	1,159	.136
g14e	19	27	0,205	1.0
k13	19	27	0,911	.377
k14	19	27	0,469	.981
k15	19	27	1,087	.188
k16	19	27	0,534	.938
k17	19	27	0,208	1.0
k18	19	27	1,133	.154
g17 ²	6	11	1,418	.036*
g18 ²	6	11	0,88	.420
g3anz	19	27	0,618	.839
g4anz	19	27	0,195	1.0
g5anz	19	27	0,052	1.0
g6anz	19	27	0,352	1.0
g19b	19	27	0,208	1.0
g20	19	27	0,618	.839
k2	14	22	1,086	.189
k5	14	25	0,631	.82
k7	19	27	1,061	.21

* = signifikantes Ergebnis

Unterschiede konnten nur nachgewiesen werden hinsichtlich der Beschreibung des allgemeinen Gesundheitsbegriffs als abhängig vom subjektiven positiven Befinden, bei der Möglichkeit, über die genannten Dinge hinaus etwas für die Gesundheit zu tun und bei der Beschreibung des Gesundheitszustandes bei der Menstruation als krank. Sie werden im folgenden dargestellt. Um einen genauen Überblick zu geben, werden die Antworten der Jugendlichen der siebten und achten Klasse ebenfalls dargestellt.

Allgemeine Gesundheitsdefinition

Die Jugendlichen der sechsten Klasse charakterisieren Gesundheit seltener als positive subjektive Befindlichkeit als die Jugendlichen der neunten Klasse (vgl. Tabelle IV-3-19). Am häufigsten wird allerdings von den Jugendlichen der siebten Klasse mit dieser Kategorie beschrieben.

Tabelle IV-3-19: Extremgruppenvergleich Klassenstufe: Allgemeiner Gesundheitsbegriff

	Klasse 6 n = 19		Klasse 7 n = 27		Klasse 8 n = 27		Klasse 9 n = 37	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gegenteil von Gesundheit	2	3,5	6	7,4	5	6,2	4	3,6
Positive subjektive Befindlichkeit	4	7,0	12	14,8	10	12,4	15	13,5
Gesundheitsorientiertes Handeln	9	15,8	17	21,0	5	6,2	7	6,3
Abwesenheit von Symptomen	4	7,0	4	4,9	4	4,9	6	5,4
Sonstiges	3	5,3	5	6,2	2	2,5	4	3,6
nicht auswertbar	0	0,0	1	1,2	0	0,0	2	1,8
Summe gegebener Antworten	22	38,6	45	55,6	26	32,1	38	34,2
keine Antwort	35	61,4	36	44,4	55	67,9	73	65,8
Summe möglicher Antworten	57	100,0	81	100,0	81	100,0	111	100,0

Möglichkeit, über die genannten Dinge hinaus etwas für die Gesundheit zu tun

Möglichkeiten über die genannten Dinge hinaus etwas für ihre Gesundheit zu tun, sehen mehr Jugendliche der neunten Klasse, als Jugendliche der sechsten Klasse (vgl. Tabelle IV-3-20). Auch hier fällt auf, daß die Jugendlichen der siebten Klassen den höchsten Wert haben.

Tabelle IV-3-20: Extremgruppenvergleich Klassenstufe: Möglichkeit über die genannten Dinge hinaus etwas für die Gesundheit zu tun

	6. Klasse n = 16		7. Klasse n = 36		8. Klasse n = 21		9. Klasse n = 25	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ja	7	7,14	28	28,57	14	14,29	23	23,47
nein	9	9,18	8	8,16	7	7,14	2	2,04

Beurteilen des Gesundheitszustands während der Menstruation als krank

Diese Frage wurde nur den Mädchen gestellt, bei denen die Menstruation schon eingesetzt hat; die Gruppengrößen sind deshalb gering.

Mehr Mädchen der sechsten Klasse geben an, sich während der Menstruation krank zu fühlen, treffe auf sie gar nicht zu, mehr Mädchen der neunten Klasse geben an, dies treffe eher zu (vgl. Tabelle IV-3-21).

Tabelle IV-3-21: Extremgruppenvergleich Klassenstufe: Beurteilung des Gesundheitszustandes während der Menstruation als krank ('Bist Du dann krank, eenn Du Deine Regel hast?')

	6. Klasse n = 6	7. Klasse n = 9	8. Klasse n = 8	9. Klasse n = 11
Median	1	3	4	4
Modalwert	1	1	4	4
Minimum	1	4	0	1
Maximum	3	6	5	6

Die Antwortverteilung wird im folgenden Diagramm dargestellt (vgl. Abbildung IV-3-1):

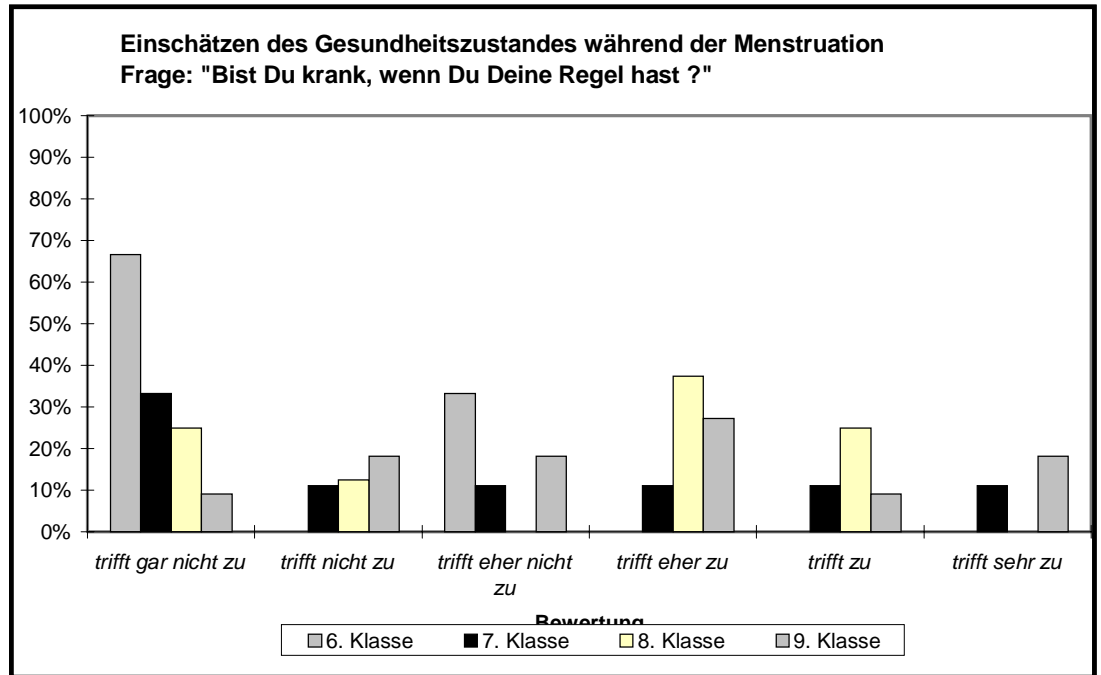


Abbildung: IV-3-1: Extremgruppenvergleich Klassenstufe: Einschätzen des Gesundheitszustandes bei der Menstruation als krank

Die Mädchen der sechsten Klasse beurteilen ihren Gesundheitszustand während der Menstruation weniger häufig als krank als die Mädchen der neunten Klasse, antworten allerdings auch nur bei zwei Kategorien der Skala.

3.2.3 Zusammenfassung

Hinsichtlich der Klassenstufe lassen sich nur wenige signifikante Unterschiede nachweisen: Die Jugendlichen der sechsten Klasse beschreiben den allgemeinen Gesundheitsbegriff seltener mit subjektiv positiver Befindlichkeit und sehen weniger Möglichkeiten, über die genannten Dinge hinaus etwas für ihre Gesundheit zu tun, als die Jugendlichen der neunten Klasse. Außerdem trifft die Aussage, sie seien krank während ihrer Menstruation für die Mädchen der sechsten Klasse weniger zu als für die Mädchen der neunten Klasse.

Die geringe Stichprobengröße muß bei der Interpretation berücksichtigt werden.

3.3 Einfluß der Krankheitserfahrung auf die Gesundheitskonzepte

Ob Krankheitserfahrung die übrigen Komponenten der Gesundheitskonzepte variiert, wird überprüft, indem im Extremgruppenvergleich untersucht wird, ob sich die Gesundheitskonzepte von Jugendlichen mit viel und mit wenig Krankheitserfahrung unterscheiden.

Die Krankheitserfahrung wird aus folgenden Variablen zu einer Variable zusammengefaßt³⁴:

- Krankheitserfahrung:
- k2 Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte vor der Schulzeit
0 bis 4 Punkte
 - k3 Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte seit der Schulzeit
0 bis 4 Punkte
 - k5 Häufigkeit der Arzt- und Ärztinnenbesuche
0 bis 4 Punkte

Daraus ergibt sich eine Variable mit einem Summenwert zwischen 0 und 12 Punkten. Mit dieser Variable werden drei Gruppen gebildet:

- 0 - 3 Punkte: wenig Krankheitserfahrung (Gruppe 1)
- 4 - 8 Punkte: mittlere Menge an Krankheitserfahrung
- 9 - 12 Punkte: viel Krankheitserfahrung (Gruppe 2)

Überprüft werden die Antwortverteilungen der Gruppen 1 und 2 auf Gleichverteilung. Ausschließlich die Ergebnisse werden dargestellt, bei denen ein Unterschied signifikant wurde. Die grafische Darstellung der Antwortverteilung zur Krankheitserfahrung in Abhängigkeit von Geschlecht und Behinderung bzw. Sichtbarkeit der Schädigung kann dem Anhang entnommen werden (Anhang A5).

3.3.1 Beschreibung der Extremgruppen

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Krankheitserfahrung. 58 Jugendliche (34,94 %) haben wenig Krankheitserfahrung, 33 (19,88 %) haben viel Krankheitserfahrung.

Die Geschlechter sind nahezu gleichmäßig in den Gruppen vertreten. Wegen der geringen Stichprobengröße der Gruppe 2 werden die Gruppen nicht nach Geschlecht unterteilt.

Die Jugendlichen unterscheiden sich hinsichtlich des besuchten Schultyps bzw. der Behinderung; der Unterschied ist hoch signifikant. 22 Jugendliche mit wenig Krankheitserfahrung (Gruppe 1) besuchen die Regelschule, von den Jugendlichen mit viel Krankheitserfahrung (Gruppe 2) besuchen nur drei die Regelschule. Die meisten Jugendlichen mit wenig Krankheitserfahrung gehen in die 8. Klasse, die meisten Jugendlichen mit viel Krankheitserfahrung besuchen die 9. Klasse.

Die Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Alters. Das Durchschnittsalter liegt zwischen 15 und 16 Jahren.

³⁴ Die Variable Fehltag wegen Krankheit wird nicht berücksichtigt. Überprüfungen ergaben, daß die Jugendlichen unterschiedliche Daten angegeben haben: Einige Jugendliche gaben Fehlstunden an, einige andere die Anzahl der Fehltag vom Halbjahreszeugnis.

Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Schädigung. Der Anteil der Jugendlichen mit sichtbarer Schädigung ist in beiden Gruppen etwas geringer als der Anteil der Jugendlichen ohne sichtbare Schädigung (vgl. Tabelle IV-3-22).

Tabelle IV-3-22: Extremgruppenvergleich Krankheitserfahrung: Beschreibung der Extremgruppen

Bereich		Gruppe 1 n = 58		Gruppe 2 n = 33		Test	
		n	%	n	%	chi ² =	p =
Krankheits- erfahrung	Median	2		10		Kolmogorov-Smirnov Test Z = 4,586 p = .0	
	Modalwert	3		10			
	Minimum	0		9			
	Maximum	3		12			
besuchte Klassenstufe	Median	8		8		1,193	.116
	Modalwert	8		9			
	Minimum	6		6			
	Maximum	9		9			
Alter	Mittelwert	15,055		15,87		1,275	.078
	Standardabweichung	1,505		1,787			
	Modalwert	14,7		15,9			
		n	%	n	%	Chi ² Test	
Schulform	Sonderschule	36	62	30	91	9,90007	.00165
	Regelschule	22	38	3	9		
Geschlecht	Junge	31	53	17	52	0,03153	.85907
	Mädchen	27	47	16	49		
Schädigung	mit sichtbarer Schädigung	14	24	11	33	0,03437	.85292
	ohne sichtbare Schädigung	22	38	19	58		
	ohne Behinderung	22	38	3	9		

3.3.2 Ergebnisse zu den Gesundheitskonzepten der Extremgruppen

Bei folgenden Variablen wurde überprüft, ob die Antwortverteilungen der Gruppen sich unterscheiden:

- Einschätzen des momentanen Gesundheitszustandes (g1/ g2)
- Einschätzen des Gesundheitszustandes im Lebensverlauf (g14a - g14e)
- Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jugendlichen und Erwachsenen (g22)
- Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jungen und Mädchen (g23)
- Einschätzen des Gesundheitszustandes bei Beschwerden (k13 - k18)
- Anzahl der Antworten zu den Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen (g3anz - g6anz)
- Antwortverteilung folgender Kategorien der Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen: Gesundheit und Krankheit als Gegensatz (g3a1-g6a1), als subjektive Befindlichkeit (g3a3 - g6a3), als gesundheitsorientoertes Handeln (g3a4 - g6a4) und als abhängig von Symptomen und Krankheiten (g3a8 - g6a8)
- Vorstellungen von Gesundheit (g21)
- Stellenwert von Gesundheit (g19b)
- Zufriedenheit mit Gesundheit (g20)
- Möglichkeit, etwas für Gesundheit zu tun (g7/ g11)
- Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit (l23i, l23p, l23c)

Bei den Mädchen der beiden Gruppen werden zusätzlich folgende Variablen berücksichtigt:

- Beurteilung der Menstruation (g15)
- Präsenz der Menstruation (g16)
- Beurteilung des Gesundheitszustandes während der Menstruation (g17/ g18)

Die Ergebnisse der Tests sind in den folgenden Tabellen dargestellt; (vgl. Tabelle IV-3-23 und IV-3-24).

Tabelle IV-3-23: Extremgruppenvergleich Krankheitserfahrung: Ergebnisse des Chi² Tests

Variable	Gruppe 1 n =	Gruppe 2 n =	DF	Chi ² Test (1)		Fisher's
				chi ² =	p =	
g1	58	33	2	1,23049	.5405 [#]	
g2	58	33	2	2,52001	.2837 [#]	
g22	58	33	2	0,881	.6437	
g23	58	33	2	2,17237	.3375 [#]	
g15	27	16	1	0,29637	.5862 [#]	.719
g16	27	16	2	1,47263	.4789 [#]	
g3a1	174	99	1	0,3761	.5397	
g4a1	174	99	1	3,6371	.0565 [#]	.3001
g5a1	174	99	1	0,00542	.9413 [#]	1.0
g6a1	174	99	1	0,15815	.6909 [#]	1.0
g3a3	174	99	1	1,69199	.1933	
g4a3	174	99	1	0,44016	.5071	
g5a3	174	99	1	0,41357	.5202	
g6a3	174	99	1	0,00042	.9837	
g3a4	174	99	1	0,01498	.9026	
g4a4	174	99	1	0,39094	.5318	
g5a4	174	99	1	2,02762	.1545	
g6a4	174	99	1	0,47828	.4892 [#]	.7149
g3a8	174	99	1	0,6612	.4161	
g4a8	174	99	1	2,29096	.1301	
g5a8	174	99	1	0,03499	.8516 [#]	1.0
g6a8	174	99	1	0,00184	.9658	
g21	58	33	3	0,85503	.8363	
g7	58	33	1	0,03752	.8464 [#]	1.0
g11	52	30	1	0,17956	.6718	

* = signifikantes Ergebnis; #: Zellfrequenz < 5 > 20%

Tabelle IV-3-24: Extremgruppenvergleich Krankheitserfahrung: Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov Tests

Variable	Gruppe 1	Gruppe 2	Kolmogorov-Smirnov Test	
	n =	n =	Z =	p =
g14a	58	33	1,282	.075
g14b	58	33	0,836	.486
g14c	58	33	1,153	.140
g14d	58	33	1,155	.139
g14e	58	33	0,561	.912
k13	58	33	0,542	.931
k14	58	33	0,47	.98
k15	58	33	0,441	.99
k16	58	33	1,538	.018*
k17	58	33	0,474	.978
k18	58	33	0,597	.869
g17	22	15	0,455	.986
g18	22	15	0,389	.998
g3anz	58	33	0,47	.980
g4anz	58	33	0,22	1.0
g5anz	58	33	0,24	1.0
g6anz	58	33	0,381	.999
g19b	58	33	0,74	.643
g20	58	33	1,354	.051*
l23i	58	33	0,803	.540
l23p	58	33	0,985	.287
l23c	58	33	0,721	.676

* = signifikantes Ergebnis

Die Jugendlichen mit viel und wenig Krankheitserfahrung unterscheiden sich in der Einschätzung des Gesundheitszustandes bei einem Armbruch und in der Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand. Im folgenden wird die Antwortverteilung dieser Variablen von beiden Extremgruppen dargestellt. Die Antwortverteilung hinsichtlich der übrigen Variablen kann dem Anhang entnommen werden (Anhang A6).

Einschätzen des Gesundheitszustandes bei Beschwerden

Hinsichtlich des Gesundheitszustandes bei Beschwerden kann bei der Einschätzung der Gesundheit bei einem Armbruch ein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden. Zunächst wird ein Überblick über die Einschätzung bei allen Beschwerden gegeben.

Die Jugendlichen mit wenig Krankheitserfahrung schätzen sich bei den angegebenen Beschwerden am häufigsten als 'eher krank' oder 'krank' ein. Die Jugendlichen mit viel Krankheitserfahrung beurteilen ihren Gesundheitszustand bei Beschwerden positiver; sie schätzen sich am häufigsten als 'eher krank' ein (vgl. Tabelle IV-3-25 und Abbildung IV-3-2).

Tabelle IV-3-25: Extremgruppenvergleich Krankheitserfahrung: Beurteilung des Gesundheitszustandes bei Beschwerden ('Wie ist Deine Gesundheit, wenn Du ... hast?')

	Gruppe 1 n = 58						Gruppe 2 n = 33					
	Müdigkeit	Schnupfen	Bauchweh vor KA	Armbruch	Schmerzen	Kummer	Müdigkeit	Schnupfen	Bauchweh vor KA	Armbruch	Schmerzen	Kummer
Median	3	4	3	5	4,50	3	3	4	2	4	4	3
Modalwert	3	4	2	5	5	4	2	4	1	4	4	3
Minimum	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1
Maximum	6	6	6	6	6	6	6	5	5	6	6	6

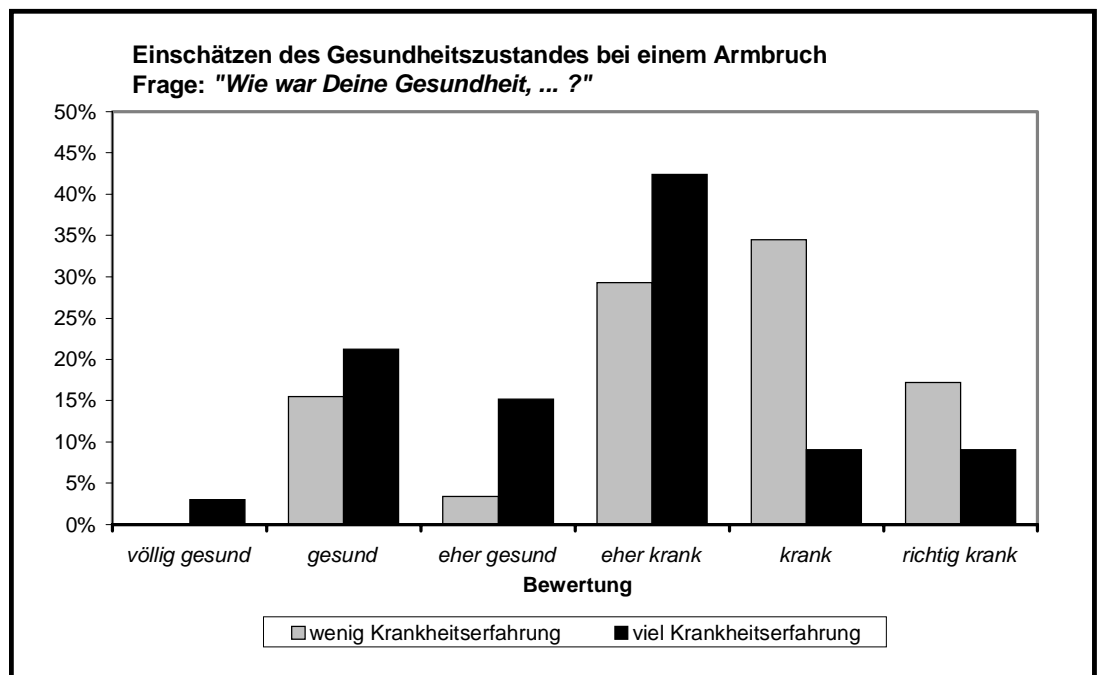


Abbildung IV-3-2: Extremgruppenvergleich Krankheitserfahrung: Einschätzen des Gesundheitszustandes bei einem Armbruch

Die Jugendlichen mit viel Krankheitserfahrung beurteilen sich bei einem Armbruch als gesund, die Jugendlichen mit wenig Krankheitserfahrung dagegen beurteilen sich als krank.

Zufriedenheit mit Gesundheit (g20)

Beide Gruppen sind am häufigsten 'zufrieden' mit ihrer Gesundheit (vgl. Tabelle IV-3-26 und Abbildung IV-3-3).

Tabelle IV-3-26 Extremgruppenvergleich Krankheitserfahrung: Zufriedenheit mit Gesundheit ('Wie zufrieden bist Du mit Deiner Gesundheit?')

	Gruppe 1	Gruppe 2
Median	5	5
Modalwert	5	5
Minimum	2	1
Maximum	6	6

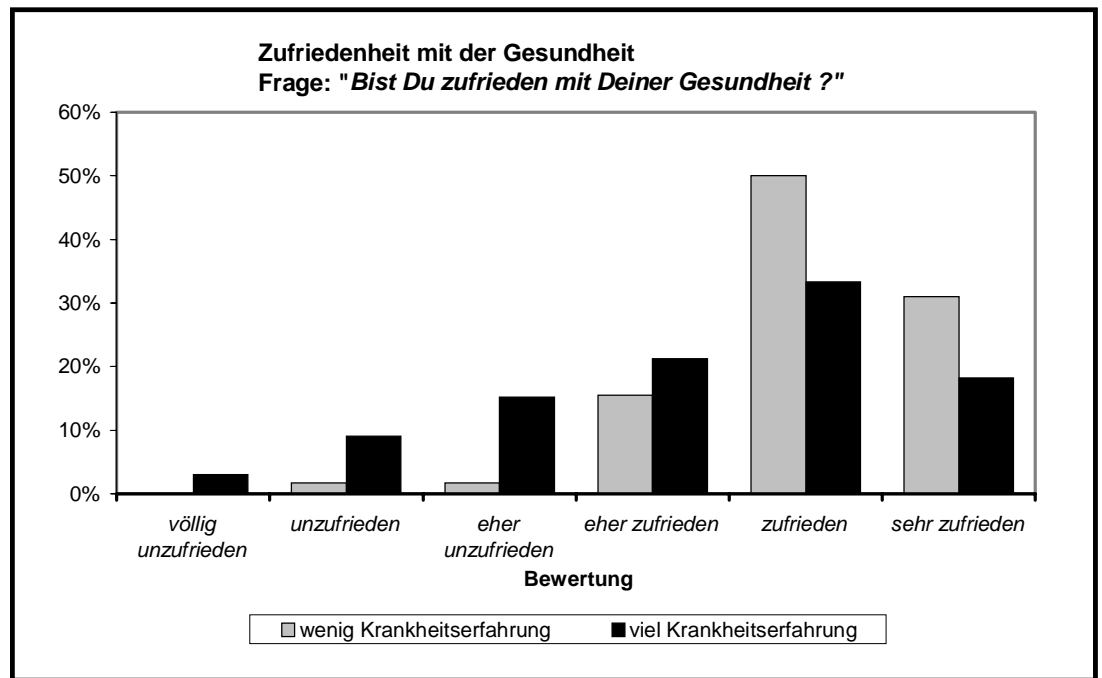


Abbildung IV-3-3: Extremgruppenvergleich Krankheitserfahrung: Antwortverteilung zu Zufriedenheit mit Gesundheit

Die Jugendlichen mit viel Krankheitserfahrung sind häufiger nicht zufrieden mit ihrer Gesundheit als die Jugendlichen mit wenig Krankheitserfahrung, die Jugendlichen mit wenig Krankheitserfahrung sind häufiger zufrieden.

3.3.3 Zusammenfassung

Hinsichtlich der Krankheitserfahrung konnten nur zwei Unterschiede in der Antwortverteilung nachgewiesen werden: Die Jugendlichen mit wenig Krankheitserfahrung beurteilen sich bei einem Armbruch weniger häufig als gesund, die mit viel Krankheitserfahrung beurteilen sich häufiger als gesund. Die Jugendlichen mit wenig Krankheitserfahrung sind häufiger zufrieden mit ihrer Gesundheit, die Jugendlichen mit viel Krankheitserfahrung sind häufiger nicht zufrieden.

Die unterschiedliche Stichprobengröße der beiden Gruppen wird bei der Interpretation der Daten berücksichtigt.

3.4 Zusammenhang der Kontrollüberzeugungen mit anderen Komponenten der Gesundheitskonzepte

Im folgenden wird überprüft, ob ein Zusammenhang zwischen den Kontrollüberzeugungen und den übrigen Komponenten der Gesundheitskonzepte besteht.

Der Aussagekraft wegen werden die Korrelationen für die Jungen und Mädchen mit Behinderung und die Jungen und Mädchen ohne Behinderung errechnet und keine Untergruppen gebildet.

Für folgende Variablen wurde der Kontingenzkoeffizient errechnet:

- Beurteilung des Gesundheitszustandes vor und nach der Untersuchung (g1, g2)
- Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jugendlichen und Erwachsenen (g22)
- Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jungen und Mädchen (g23)
- Beschreibung von Gesundheit und Krankheit als Gegensatz (g3a1 - g6a1), als Befindlichkeit (g3a3 - g6a3), als Gesundheitsverhalten (g3a4 - g6a4) und als abhängig von Symptomen und Krankheiten (g3a8 - g6a8)
- Einschätzen verschiedener Gesundheitsvorstellungen (g21)
- Möglichkeit, etwas für Gesundheit zu tun (g7, g11)

Für folgende Variablen wurde der Spearman Korrelationskoeffizient errechnet:

- Beurteilung der Gesundheit im Lebensverlauf (g14a - g14e)
- Einschätzen des Gesundheitszustandes bei Beschwerden (k13 - k18)
- Einschätzen des Gesundheitszustandes von Mädchen bei der Menstruation (g15)
- Anzahl der Antworten zu den Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen (g3anz - g6anz)
- Stellenwert von Gesundheit (g19b)
- Zufriedenheit mit Gesundheit (g20)

Wegen der unterschiedlichen Gruppengrößen werden alle Ergebnisse in den Tabellen angegeben. Das Signifikanzniveau wird zusätzlich angegeben:

*** $p \leq 0,001$

** $p \leq 0,01$

* $p \leq 0,05$

Die Daten eines Mädchens mit Behinderung werden nicht berücksichtigt, weil sie die Fragen zu den Kontrollüberzeugungen nicht beantworten konnte.

3.4.1 Korrelation der internalen Kontrollüberzeugungen mit anderen Komponenten der Gesundheitskonzepte

Zwischen den internalen Kontrollüberzeugungen und den subjektiven Konstruktionen zu Gesundheit und Krankheit können Zusammenhänge nachgewiesen werden. Es bestehen mehr Zusammenhänge zwischen den internalen Kontrollüberzeugungen und anderen Komponenten der Gesundheitskonzepte bei den Mädchen mit Behinderung als bei den anderen Gruppen. Referiert werden alle Zusammenhänge, die Signifikanzniveau erreichen, auch wenn sie nicht sehr stark ausgeprägt sind (vgl. Tabelle IV-3-27).

3 Effekte verschiedener Variablen auf die Gesundheitskonzepte

Tabelle IV-3-27: Korrelation: Internale Kontrollüberzeugungen und Gesundheitskonzept

Variable	KJ n = 31	KM n = 25	UJ n = 71	UM n = 38
g1	0,64984	0,71992	0,5859	0,77034
g2	0,70671	0,70278	0,61939	0,7681
g14a	0,1731	-0,0052	-0,2030	-0,4292 **
g14b	-0,1151	-0,4523 *	-0,0319	-0,0272
g14c	0,0332	0,1364	-0,1970	-0,4848 **
g14d	0,0061	0,1127	-0,2602 *	-0,517 ***
g14e ¹	0,0441	0,1958	-0,0695	-0,0461
g22	0,71813	0,63603	0,61041	0,69297
g23	0,71351	0,69452	0,54823	0,74216
k13	0,1362	0,0445	-0,0002	-0,3984 *
k14	0,0609	0,5652 **	0,0775	0,0342
k15	0	-0,1896	0,3087 *	0,0876
k16	-0,0258	-0,0276	0,2346 *	0,2346
k17	-0,0846	-0,1018	-0,0544	-0,2239
k18	0,1005	0,1055	-0,1069	-0,1947
g15	#	0,56061	#	0,63164
g21	0,73751	0,78688	0,68379	0,82954*
g19b	-0,1568	0,0708	-0,1348	0,0026
g20	-0,1905	-0,1686	0,2065	0,3392*
g7	0,6121	0,70711**	0,55801	0,65695
g3anz	-0,17	0,3622	-0,1174	0,1129
g4anz	-0,3127	0,1276	-0,0224	-0,0897
g5anz	-0,0975	0,236	-0,1431	-0,0562
g6anz	0,0633	0,0696	-0,0107	0,0591
	n = 93	n = 75	n = 213	n = 117
g3a1	0,34781	0,41115	0,29599	0,39164
g3a3	0,3038	0,33875	0,25064	0,40988
g3a4	0,49588**	0,41115	0,32131	0,33264
g3a8	0,3776	0,44555	0,35008	0,36695
g4a1	0,26145	0,36675	0,33426	0,49338*
g4a3	0,28938	0,30219	0,34507	0,36357
g4a4	0,39715	0,38168	0,23757	0,43296
g4a8	0,35456	0,39026	0,38693	0,51518
g5a1	0,32728	0,36675	0,39632*	0,4534
g5a3	0,2842	0,26261	0,25708	0,3542
g5a4	0,31789	0,34419	0,27857	0,37517
g5a8	#	0,39942	0,17605	0,40369
g6a1	0,30349	#	#	0,49338*
g6a3	0,35068	0,29617	0,24003	0,41718
g6a4	0,4351	0,36675	0,31664	0,42403
g6a8	0,36757	0,4427	0,23953	0,41274

keine Werte; * p <= 0,05, ** p <= 0,01, *** p <= 0,001; 1 = KJ: n = 29, KM: n = 23, UJ: n = 55, UM: n = 27

Bezüglich der Einschätzung des Gesundheitszustandes können Zusammenhänge nachgewiesen werden bei den Jugendlichen mit und den Mädchen ohne Behinderung: Je höher die internalen Kontrollüberzeugungen, desto gesünder schätzen sich die Mädchen ohne Behinderung zwischen drei und sechs Jahren ein, die Jungen mit Behinderung zwischen zehn und 13 Jahren und die Mädchen mit Behinderung in den ersten drei Lebensjahren sowie zwischen sieben und 13 Jahren.

Die Mädchen mit Behinderung schätzen sich mit zunehmenden internalen Kontrollüberzeugungen bei Müdigkeit eher als gesund ein.

Die Jungen mit und die Mädchen ohne Behinderung schätzen sich bei zunehmender internaler Kontrolle bei den Beschwerden Schnupfen, Bauchweh und Armbruch eher als krank ein.

Je höher die internalen Kontrollüberzeugungen desto seltener wird eine der folgenden Kategorien von den Jugendlichen verwendet, um den Gesundheits- oder Krankheitsbegriff zu beschreiben: Die Jungen ohne Behinderung nennen seltener gesundheitsorientiertes Handeln bei der Beschreibung des allgemeinen Gesundheitsbegriffs. Die Jungen mit Behinderung beschreiben den persönlichen Gesundheitsbegriff dann seltener als Gegenteil von Krankheit. Die Mädchen mit Behinderung charakterisieren den allgemeinen und persönlichen Krankheitsbegriff seltener als Gegenteil von Gesundheit.

Je höher die internalen Kontrollüberzeugungen desto eher verstehen die Mädchen mit Behinderung Gesundheit als Kontinuum und als Gleichgewicht und desto zufriedener sind sie mit ihrer Gesundheit.

Je höher die internalen Kontrollüberzeugungen, desto stärker haben Mädchen ohne Behinderung den Eindruck etwas für ihre Gesundheit tun zu können.

3.4.2 Korrelation der external sozialen Kontrollüberzeugungen mit anderen Komponenten der Gesundheitskonzepte

Zwischen den external sozialen Kontrollüberzeugungen und den subjektiven Konstruktionen zu Gesundheit und Krankheit können bei allen Gruppen Zusammenhänge nachgewiesen werden. Bei den Mädchen ohne Behinderung bestehen etwas weniger als bei den anderen Gruppen. Bei den Jungengruppen werden etwas mehr Unterschiede signifikant als bei den jeweiligen Mädchengruppen. Referiert werden alle Zusammenhänge, die Signifikanzniveau erreichen, auch wenn sie nicht sehr stark ausgeprägt sind (vgl. Tabelle IV-3-28).

3 Effekte verschiedener Variablen auf die Gesundheitskonzepte

Tabelle IV-3-28: Korrelation: External soziale Kontrollüberzeugungen und Gesundheitskonzepte

Variable	KJ n = 31	KM n = 25	UJ n = 71	UM n = 38
g1	0,74483	0,65488	0,7126**	0,75985
g2	0,66548	0,68106	0,64509	0,73495
g14a	0,0764	-0,0974	-0,1545	-0,1426
g14b	0,2122	-0,1957	0,0664	0,0127
g14c	-0,0319	-0,0924	-0,4233***	-0,4116**
g14d	0,0885	0,1048	-0,2781*	-0,358*
g14e ¹	-0,2273	0,049	-0,1021	0,008
g22	0,7227	0,67559	0,64985	0,70413
g23	0,65542	0,79582*	0,63645	0,75398
k13	0,4714**	0,305	-0,1505	-0,2269
k14	0,3955*	-0,054	-0,0352	-0,1276
k15	0,2825	0,1308	0,0227	0,2299
k16	0,4986**	-0,3174	0,0687	0,2813
k17	0,4766**	0,5068**	0,1071	0,0162
k18	0,3803*	0,0646	-0,056	0,1284
g15	#	0,65465	#	0,54825
g21	0,78937	0,81394	0,71944	0,78356
g19b	0,093	-0,286	0,0276	0,3629*
g20	0,2479	0,055	0,2893**	0,1973
g7	0,51377	0,70711	0,48049	0,67103*
g3anz	0,2274	-0,1762	0,0084	0,2431
g4anz	0,217	-0,3126	-0,0324	0,0736
g5anz	0,2111	-0,2361	-0,0383	0,0098
g6anz	0,1211	-0,3133	0,164	0,1182
	n = 93	n = 75	n = 213	n = 114
g3a1	0,35853	0,32227	0,29249	0,40176
g3a3	0,3164	0,36164	0,25501	0,38833
g3a4	0,20815	0,46915	0,52172***	0,37327
g3a8	0,32361	0,39942	0,32432	0,42506
g4a1	0,49588	0,36675	0,25618	0,43742
g4a3	0,31908	0,30914	0,35679	0,27267
g4a4	0,39973	0,38168	0,49294***	0,37011
g4a8	0,38835	0,49223*	0,32351	0,52383**
g5a1	0,41257	0,36675	0,30746	0,35494
g5a3	0,36327	0,3182	0,30464	0,34159
g5a4	0,35996	0,36017	0,43864*	0,36793
g5a8	#	0,35218	0,26957	0,39015
g6a1	0,49588*	#	#	0,36302
g6a3	0,37635	0,3408	0,24701	0,34172
g6a4	0,25383	0,36675	0,30226	0,40702
g6a8	0,38631	0,42024	0,29858	0,40905

keine Werte; * p <= 0,05, ** p <= 0,01, *** p <= 0,001; 1 = KJ: n = 29, KM: n = 23, UJ: n = 55, UM: n = 27

Die Jungen mit Behinderung schätzen sich bei zunehmenden external sozialen Kontrollüberzeugungen häufiger als gesund ein.

Je höher die external sozialen Kontrollüberzeugungen bei den Jugendlichen mit Behinderung, desto positiver beurteilen sie ihre Gesundheit zwischen sieben und 13 Jahren.

Die Mädchen ohne Behinderung beurteilen bei zunehmenden external sozialen Kontrollüberzeugungen Jungen und Mädchen als gleich gesund.

Je höher die external sozialen Kontrollüberzeugungen, desto eher schätzen sich die Jungen bei fast allen Beschwerden und die Mädchen ohne Behinderung lediglich bei Schmerzen als krank ein.

Mit zunehmenden external sozialen Kontrollüberzeugungen wird die jeweilige Kategorie zur Beschreibung von Gesundheit oder Krankheit seltener genannt: Die Jungen ohne Behinderung beschreiben den persönlichen Krankheitsbegriff dann seltener als Gegenteil von Gesundheit, die Mädchengruppen greifen weniger auf die Kategorie Symptome und Krankheiten zurück, um den allgemeinen Krankheitsbegriff darzustellen. Die Jungen charakterisieren den Gesundheits- und Krankheitsbegriffs dann weniger als abhängig vom gesundheitsorientierten Handeln.

Bei den Mädchen mit Behinderung besteht ein Zusammenhang zwischen den external sozialen Kontrollüberzeugungen und dem Stellenwert von Gesundheit. Je höher die external sozialen Kontrollüberzeugungen desto weniger wichtig ist Gesundheit für die Mädchen mit Behinderung, je niedriger desto wichtiger ist sie.

Die Jungen mit Behinderung sind bei zunehmenden external sozialen Kontrollüberzeugungen mit ihrer Gesundheit zufrieden.

Je höher die external sozialen Kontrollüberzeugungen desto stärker haben die Mädchen mit Behinderung den Eindruck, auf ihre Gesundheit einwirken zu können.

3.4.3 Korrelation der external fatalistischen Kontrollüberzeugungen mit anderen Komponenten der Gesundheitskonzepte

Zwischen den external fatalistischen Kontrollüberzeugungen und den Komponenten der Gesundheitskonzepte können Zusammenhänge nachgewiesen werden. Bei den Jungengruppen können jeweils mehr Zusammenhänge nachgewiesen werden als bei den Mädchengruppen. Referiert werden alle Zusammenhänge, die Signifikanzniveau erreichen, auch wenn sie nicht sehr stark ausgeprägt sind (vgl. Tabelle IV-3-29).

3 Effekte verschiedener Variablen auf die Gesundheitskonzepte

Tabelle IV-3-29: Korrelation: External fatalistische Kontrollüberzeugungen und Gesundheitskonzepte

Variable	KJ n = 31	KM n = 25	UJ n = 71	UM n = 38
g1	0,74135	0,65603	0,67475	0,68728
g2	0,77714*	0,73188	0,65604	0,68371
g14a	0,1027	0,2297	-0,2992**	-0,2497
g14b	0,1519	0,0513	-0,1314	-0,0466
g14c	0,3651*	0,1987	-0,3397**	-0,3699*
g14d	0,3314	0,0269	-0,3078**	-0,2687
g14e ¹	-0,0227	0,0727	0,1589	-0,334
g22	0,74909	0,73124	0,61371	0,7067
g23	0,66724	0,70165	0,65838	0,68477
k13	0,3738*	0,448*	-0,0035	-0,2723
k14	-0,1292	0,1404	0,2372*	0,1512
k15	0,3689*	0,071	0,0669	0,1176
k16	-0,0125	-0,3992*	0,1319	0,2025
k17	0,1418	-0,0903	0,1645	0,1613
k18	0,3613*	0,6312***	0,0295	-0,0299
g15	#	0,52223	#	0,66235
g21	0,77726	0,75926	0,73665	0,78843
g19b	-0,3634*	-0,4832**	-0,0207	0,2023
g20	0,2049	-0,2519	0,2722*	0,4925***
g7	0,49919	0,48378	0,49839	0,67102*
g3anz	0,2111	-0,1724	0,1252	0,2225
g4anz	-0,2682	-0,1115	0,1487	0,0204
g5anz	-0,119	0,1231	-0,0295	-0,0614
g6anz	-0,2229	-0,0348	0,0738	0,1173
	n = 93	n = 75	n = 213	n = 114
g3a1	0,33921	0,41115	0,34761	0,3121
g3a3	0,36343	0,41901	0,30581	0,36476
g3a4	0,20815	0,43879	0,37231	0,31399
g3a8	0,38324	0,38168	0,30296	0,40757
g4a1	0,20815	0,30027	0,24634	0,27389
g4a3	0,32946	0,32241	0,33313	0,37256
g4a4	0,3838	0,36245	0,41149**	0,36151
g4a8	0,32496	0,39026	0,2809	0,44906
g5a1	0,4916*	0,30027	0,24692	0,43222
g5a3	0,27134	0,30374	0,27166	0,38966
g5a4	0,35347	0,30909	0,33682	0,34857
g5a8	#	0,38168	0,31696	0,31165
g6a1	0,49588*	#	#	0,36302
g6a3	0,40842	0,32163	0,30548	0,35846
g6a4	0,43518	0,30027	0,28937	0,42403
g6a8	0,33712	0,38173	0,31998	0,31775

keine Werte; * p <= 0,05, ** p <= 0,01, *** p <= 0,001; 1 = KJ: n = 29, KM: n = 23, UJ: n = 55, UM: n = 27

Je niedriger die external fatalistischen Kontrollüberzeugungen desto eher schätzen die Jungen ohne Behinderung sich nach der Untersuchung als gesund ein bzw. können sie ihren Gesundheitszustand nicht einschätzen.

Die Jugendlichen mit Behinderung beurteilen ihren Gesundheitszustand in unterschiedlichen Lebensphasen bei zunehmenden external fatalistischen Kontrollüberzeugungen positiv (Jungen in den ersten drei Lebensjahren und zwischen sieben und 13 Jahren, Mädchen zwischen sieben und zehn Jahren). Die Jungen ohne Behinderung beurteilen ihren Gesundheitszustand zwischen sieben und zehn Jahren negativer je niedriger die external fatalistischen Kontrollüberzeugungen sind.

Die Jungen ohne Behinderung fühlen sich, je höher die Kontrollüberzeugungen sind, bei psychosomatischen Beschwerden eher krank. Bei den Mädchen ohne Behinderung besteht dieser Zusammenhang darüber hinaus auch bei Schmerzen, nicht jedoch bei Bauchschmerzen vor einer Klassenarbeit. Die Jungen mit Behinderung beurteilen ihren Gesundheitszustand bei Schnupfen als krank, wenn die external fatalistischen Kontrollüberzeugungen zunehmen.

Nur bei den Jungengruppen können Zusammenhänge zwischen den external fatalistischen Kontrollüberzeugungen und dem Gesundheits- und Krankheitsbegriff nachgewiesen werden. Je niedriger die external fatalistischen Kontrollüberzeugungen desto seltener verwenden die Jungen ohne Behinderung die Kategorie Gegenteil von Krankheit bzw. Gesundheit beim persönlichen Krankheits- und Gesundheitsbegriff. Die Jungen mit Behinderung verwenden beim allgemeinen Krankheitsbegriff, je höher die external fatalistischen Kontrollüberzeugungen sind, seltener die Kategorie Gesundheitsorientiertes Handeln.

Je höher die external fatalistischen Kontrollüberzeugungen desto höher der Stellenwert von Gesundheit bei den Jugendlichen ohne Behinderung.

Die Zufriedenheit mit Gesundheit nimmt bei den Jugendlichen mit Behinderung bei hohen external sozialen Kontrollüberzeugungen zu.

Die Möglichkeit auf Gesundheit einzuwirken wird von Mädchen mit Behinderung höher eingeschätzt je höher die external fatalistischen Kontrollüberzeugungen sind.

3.4.4 Zusammenfassung

Insgesamt werden am wenigsten Zusammenhänge einzelner Aspekte der Gesundheitskonzepte mit den internalen Kontrollüberzeugungen nachgewiesen. Dabei fallen mehr Zusammenhänge auf die Mädchengruppen als auf die Jungengruppen und mehr auf die Jugendlichen mit als ohne Behinderung; die meisten Zusammenhänge bestehen bei den Mädchen mit Behinderung. Die Zusammenhänge betreffen die Einschätzung des Gesundheitszustandes im Lebensverlauf und bei Beschwerden, sowie die Beschreibung des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs und können sowohl bei Jugendlichen mit und ohne Behinderung bzw. bei Jungen und Mädchen nachgewiesen werden. Lediglich die Einschätzung der Möglichkeit etwas für die Gesundheit zu tun besteht ausschließlich bei den Jungen ohne Behinderung.

Bei den externalen Kontrollüberzeugungen bestehen mehr Zusammenhänge bei den Jungengruppen als bei den entsprechenden Mädchengruppen. Bezüglich der external

sozialen Kontrollüberzeugungen können mehr Zusammenhänge bei den Jugendlichen mit Behinderung nachgewiesen werden als bei den Jugendlichen ohne Behinderung. Die Zusammenhänge mit der Einschätzung der Gesundheit vor der Untersuchung und der Zufriedenheit mit der Gesundheit bestehen nur bei den Jungen mit Behinderung, die mit der Bedeutung von Gesundheit und der Einwirkungsmöglichkeit auf Gesundheit nur bei den Mädchen mit Behinderung. Lediglich der Zusammenhang mit der Einschätzung des Gesundheitszustandes im Lebensverlauf tritt sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen mit Behinderung auf. Hinsichtlich der Beschreibung des Gesundheits- und Krankheitszustandes sind bei allen Gruppen Zusammenhänge nachweisbar.

In bezug auf die external fatalistischen Kontrollüberzeugungen können mehr Zusammenhänge bei den Jugendlichen ohne Behinderung als bei den Jugendlichen mit Behinderung nachgewiesen werden. Der Zusammenhang mit der Einschätzung des Gesundheitszustandes nach der Untersuchung tritt nur bei den Jungen ohne Behinderung auf, der Zusammenhang mit den Einwirkungsmöglichkeiten auf den Gesundheitszustand wiederum nur bei den Mädchen mit Behinderung. Der Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit Gesundheit tritt bei den Jungen und Mädchen mit Behinderung auf. Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes im Lebensverlauf und bei Beschwerden sowie der Beschreibung des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs treten die Zusammenhänge bei allen Gruppen auf.

4 Ergebnisse zum Erhebungsinstrument

In bezug auf das Instrument sind drei verschiedene Aspekte erhoben worden:

- Bewertung des Instruments durch die Jugendlichen
- Erfahrung der Jugendlichen mit Computern
- Zusammenhang von Computererfahrung und Gesundheitskonzepten

4.1 Bewertung des Instruments

Beurteilung des Instruments

Die Jugendlichen haben Aussagen zum Instrument auf einer sechsstufigen Skala beantwortet, die von (1) 'trifft gar nicht zu' bis (6) 'trifft sehr zu' reicht.

Die *Länge des Programms* beurteilten die Jugendlichen nicht negativ, die Jugendlichen mit Behinderung beurteilten sie positiver als die Jugendlichen ohne Behinderung.

Die *Phantasiefigur 'Grumpf'* wurde von allen Jugendlichen positiv bewertet, von den Mädchen ohne Behinderung etwas weniger als von den anderen Gruppen.

Daß *zuviel Text zu lesen* war, trifft für die Jugendlichen mit Behinderung 'gar nicht' zu, für die meisten Jungen ohne Behinderung 'nicht' und für die meisten Mädchen ohne Behinderung 'eher nicht' zu.

Die *Farben* haben allen Jugendlichen gefallen, werden jedoch von den Jugendlichen mit Behinderung etwas positiver beurteilt als von den Jugendlichen ohne Behinderung.

Die Jugendlichen ohne Behinderung bezeichnen die Aussage, daß das *Thema interessant* war am häufigsten als zutreffend, die Jugendlichen mit Behinderung am häufigsten als sehr zutreffend.

Alle Jugendlichen bestätigen, daß sie *alles, was ihnen zum Thema 'Gesundheit' eingefallen ist, sagen konnten*, auch hier beurteilen dies die Jugendlichen mit Behinderung positiver als die Jugendlichen ohne Behinderung (vgl. Tabellen IV-4-1 und IV-4-2).

Tabelle IV-4-1: Reflexion Jugendliche ohne Behinderung: Beurteilung des Instruments

	KJ n = 31						KM n = 25					
	Das Programm war zu lang.	Grumpf hat mit gefallen.	Ich mußte zuviel lesen.	Die Farben haben mir gefallen.	Das Thema war interessant.	Ich konnte alles sagen, was mir zum Thema 'Gesundheit' eingefallen ist.	Das Programm war zu lang.	Grumpf hat mit gefallen.	Ich mußte zuviel lesen.	Die Farben haben mir gefallen.	Das Thema war interessant.	Ich konnte alles sagen, was mir zum Thema 'Gesundheit' eingefallen ist.
Median	2	5	2	5	5	5	2	5	3	5	5	5
Modalwert	2	6	2	5	5	5	2	5	3	5	5	5
Minimum	1	1	1	1	2	3	1	1	1	3	4	4
Maximum	4	6	6	6	6	6	4	6	5	6	6	6

Tabelle IV-4-2: Reflexion Jugendliche mit Behinderung: Beurteilung des Instruments

	UJ n = 71						UM n = 39					
	Das Programm war zu lang.	Grumpf hat mir gefallen.	Ich mußte zuviel lesen.	Die Farben haben mir gefallen.	Das Thema war interessant.	Ich konnte alles sagen, was mir zum Thema 'Gesundheit' eingefallen ist.	Das Programm war zu lang.	Grumpf hat mir gefallen.	Ich mußte zuviel lesen.	Die Farben haben mir gefallen.	Das Thema war interessant.	Ich konnte alles sagen, was mir zum Thema 'Gesundheit' eingefallen ist.
Median	1	5	1	6	6	5	1	6	1	6	5	6
Modalwert	1	6	1	6	6	6	1	6	1	6	6	6
Minimum	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	3
Maximum	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6

Innerhalb der Gruppe der Jugendlichen mit Behinderung sind die Aussagen identisch (vgl. Tabelle IV-4-3 und Tabelle IV-4-4).

Tabelle IV-4-3: Reflexion Jugendliche mit sichtbarer Schädigung: Beurteilung des Instruments

	UmJ n = 45						UmM n = 25					
	Das Programm war zu lang.	Grumpf hat mir gefallen.	Ich mußte zuviel lesen.	Die Farben haben mir gefallen.	Das Thema war interessant.	Ich konnte alles sagen, was mir zum Thema 'Gesundheit' eingefallen ist.	Das Programm war zu lang.	Grumpf hat mir gefallen.	Ich mußte zuviel lesen.	Die Farben haben mir gefallen.	Das Thema war interessant.	Ich konnte alles sagen, was mir zum Thema 'Gesundheit' eingefallen ist.
Median	1	5	1	6	5	5	2	5	1	6	6	6
Modalwert	1	6	1	6	6	6	1	6	1	6	6	6
Minimum	1	1	1	1	2	1	1	1	1	5	1	3
Maximum	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6

Tabelle IV-4-4: Reflexion Jugendliche ohne sichtbare Schädigung: Beurteilung des Instruments

	UoJ n = 26						UoM n = 14					
	Das Programm war zu lang.	Grumpf hat mir gefallen.	Ich mußte zuviel lesen.	Die Farben haben mir gefallen.	Das Thema war interessant.	Ich konnte alles sagen, was mir zum Thema 'Gesundheit' eingefallen ist.	Das Programm war zu lang.	Grumpf hat mir gefallen.	Ich mußte zuviel lesen.	Die Farben haben mir gefallen.	Das Thema war interessant.	Ich konnte alles sagen, was mir zum Thema 'Gesundheit' eingefallen ist.
Median	1	6	1	6	6	5,5	1	6	1	6	5	5,5
Modalwert	1	6	1	6	6	6	1	6	1	6	5	6
Minimum	1	2	1	2	3	3	1	1	1	3	2	4
Maximum	6	6	6	6	6	6	2	6	5	6	6	6

Beurteilung der Methode

Die meisten Jugendlichen geben an, eine Befragung am liebsten am Computer durchzuführen. Jungen ohne Behinderung ziehen am häufigsten andere Möglichkeiten vor (vgl. Tabelle IV-4-5 und Tabelle IV-4-6).

Tabelle IV-4-5: Reflexion Jugendliche mit und ohne Behinderung: Beurteilung der Methode ('Wie würdest Du solch eine Untersuchung am liebsten machen?')

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Als Gespräch	6	19	2	8	12	17	5	13
Als Fragebogen	5	16	2	8	4	6	2	5
Am Computer	20	65	21	84	55	78	32	82

Tabelle IV-4-6: Reflexion Jugendliche mit und ohne sichtbare Schädigung: Beurteilung der Methode ('Wie würdest Du solch eine Untersuchung am liebsten machen?')

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Als Gespräch	8	17,8	3	12	4	15,4	2	14,3
Als Fragebogen	2	4,4	1	4	2	7,7	1	7,1
Am Computer	35	77,8	21	84	20	76,9	11	78,6

Negative Kritik

Die meisten Jugendlichen hat nichts an der Untersuchung gestört (vgl. Tabelle IV-4-7 und Tabelle IV-4-8).

Tabelle IV-4-7: Reflexion Jugendliche mit und ohne Behinderung: negative Kritik ('Hat Dich etwas gestört?')

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	1	3	1	4	4	6	2	5
Nein	30	97	24	96	67	94	37	95

Tabelle IV-4-8: Reflexion Jugendliche mit und ohne sichtbare Schädigung: negative Kritik ('Hat Dich etwas gestört?')

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	2	4,4	1	4	2	7,7	1	7,1
Nein	43	95,6	24	96	24	92,3	13	92,9

Störende Details

Die Jugendlichen, die bei der vorhergehenden Frage antworteten, es habe sie nichts gestört, haben diese Frage nicht beantwortet, sie erscheinen in der Kategorie 'Frage nicht bearbeitet'.

Insgesamt wurde dreimal der Inhalt und einmal die Methode kritisiert. Einige Jugendliche konnten die Frage, was sie gestört hat, nicht beantworten; sie sind in der Kategorie 'keine Angabe' zusammengefaßt (vgl. Tabelle IV-4-9 und Tabelle IV-4-10).

Tabelle IV-4-9: Reflexion Jugendliche mit und ohne Behinderung: Störende Details ('Was hat Dich gestört?')

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inhalt	0	0	0	0	1	1	2	5
Methode	1	3	0	0	0	0	0	0
Keine Angabe	0	0	1	4	3	4	0	0
Frage nicht bearbeitet	30	97	24	96	67	94	37	95

Tabelle IV-4-10: Reflexion Jugendliche mit und ohne sichtbare Schädigung: Störende Details ('Was hat Dich gestört?')

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inhalt	0	0	1	4	1	3,8	1	7
Methode	0	0	0	0	0	0	0	0
Keine Angabe	2	4,4	0	0	1	3,8	0	0
Frage nicht bearbeitet	43	95,6	24	96	24	92,3	13	92,9

Positive Kritik

Mit Ausnahme der Mädchen mit Behinderung antwortet knapp die Hälfte der Jugendlichen, ihnen habe etwas besonders gefallen (vgl. Tabelle IV-4-11).

Tabelle IV-4-11: Reflexion Jugendliche mit und ohne Behinderung: Positive Kritik ('Hat Dir etwas gefallen?')

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	14	45	11	44	34	48	11	28
Nein	17	55	14	56	37	52	28	72

Innerhalb der Gruppe der Jugendlichen mit Behinderung geben die meisten Jungen mit sichtbarer Schädigung an, etwas habe ihnen besonders gefallen, am seltensten geben dies die Mädchen der gleichen Gruppe an (vgl. Tabelle IV-4-12).

Tabelle IV-4-12: Reflexion Jugendliche mit und ohne sichtbare Schädigung: Positive Kritik ('Hat Dir etwas gefallen?')

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	24	53	5	20	10	39	6	43
Nein	21	47	20	80	16	62	8	57

Positive Details

Die Jugendlichen, die bei der vorhergehenden Frage antworteten, es habe sie nichts gestört, haben diese Frage nicht beantwortet, sie erscheinen in der entsprechenden Kategorie.

Den beiden Jungengruppen gefallen am häufigsten die Animation, beispielsweise „Grumpf“, „die Kugeln“ (das Spiel), „daß alles so bunt war“ und die Inhalte. Die Mädchen mit Behinderung nennen am häufigsten Inhalte, die ihnen gefallen haben, die Mädchen ohne Behinderung auch die Methode, beispielsweise „wie die Fragen gestellt waren“ oder „daß man alles verstehen konnte“. Unter die Rubrik 'Selbstbezug' fallen die Antworten, die die eigene Auseinandersetzung mit Gesundheit in den Vordergrund stellen, wie „daß man sich da mal Gedanken zu macht“, „daß wichtig war, was ich denke“ (vgl. Tabelle IV-4-13).

Tabelle IV-4-13: Reflexion Jugendliche mit und ohne Behinderung: Positive Details ('Was hat Dir gefallen?')

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Animation	5	16	1	4	12	17	1	3
Methode	2	7	3	12	4	6	2	5
Inhalte	4	13	3	12	12	17	7	18
Selbstbezug	2	7	1	4	1	1	0	0
Sonstiges	1	3	3	12	2	3	1	3
Keine Angaben	0	0	0	0	3	4	0	0
Frage nicht bearbeitet	17	55	14	56	37	52	28	72

Auch innerhalb der Gruppe der Jugendlichen mit Behinderung besteht kein Unterschied (vgl. Tabelle IV-4-14).

Tabelle IV-4-14: Reflexion Jugendliche mit und ohne sichtbare Schädigung: Positive Details ('Was hat Dir gefallen?')

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Animation	9	20	0	0	3	12	1	7
Methode	3	7	2	8	1	4	0	0
Inhalte	9	20	2	8	3	12	5	36
Selbstbezug	1	2	0	0	0	0	0	0
Sonstiges	1	2	1	4	1	4	0	0
Keine Angaben	1	2	0	0	2	8	0	0
Frage nicht bearbeitet	21	47	20	80	16	62	8	57

4.2 Extremgruppenvergleich

Im Extremgruppenvergleich wird überprüft, ob die Jugendlichen mit viel Computer-erfahrung andere Antworten zu den Gesundheitskonzepten geben als die Jugendlichen mit wenig Computererfahrung.

Die Computererfahrung wird aus folgenden Variablen zu einer Variable zusammengefaßt:

- c1 Vorerfahrung mit dem Computer 0 oder 1 Punkt
- c3 Häufigkeit der Beschäftigung 1 - 5 Punkte
- c4 Dauer der Beschäftigung 1 - 5 Punkte
- c5 Computerbesitz 0 oder 1 Punkt

Die Variable kann zwischen 0 und 12 Punkten betragen. Die Stichprobe wird in drei Gruppen geteilt, von denen, die Gesundheitskonzepte bei beiden Extremgruppen miteinander verglichen werden:

- 0 - 4 wenig Erfahrung mit dem Computer (Gruppe 1)
- 5 - 8 mittlere Erfahrung mit dem Computer
- 9 - 12 viel Erfahrung mit dem Computer (Gruppe 2)

Die Verteilung der Antworten zu der Computererfahrung in Abhängigkeit von Geschlecht und Behinderung bzw. Sichtbarkeit der Schädigung ist im Anhang ersichtlich (Anhang A7, A8).

4.2.1 Beschreibung der Extremgruppen

Die beiden Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Computererfahrung und hinsichtlich des Geschlechts. In der Gruppe mit wenig Computererfahrung befinden sich signifikant mehr Mädchen als in der Gruppe mit viel Computererfahrung.

Die Jugendlichen beider Gruppen sind im Durchschnitt 15 Jahre alt und besuchen die achte Klasse. Das Verhältnis der Jugendlichen mit und ohne Behinderung und mit und ohne sichtbare Schädigung ist in beiden Gruppen vergleichbar.

Die wichtigsten Daten zur Beschreibung der Gruppen sind in folgender Tabelle zusammengefaßt (vgl. Tabelle IV-4-15)

Tabelle IV-4-15: Extremgruppenvergleich Computererfahrung: Beschreibung der Gruppen

Bereich		Gruppe 1		Gruppe 2		Test	
		n = 22		n = 46		Z	p =
Computererfahrung	Median	4		10		Kolmogorov-Smirnov Test	
	Modalwert	4		9			
	Minimum	0		9			
	Maximum	4		12			
besuchte Klassenstufe	Median	8		8		0,366	.999
	Modalwert	8		8			
	Minimum	6		6			
	Maximum	9		9			
Alter	Mittelwert	14,905		15,291		0,816	.519
	Standardabweichung	1,359		1,484			
	Median	14,7		15,15			
		n	%	n	%	Chi ² Test (1)	
Schulform	Sonderschule	16	73	33	72	chi ² =	p =
	Regelschule	6	27	13	28		
Geschlecht	Junge	6	27	39	85	22,00432	.0
	Mädchen	16	73	7	15		
Schädigung*	mit sichtbarer Schädigung	4	55	20	44	1,01579	.31352
	ohne sichtbare Schädigung	12	18	13	28		
	ohne Behinderung	6	27	13	28		

4.2.2 Gesundheitskonzepte

Bei folgenden Variablen wurde überprüft, ob sich die Antwortverteilung der Jugendlichen mit wenig und viel Computererfahrung unterscheidet:

- Einschätzen des momentanen Gesundheitszustand vor und nach der Untersuchung (g1/ g2)
- Einschätzen des Gesundheitszustand im Lebensverlauf (g14a - g14e)
- Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jugendlichen und Erwachsenen (g22)
- Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jungen und Mädchen (g23)
- Einschätzen des Gesundheitszustand bei Beschwerden (k13 - k18)
- Antwortanzahl der Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen (g3anz - g6anz)
- Antwortverteilung der Gesundheits- und Krankheitsbegriffe bei folgenden Kategorien: Gesundheit und Krankheit als Gegensatz (g3a1 - g6a1), subjektive Befindlichkeit

(g3a3 - g6a3), gesundheitsorientiertes Handeln (g3a4 - g6a4) und Symptome (g3a8 - g6a8)

- Vorstellungen von Gesundheit (g21)
- Stellenwert von Gesundheit (g19b)
- Zufriedenheit mit Gesundheit (g20)
- Möglichkeit auf Gesundheit einzuwirken (g7/ g11)
- Kontrollüberzeugungen (I23i, I23p, I23c)

Die Ergebnisse sind in folgenden Tabellen dargestellt (vgl. Tabelle IV-4-16 und IV-4-17).

Tabelle IV-4-16: Extremgruppenvergleich Computererfahrung: Ergebnisse des Chi² Test

Variable	Gruppe 1	Gruppe 2	D.F.	Chi ² Test (1)		
	n =	n =		chi ² =	p =	Fisher's
g1	22	46	2	2,422	.298 [#]	
g2	22	46	2	2,226	.3286 [#]	
g22	22	46	2	1,341	.5114 [#]	
g23	22	46	2	0,269	.8744 [#]	
g3a1	78	138	1	1,632	.2014	.2101
g4a1	78	138	1	0,631	.4271	.6559
g5a1	78	138	1	0,328	.5671	.621
g6a1	78	138	1	0,899	.3431	1.0
g3a3	78	138	1	0,012	.9138	
g4a3	78	138	1	3,226	.0725	
g5a3	78	138	1	1,401	.2365	
g6a3	78	138	1	0,834	.3692	
g3a4	78	138	1	0,202	.6532	
g4a4	78	138	1	0,426	.5139	.5312
g5a4	78	138	1	1,519	.2177	
g6a4	78	138	1	0,007	.9338	1.0
g3a8	78	138	1	0,068	.7946	
g4a8	78	138	1	1,677	.1953	
g5a8	78	138	1	4,140	.0419 [*]	
g6a8	78	138	1	0,224	.6361	
g21	22	46	3	2,436	.487 [#]	
g7	22	46	1	0,140	.7087 [#]	.6556
g11	20	43	1	0,333	.564 [#]	.739

* = signifikantes Ergebnis; # Zellfrequenz < 5 > 20%

Tabelle IV-4-17: Extremgruppenvergleich Computernerfahrung: Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov Tests

Variable	Gruppe 1	Gruppe 2	Kolmogorov-Smirnov Test	
	n =	n =	Z =	p =
g14a	22	46	0,945	.333
g14b	22	46	0,080	.543
g14c	22	46	0,290	1.0
g14d	22	46	0,358	1.0
g14e	22	46	0,756	.616
k13	22	46	0,366	.999
k14	22	46	0,740	.645
k15	22	46	0,381	.999
k16	22	46	1,479	.025*
k17	22	46	0,374	.999
k18	22	46	0,366	.999
g3anz	22	46	0,197	1.0
g4anz	22	46	0,296	1.0
g5anz	22	46	0,355	1.0
g6anz	22	46	0,256	1.0
g19b	22	46	0,496	.967
g20	22	46	0,267	1.0
l23i	22	46	1,357	.05*
l23p	22	46	0,816	.519
l23c	22	46	0,595	.87

* = signifikantes Ergebnis

Unterschiede konnten bei drei Variablen nachgewiesen werden: Die Jugendlichen mit viel und wenig Computernerfahrung unterscheiden sich hinsichtlich der Beschreibung des persönlichen Gesundheitsbegriffs als abhängig von Symptomen, hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes bei einem Armbruch und der internalen Kontrollüberzeugungen. Die Antwortverteilung wird im folgenden dargestellt (vgl. Tabelle IV-4-18).

Persönlicher Gesundheitsbegriff

In bezug auf den persönlichen Gesundheitsbegriff unterscheiden sich die Gruppen in der Beschreibung von Gesundheit als abhängig von Symptomen. Die Jugendlichen mit wenig Computernerfahrung beschreiben ihren persönlichen Gesundheitsbegriff häufiger in Abhängigkeit von Symptomen als die Jugendlichen mit viel Computernerfahrung, n ist allerdings sehr klein (vgl. Tabelle IV-4-18).

Tabelle IV-4-18: Extremgruppenvergleich Computererfahrung: Persönlicher Gesundheitsbegriff ('Ich fühle mich rundherum gesund, wenn ...')

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	n = 22	n = 46	n	%
Gegenteil von Krankheit	2	2,6	2	1,4
Positive subjektive Befindlichkeit	8	10,3	22	15,9
Gesundheitsorientiertes Handeln	6	7,7	18	13,0
Fehlende Symptome	4	5,1	2	1,4
Sonstiges	7	6,5	7	5,0
nicht auswertbar	3	3,8	1	0,7

Einschätzen des Gesundheitszustandes bei Beschwerden (k16)

Die Angaben der Jugendlichen bei den verschiedenen Beschwerden differieren kaum. Lediglich hinsichtlich der Einschätzung des Gesundheitszustandes bei einem Armbruch konnte ein Unterschied nachgewiesen werden (vgl. Tabelle IV-4-19 und Abbildung IV-4-1).

Tabelle IV-4-19: Extremgruppenvergleich Computererfahrung: Einschätzen des Gesundheitszustandes bei Beschwerden ('Wenn Du ... bist Du dann gesund oder krank?')

	Gruppe 1 n=22						Gruppe 2 n=46					
	Müdigkeit	Schnupfen	Bauchweh vor KA	Armbruch	Schmerzen	Kummer	Müdigkeit	Schnupfen	Bauchweh vor KA	Armbruch	Schmerzen	Kummer
Median	3	4	3	4	5	3	3	4	2	5	4	3
Moduswert	3	4	1	4	5	3	2	4	3	6	4	3
Minimum	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1
Maximum	6	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6

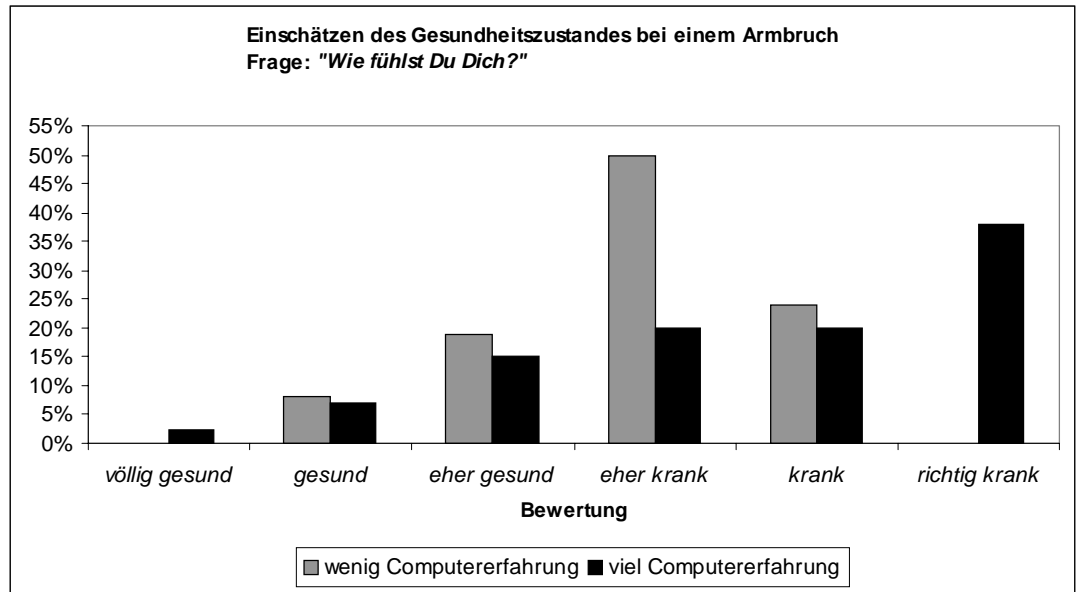


Abbildung IV-4-I: Extremgruppenvergleich Computererfahrung: Einschätzen des Gesundheitszustandes bei einem Armbruch

Die Jugendlichen mit viel Computererfahrung nutzen die gesamte Bandbreite der Antworten. Sie schätzen ihren Gesundheitszustand bei einem Armbruch am häufigsten als 'richtig krank' ein. Die Jugendlichen mit wenig Computererfahrung nutzen nur die mittleren Werte und schätzen ihren Gesundheitszustand etwas positiver ein als die andere Gruppe.

Internale Kontrollüberzeugungen

Hinsichtlich der Werte der internalen Kontrollüberzeugungen konnte ein Unterschied zwischen den beiden Gruppen nachgewiesen werden (vgl. Tabelle IV-4-20).

Tabelle IV-4-20: Extremgruppenvergleich Computererfahrung: Internale Kontrollüberzeugungen

	Gruppe 1 n = 22	Gruppe 2 n = 46
Mittelwert	27,6	29,7
Standardabweichung	7,3	5,5
Median	27	31

Die Skalenwerte sind im folgenden Diagramm abgebildet (vgl. Abbildung IV-4-2).

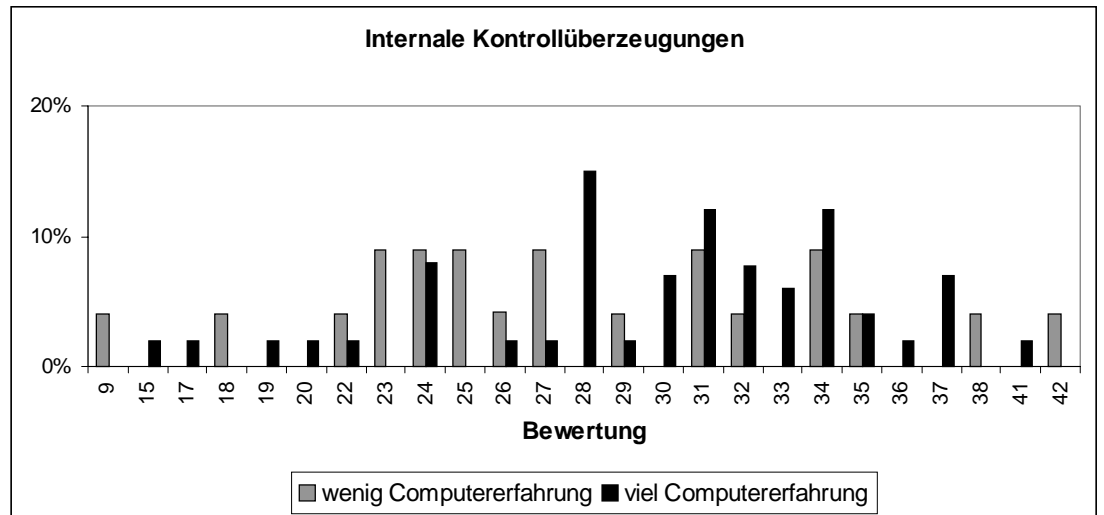


Abbildung IV-4-2: Extremgruppenvergleich Computererfahrung: Internale Kontrollüberzeugungen.

Die Jugendlichen mit wenig Computererfahrung haben bei internalen Kontrollüberzeugungen häufiger niedrigere Skalenwerte als die Jugendlichen mit viel Computererfahrung, die wiederum häufiger höhere Skalenwerte haben.

4.3 Zusammenfassung

Das Instrument wurde von allen Jugendlichen positiv bewertet, die Jugendlichen mit Behinderung geben etwas positivere Antworten als die Jugendlichen ohne Behinderung. Hinsichtlich der Methode wünschen sich die Jungen ohne Behinderung häufiger als andere Gruppen andere Verfahren. Als besonders positiv wurde von den Jungen die Animation und von den Jugendlichen der Untersuchungsgruppe der Inhalt hervorgehoben. Von den Mädchen mit Behinderung und hierbei von den Mädchen mit sichtbarer Schädigung wurde dies am wenigsten genannt.

In bezug auf die Computererfahrung kann kaum ein Unterschied hinsichtlich der Gesundheitskonzepte nachgewiesen werden: Jugendliche mit viel Computererfahrung schätzen sich stärker als krank ein, wenn sie einen Arm gebrochen haben und haben höhere interne Kontrollüberzeugungen als die Jugendlichen mit wenig Computererfahrung.

5 Zusammenfassende Darstellung der Gesundheitskonzepte nach Gruppen

Im folgenden werden alle Ergebnisse nach Gruppen zusammengefaßt dargestellt, um einen Überblick über die Gesundheitskonzepte der Jungen und Mädchen mit und ohne Behinderung zu geben.

5.1 Gesundheitskonzepte der Jungen ohne Behinderung

Die meisten Jungen bezeichnen sich zunächst als gesund, nach der Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit ist die Mehrheit nicht in der Lage ihren Gesundheitszustand einzuschätzen. Im Verlaufe des Lebens beurteilen die Jungen ihren Gesundheitszustand als gut, mit Ausnahme der ersten drei Lebensjahre, in denen sie ihn etwas schlechter einschätzen. Die meisten Jungen halten sowohl Jugendliche als auch Erwachsene und sowohl Jungen als auch Mädchen für gleich gesund. Bei psychosomatischen Beschwerden fühlen sie sich eher gesund, bei somatischen eher krank. Gesundheit ist den Jungen ohne Behinderung nicht wichtig, Vorrang haben 'Spaß haben' und der Freundeskreis. Sie sind zufrieden mit ihrer Gesundheit.

Den allgemeinen Gesundheitsbegriff beschreiben die Jungen mit positiver Befindlichkeit und damit, Gesundheit sei das Gegenteil von Krankheit. Beim persönlichen Gesundheitsbegriff überwiegen die subjektive Befindlichkeit und das gesundheitsorientierte Handeln. Krankheit beschreiben die Jungen vor allem mit Symptomen und negativer subjektiver Befindlichkeit. Den persönlichen Gesundheitsbegriff beschreiben sie signifikant häufiger mit Gesundheitsverhalten als den allgemeinen Gesundheitsbegriff und den persönlichen Krankheitsbegriff. Eingeschränkt auf vier Metaphern beschreiben die Jungen Gesundheit als Gegensatz zu Krankheit.

Krank sein empfinden die meisten Jungen als 'langweilig', weil sie ihre *Freundinnen und Freunde nicht treffen* können.

Die meisten Jungen sind der Auffassung, etwas für ihre Gesundheit tun zu können. Sie nennen am häufigsten *Obst und Gemüse essen*, was die meisten 'regelmäßig', und *an die frische Luft gehen*, was die meisten 'oft' tun. Außerdem zählen sie *Sport treiben* dazu.

Bei den Kontrollüberzeugungen erhalten die Jungen durchschnittliche Werte. Die internalen Kontrollüberzeugungen sind bei den Jungen am stärksten ausgeprägt. Erst dann folgt die Verantwortlichkeit anderer und noch geringer ist die Überzeugung ausgeprägt, sie läge beim Schicksal.

5.2 Gesundheitskonzepte der Mädchen ohne Behinderung

Die meisten Mädchen empfinden sich als gesund, nur wenige verändern ihre Einschätzung nach der Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit. Den Gesundheitszustand im Lebensverlauf beurteilen sie als gut, als schlecht bezeichnen sie ihn fast nie. Die meisten halten Erwachsene und Jugendliche und auch Mädchen und Jungen für gleich gesund. Bei psychosomatischen Beschwerden schätzen sie sich als eher gesund ein, bei somatischen als eher krank oder krank.

Gesundheit ist den Mädchen wichtig, fast ebenso wichtig wie Freunde und Freundinnen zu haben. Sie sind zufrieden mit ihrer Gesundheit.

Grundsätzlich halten sie Mädchen während der Menstruation nicht für krank. Die meisten haben bereits Erfahrung mit Menstruation und beurteilen sich selbst in dieser Zeit sowohl als krank als auch als gesund.

Gesundheit beschreiben die meisten Mädchen als positive subjektive Befindlichkeit, Krankheit mit Hilfe von Symptomen und negativer subjektiver Befindlichkeit. Aus vier Metaphern wählen ebenso viele Mädchen Gesundheit als Gegensatz von Krankheit als auch Gesundheit als Gleichgewicht aus.

Krank sein empfinden die meisten Mädchen als 'langweilig', weil sie ihre *Freunde und Freundinnen nicht treffen* können.

Fast alle Mädchen glauben, etwas für ihre Gesundheit tun zu können, vor allem, indem sie *Obst und Gemüse essen*. Sie geben an, dies 'regelmäßig' und 'oft' zu tun. Als weitere Möglichkeiten nennen sie Sport treiben und Aufenthalt im Freien.

Die Werte der Kontrollüberzeugungen sind bei den Mädchen durchschnittlich. Die internalen Kontrollüberzeugungen sind bei den Mädchen am höchsten ausgeprägt, die das Schicksal sei verantwortlich am geringsten.

5.3 Gesundheitskonzepte der Jungen mit Behinderung

Die Jungen mit Behinderung schätzen sich als gesund ein. Auch die Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit verunsichert nur wenige in ihrer Einschätzung. Sie beurteilen ihren Gesundheitszustand im Verlauf ihres Lebens als gut, in den ersten drei Lebensjahren allerdings etwas schlechter als im weiteren Verlauf. Die Jungen ohne sichtbare Schädigung beurteilen ihren Gesundheitszustand in den ersten Lebensjahren etwas schlechter als die Jungen mit sichtbarer Schädigung.

Den Gesundheitszustand Erwachsener und Jugendlicher sowie den von Jungen und Mädchen halten die Jungen mit Behinderung grundsätzlich für vergleichbar. Allerdings halten die Jungen mit sichtbarer Schädigung Erwachsene häufiger für gesünder als Jugendliche und die Jugendlichen ohne sichtbare Schädigung Jungen ebenso häufig für gesünder als Mädchen.

Bei psychosomatischen Beschwerden fühlen sich die Jungen *eher gesund*, bei somatischen fühlen sie sich *krank*. Die Einschätzung der Jungen ohne sichtbare Schädigung ist insgesamt etwas negativer.

Hinsichtlich der Bedeutung von Gesundheit sind die Jungen nicht einer Meinung, sie decken das ganze Spektrum an Antworten ab. Dennoch ist Gesundheit den meisten Jungen mit Behinderung im Vergleich zu anderen Werten wichtig, lediglich Spaß haben hat eine ähnlich hohe Bedeutung. Für die Jungen mit sichtbarer Schädigung ist Gesundheit nicht so wichtig. Die Jungen sind mit ihrer Gesundheit sehr zufrieden, die Jungen ohne sichtbare Schädigung sind etwas zufriedener als die andere Jungengruppe.

Den allgemeinen und den persönlichen Gesundheitsbegriff beschreiben die Jungen vorwiegend mit positiver subjektiver Befindlichkeit und gesundheitsorientiertem Handeln. In Bezug auf den allgemeinen Gesundheitsbegriff ist den Jungen ohne sichtbare Schädigung das subjektive Befinden wichtiger als den Jungen mit sichtbarer Schädigung. Den allgemeinen Krankheitsbegriff charakterisieren sie mit Symptomen und negativer subjektiver Befindlichkeit. Den Jungen ohne sichtbare Schädigung ist beim allgemeinen Krankheitsbegriff das gesundheitsorientierte Handeln wichtiger, den Jungen mit sichtbarer Schädigung beim persönlichen Krankheitsbegriff das subjektive Befinden wichtiger als der jeweils anderen Jungengruppe. Die Jungen setzen Gesundheit mit Leistungsfähigkeit gleich.

Krank zu sein und im Bett zu liegen, empfinden die Jungen als 'langweilig' und begründen dies vor allem damit, ihre *Freunde und Freundinnen nicht treffen* zu können und *nicht in die Schule gehen* zu können.

Die meisten Jungen mit Behinderung sind der Auffassung, selbst etwas für ihre Gesundheit tun zu können. Sie präferieren dabei *Obst und Gemüse essen*, was die meisten angeben 'regelmäßig' zu tun, sowie *an die frische Luft gehen*, was die meisten 'sehr oft' tun. Ein Großteil dieser Gruppe tut darüber hinaus noch mehr für die Gesundheit und nennt hier am häufigsten Sport und Bewegung.

Die Kontrollüberzeugungen liegen bei den Jungen mit Behinderung im durchschnittlichen Bereich, lediglich die Jungen ohne sichtbare Schädigung erreichen bei allen Skalen überdurchschnittliche Werte. Die meisten Jungen mit Behinderung haben hohe interne Kontrollüberzeugungen, glauben also, selbst für Gesundheit und Krankheit verantwortlich zu sein. Die Überzeugung, andere seien oder das Schicksal sei für Gesundheit und Krankheit verantwortlich, ist geringer ausgeprägt.

5.4 Gesundheitskonzepte der Mädchen mit Behinderung

Die meisten Mädchen mit Behinderung schätzen sich als gesund ein, nur wenige werden durch die Untersuchung verunsichert in ihrer Einschätzung. Die Mädchen ohne sichtbare Schädigung sind in ihrer Einschätzung unsicherer als die Mädchen mit sichtbarer Schädigung.

Im Verlaufe ihres Lebens beurteilen sie ihre Gesundheit als gut, lediglich in den ersten drei Lebensjahren wurde sie als etwas schlechter empfunden. Sowohl Erwachsene und Jugendliche als auch Jungen und Mädchen halten sie für gleich gesund. Bei somatischen Beschwerden fühlen sie sich eher krank, bei psychosomatischen dagegen eher gesund bzw. gesund.

Gesundheit ist ihnen sehr wichtig und sie sind zufrieden mit ihrer Gesundheit.

Grundsätzlich sind sie nicht der Auffassung Mädchen seien krank, wenn sie ihre Menstruation haben. Knapp zwei Drittel der Mädchen mit Behinderung hat schon Erfahrung mit Menstruation und beurteilt das subjektive Befinden dann als 'völlig gesund' und 'gar nicht krank'.

Den allgemeinen Gesundheitsbegriff beschreiben die Mädchen mit Behinderung in Abhängigkeit zum gesundheitsorientierten Handeln und mit positiver subjektiver Befindlichkeit. Um den persönlichen Gesundheitsbegriff zu beschreiben, beziehen sich die Mädchen außerdem auf äußere Bedingungen. Zur Charakterisierung des Krankheitsbegriffs beschreiben die Mädchen vor allem Symptome und negative subjektive Befindlichkeit. Hinsichtlich des Krankheitsbegriffs unterscheiden sich die beiden Mädchengruppen signifikant: die Mädchen mit sichtbarer Schädigung beschreiben den allgemeinen Krankheitsbegriff seltener als abhängig von Symptomen, den persönlichen Krankheitsbegriff häufiger in Abhängigkeit vom subjektiven Befinden. Für die meisten entspricht Gesundheit einem Gleichgewicht.

Die meisten Mädchen mit Behinderung finden es 'langweilig', krank zu sein und im Bett zu liegen, weil sie dann *nicht zur Schule gehen* können und ihre *Freundinnen und Freunde nicht treffen* können.

Fast alle Mädchen mit Behinderung sind der Meinung, etwas für ihre Gesundheit tun zu können, am häufigsten nennen sie *Obst und Gemüse essen*, was sie angeben, 'sehr oft' zu tun. Auch darüber hinaus tut ein Großteil der Mädchen etwas für seine Gesundheit, die Mädchen mit sichtbarer Schädigung allerdings weniger als die ohne sichtbare Schädigung, und nennt hier am häufigsten Sport und Bewegung.

Die Skalenwerte der Kontrollüberzeugungen sind bei den Mädchen überdurchschnittlich hoch. Lediglich die Mädchen ohne sichtbare Schädigung haben durchschnittliche Werte bei den external sozialen Kontrollüberzeugungen. Die Überzeugung das Schicksal sei für Gesundheit und Krankheit verantwortlich, ist bei den Mädchen mit Behinderung am höchsten ausgeprägt. Dann folgt die Überzeugung, andere seien dafür verantwortlich, interne Kontrollüberzeugungen sind am geringsten ausgeprägt.

V Interpretation

Zunächst wird die Validität der Kontrollgruppen anhand der Ergebnisse anderer Untersuchungen überprüft (Kap. V-1). Im Anschluß daran wird die Bedeutung der Klassenstufe für die Gesundheitskonzepte der Jungen und Mädchen mit Behinderung beurteilt. Die Ergebnisse werden dann in Hinblick auf die Ergebnisse der Kontrollgruppen und anderer Referenzen diskutiert und die Bedeutung der Sichtbarkeit der Schädigung wird beurteilt (Kap. V-2). Danach wird die Bedeutung der Variablen Krankheitserfahrung für die Gesundheitskonzepte beurteilt (Kap. V-3). An die Methodenkritik (Kap. V-4) schließen sich Fazit und Ausblick (Kap. V-5).

1 Beurteilung der Ergebnisse Jugendlicher ohne Behinderung

1.1 Ergebnisse zu den einzelnen Komponenten

Die Gesundheitskonzepte der Jungen und Mädchen ohne Behinderung unterscheiden sich nicht voneinander. Dies entspricht den Ergebnissen anderer Untersuchungen: Mrazek (1986) findet kaum geschlechtsbedingte Unterschiede in den Gesundheitskonzepten Jugendlicher; Franzkowiaks (1986) Ergebnisse bestätigen, daß hinsichtlich der Gesundheitsvorstellungen Jugendlicher kaum Geschlechtsunterschiede bestehen; Shiloh und Waiser (1991) stellen fest, daß sich die Definitionen zu Gesundheit und Krankheit quantitativ nicht aufgrund des Geschlechts unterscheiden. Die These Bültemeier et al. (1984) und Mrazeks (1987), Gesundheit sei Jugendlichen wichtig, kann für die Mädchen der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden. Die Jungen stellen andere Werte in den Vordergrund. In bezug auf die Zufriedenheit mit der Gesundheit können die Ergebnisse Mrazeks (ebd.) bestätigt werden. Bezüglich des gesundheitsorientierten Handelns entspricht das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung dem Franzkowiaks (1986) und Kolips (1994b), daß Verhaltensweisen zu Gesundheit bekannt seien. Ebenso gilt die These Brehms (1990), Sport gehöre zu diesen Verhaltensweisen hinzu.

Verschiedene Untersuchungen weisen hingegen auch Unterschiede hinsichtlich der Einzelkomponenten der Gesundheitskonzepte Jugendlicher aufgrund des Geschlechts nach: Das Ergebnis, hinsichtlich der Gesundheits- und Krankheitsbegriffe sei für Mädchen das Befinden wichtiger als für Jungen (Nordlohne und Kolip 1994, Kolip 1994b, Faltermaier 1994), kann für die Jugendlichen dieser Untersuchung nicht bestätigt werden: Beiden Gruppen ist das subjektive Befinden in gleichem Maße wichtig. Engel und Hurrelmann (1989) stellen in ihrer Untersuchung fest, daß Mädchen sich als weniger gesund einstufen als Jungen. Auch dies wird durch die vorliegenden Ergebnisse nicht bestätigt: Die Mädchen schätzen sich eher gesünder ein als die Jungen. Der Test für abhängige Stichproben stützt die Annahme, daß die Jungen in der Einschätzung ihres Gesundheitszustandes unsicherer sind als die Mädchen. Dieses Ergebnis bestätigt zum

nur Teil die Aussage Franzkowiaks (1986) und Helfferich et al. (1986), Gesundheit sei für Jugendliche selbstverständlich. Sie kann so nur auf die Jungen, nicht auch auf die Mädchen übertragen werden.

Zu den Inhalten der Gesundheits- und Krankheitsbegriffe Jugendlicher bestehen vielfältige zum Teil sehr differenzierte Ergebnisse, mit denen die Ergebnisse der hier eingesetzten Kontrollgruppen verglichen werden können: Die Jugendlichen in vorliegender Untersuchung betonen hinsichtlich der Gesundheitsvorstellungen die *subjektive positive Befindlichkeit*, was den Ergebnissen anderer Untersuchungen entspricht (Millstein und Irwin 1987, Natapoff 1978). Auch *gesundheitsorientiertes Handeln* und *Gesundheit als Gegenteil von Krankheit* wird von beiden Gruppen genannt und entspricht den Referenzergebnissen. Ein Bezug zu *äußeren Bedingungen*, wie Natapoff (1978) feststellt, wird in der vorliegenden Untersuchung ausschließlich hinsichtlich des persönlichen Gesundheitsbegriffs hergestellt. Die vorliegende Untersuchung differenziert analog der Studie von Nordlohne und Kolip (1994) zwischen einem allgemeinen und einem persönlichen Gesundheitsbegriff. In deren Studie ist den Jungen die *Funktionsfähigkeit* lediglich beim allgemeinen Gesundheitsbegriff und gefolgt vom *Befinden* am wichtigsten. Den Mädchen ist bei beiden Begriffen das *Befinden* gefolgt von der *Funktionsfähigkeit* wichtig. In bezug auf die relativ hohe Bedeutung, die das Befinden für die Jugendlichen hat, stimmen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung überein. Gesundheitsorientiertes Verhalten wird von den Jungen der vorliegenden Untersuchung signifikant seltener genannt als von den Mädchen, hat in der Untersuchung von Nordlohne und Kolip (1994) aber eine geringe Bedeutung.

Die Jungen und Mädchen charakterisieren Krankheit vorwiegend durch subjektive *Befindlichkeit* und *Symptome*, wie dies auch Millstein und Irwin (1987) und bedingt auch Shiloh und Waiser (1991) in ihren Untersuchungen nachweisen, wobei in der vorliegenden Untersuchung *Symptome* am bedeutendsten sind, was so auch von Millstein et al. (1981) nachgewiesen wird. Shiloh und Waiser (1991) identifizieren mehr unterschiedliche Kategorien, um Krankheit zu beschreiben. Hinsichtlich des allgemeinen Krankheitsbegriffs sind die Ergebnisse Nordlohne und Kolips (1994) nicht mit denen der vorliegenden Untersuchung vergleichbar: In der referierten Untersuchung haben *Symptome* eine nachgeordnete Bedeutung, die *Funktionsfähigkeit* dagegen hat eine sehr hohe. Hinsichtlich des persönlichen Krankheitsbegriffs sind die Ergebnisse jedoch vergleichbar.

Auch zum Verhältnis der Gesundheits- und Krankheitsbegriffe zueinander gibt es einige Aussagen: Die Anzahl der Antworten zum Krankheitsbegriff ist in der Untersuchung von Shiloh und Waiser (1991) größer als die zum Gesundheitsbegriff. In der vorliegenden Untersuchung können Unterschiede hinsichtlich der Anzahl nicht nachgewiesen werden. Über das quantitative Verhältnis der Gesundheits- und Krankheitsbegriffe hinaus, treffen verschiedene Untersuchungen Aussagen dazu, daß die Begriffe inhaltlich zueinanderstehen, wie Enden eines Kontinuums und nicht wie Gegensätze (Millstein und Irwin 1987, Natapoff 1978, Shiloh und Waiser 1991) und daß Jugendliche Ge-

sundheit und Krankheit in gleichwertigen Kategorien definieren (Shiloh und Waiser 1991). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung unterstützen diese Aussagen, da die Kategorienbildung im Anschluß an die Untersuchung zu parallelen Kategorien für den Gesundheits- und Krankheitsbegriff geführt hat. Wie in den referierten Untersuchungen verwenden die Jugendlichen zwar die gleichen Kategorien, um diese Begriffe zu beschreiben, gewichten sie jedoch unterschiedlich in bezug auf Gesundheit und Krankheit.

Hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen sind die Ergebnisse der Kontrollgruppen mit den Normwerten des verwendeten Tests vergleichbar: Die Jugendlichen erreichen durchschnittliche Werte. Die internalen Kontrollüberzeugungen sind bei den Jugendlichen der vorliegenden Untersuchung am stärksten ausgeprägt. Dies entspricht den Ergebnissen Hartmanns (1987) und Mrazeks (1986). Zur Geschlechtsabhängigkeit der Kontrollüberzeugungen bei Jugendlichen gibt es unterschiedliche Aussagen: Das Ergebnis von Lohaus und Schmitt (1989a) sowie Parcel und Meier (1978), daß kaum Bezüge zwischen den Kontrollüberzeugungen und dem Geschlecht bestehen, kann mit der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden. Mrazek (1986, 1989) stellt hingegen Geschlechtsunterschiede fest: Die Jungen seiner Untersuchung haben höhere interne Kontrollüberzeugungen als die Mädchen, und die geringere Überzeugung Gesundheit sei glücksabhängig (ders. 1986). Außerdem sind die externalen Kontrollüberzeugungen bei Mädchen höher als bei Jungen (ders. 1989). In der vorliegenden Untersuchung liegen die Skalenwerte der Mädchen zwar unter denen der Jungen, die Unterschiede werden jedoch nicht signifikant.

1.2 Ergebnisse zur Korrelationsanalyse

Hinsichtlich der Zusammenhänge von gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen und anderen Komponenten der Gesundheitskonzepte liegen wenige Untersuchungen vor. Zusammenhänge zwischen der Anzahl der Antworten zum Gesundheits- und Krankheitsbegriff und den Kontrollüberzeugungen, wie sie Shiloh und Waiser (1991) und Shagena et al. (1988) feststellen, können in der vorliegenden Untersuchung nicht nachgewiesen werden.

Wolf und Reicherts (1985) stellen positive Zusammenhänge zwischen den internalen allgemeinen Kontrollüberzeugungen und dem Wohlbefinden und negative Zusammenhänge zwischen dem Wohlbefinden und externalen allgemeinen Kontrollüberzeugungen fest. Dies kann in bezug auf die Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit nicht bestätigt werden.

Daß hohe interne Kontrollüberzeugungen mit einer hohen Bedeutung des Gesundheitsverhaltens einhergehen (Shiloh und Waiser 1991) gilt nicht für die Jungen der vorliegenden Untersuchung. Für die Mädchen kann dieser Zusammenhang bestätigt werden. Darüber hinaus werden keine Zusammenhänge mit dem Gesundheitsverhalten signifikant.

Auffallend ist, daß die Jungen sich bei hohen externalen Kontrollüberzeugungen, und hier vor allem bei den external sozialen Kontrollüberzeugungen, bei mehreren Beschwerden als krank einschätzen.

1.3 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse Jugendlicher ohne Behinderung

Die Ergebnisse der Kontrollgruppen entsprechen weitestgehend den Ergebnissen zu Gesundheitskonzepten anderer Jugendlicher. Hinsichtlich der Bedeutung von Gesundheit und der Zufriedenheit der Jugendlichen mit ihrer Gesundheit sind die Kontrollgruppen mit anderen Jugendlichen vergleichbar.

Bezüglich des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs sind die Ergebnisse gemischtgeschlechtlicher Stichproben mit denen der Jungen und Mädchen der Kontrollgruppe vergleichbar, so lange die Ergebnisse unspezifisch erhoben werden (vgl. Millstein und Irwin 1987 oder Natapoff 1978). Eine Differenzierung nach allgemeinen und persönlichen Vorstellungen in Abhängigkeit vom Geschlecht macht dagegen Unterschiede deutlich. Diese sind möglicherweise darauf zurückzuführen, daß in der Untersuchung Nordlohne und Kolips (1994) neben der größeren Stichprobe auch weniger Kategorien verwendet wurden, wodurch Unterschiede eher signifikant werden. Darüber hinaus sind die Kategorien der Untersuchungen nicht deckungsgleich und überschneiden sich. Die geringe Bedeutung der Kategorie *Gesundheitsverhalten* in der Untersuchung Nordlohne und Kolips (1994) steht im Gegensatz zu der relativ hohen Bedeutung der Kategorie *gesundheitsorientiertes Handeln* in der vorliegenden Untersuchung. Die Kategorienbildung kann bei Nordlohne und Kolip (1994) zwar nicht nachvollzogen werden, es ist jedoch möglich, daß die Kategorie *Funktionsfähigkeit* der Kategorie *gesundheitsorientiertem Handeln* entspricht; ihr Stellenwert ist vergleichbar. Die Überschneidung der Kategorien vorausgesetzt, sind die Jugendlichen der Kontrollgruppen auch hinsichtlich der Gesundheits- und Krankheitsbegriffe mit anderen Gruppen vergleichbar.

Daß die von Shiloh und Waiser nachgewiesenen Unterschiede bezüglich der Anzahl der Antworten zum Gesundheits- und Krankheitsbegriff nicht bestätigt werden konnten, ist möglicherweise darauf zurückzuführen, daß bei deren Untersuchung ein Schwerpunkt auf der Antwortanzahl lag, während dazu in der vorliegenden Untersuchung keine Hinweise gegeben wurden.

Hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen ist der Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit denen anderer Untersuchungen deshalb schwierig, weil die gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen mit unterschiedlichen Instrumenten gemessen werden: Sie sind zum Teil nicht standardisiert (vgl. Mrazek 1986, 1989, Hartmann 1987), messen die Kontrollüberzeugungen nur auf zwei Dimensionen (vgl. Parcel und Meier 1978, Shiloh und Waiser 1991, Shagena 1988), beziehen sich auf gemischtgeschlechtliche Gruppen (vgl. Wallston et al. 1978, Lohaus und Schmitt 1989a) oder berücksichtigen die allgemeinen Kontrollüberzeugungen anstelle der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeu-

gungen (vgl. Wolf und Reicherts 1985). Gemessen an den Normwerten sind die Kontrollüberzeugungen der Kontrollgruppen vergleichbar mit denen gesunder Jugendlicher.

Die Gesundheitskonzepte von Jungen und Mädchen unterscheiden sich kaum voneinander. Untersuchungen, die geschlechtsbedingte Unterschiede nachgewiesen haben, liegt ein anderes Untersuchungsdesign zugrunde. Damit wird die Schwierigkeit hinsichtlich der Vergleichbarkeit von Untersuchungen zu den Gesundheitskonzepten Jugendlicher deutlich. Da keine standardisierten Verfahren zur Erhebung von Gesundheitskonzepten bestehen, werden unterschiedliche Verfahren zur Erhebung und Auswertung verwendet:

Einzelbefragungen stehen Befragungen im Klassenverband gegenüber, Ergebnisse aus Interviews und Gruppendiskussionen mit vergleichsweise geringen Stichproben schriftlichen Befragungen mit entsprechend großen Stichproben sowie die inhaltsanalytischen Auswertungsverfahren den statistischen Signifikanzprüfungen. Eine Beschränkung auf ausschließlich vergleichbare Untersuchungen wäre eine Beschneidung um wichtige Erkenntnisse der ohnehin wenigen Untersuchungen zu diesem Themenbereich. Der Geschlechtsunterschied, den andere Untersuchungen hinsichtlich der Befindlichkeit nachweisen, kann nicht bestätigt werden. Dem Ergebnis Nordlohne und Kolips (1994) liegt eine größere Stichprobe (n = 957) zugrunde. Die Ergebnisse Faltermaiers (1994) und Kolips (1994b) sind durch Interviews mit geringeren Stichprobengrößen und entsprechenden Auswertungsverfahren zustandegekommen und deshalb schwer vergleichbar.

Die Ähnlichkeit der Gesundheitskonzepte von Jungen und Mädchen kann möglicherweise damit erklärt werden, daß beide Gruppen mit ähnlichen Gesundheitskonzepten konfrontiert werden. Nach wie vor übernehmen Frauen einen großen Teil der Erziehungsarbeit und sind überwiegend für Gesundheit verantwortlich (vgl. beispielsweise Vogt 1985). Jungen und Mädchen orientieren sich nach Vogt (ebd.) an den Gesundheitskonzepten von Frauen bei der Ausbildung der eigenen Gesundheitskonzepte. Dies führe zu unterschiedlichen Gesundheitskonzepten, was für die vorliegende Untersuchung allerdings nicht nachgewiesen werden konnte. Den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung nach hat das Geschlecht nicht für alle Komponenten der Gesundheitskonzepte eine so große Bedeutung, wie Vogt (ebd.) dies annimmt. Ihrer Auffassung nach sind die Gesundheitskonzepte der Mädchen komplizierter aufgebaut als die der Jungen und müssen mehrfach verändert werden, da Mädchen sich einerseits von den Gesundheitskonzepten der Mütter abgrenzen, sich aufgrund ihrer Geschlechtsrolle aber ausschließlich an diesen orientieren könnten. Die Jungen differenzierten ihre Gesundheitskonzepte aus, indem sie sich von den Gesundheitskonzepten der Mütter abgrenzten und sich an denen der Väter orientierten. Möglicherweise trifft dies erst für ältere Jugendliche zu. Vogt hat Jugendliche bis 19 Jahren befragt; außerdem liegt ihrer Untersuchung eine größere Stichprobe zugrunde (n = 500). In bezug auf die Einschätzung des Gesundheitszustandes scheint die Interpretation Vogts dagegen zuzutreffen. Den Jungen schein Gesundheit selbstverständlicher zu sein, sie scheinen sich wenig mit ihr auseinandergesetzt zu haben, so daß eine kurze aber intensive Beschäftigung mit dem

Thema zur Verunsicherung führt. Aufgrund der Zusammenhänge external sozialen oder fatalistischen Kontrollüberzeugungen mit einzelnen Komponenten der Gesundheitskonzepte kann angenommen werden, daß der Grad der Außenorientierung bei den Jungen eher eine Bedeutung für deren Gesundheitskonzepte zu haben scheint als für die Mädchen. Die Einschätzung der Mädchen hingegen wird durch eine situative Befragung nicht in Frage gestellt. Mädchen müssen sich möglicherweise qua Geschlecht stärker mit dem eigenen Gesundheitskonzept auseinandersetzen und haben in bezug auf die Einschätzung des Gesundheitszustandes einen Standpunkt erworben. Dafür sprechen auch die Zusammenhänge internaler Kontrollüberzeugungen mit einzelnen Komponenten der Gesundheitskonzepte wie der positiven Beurteilung ihres Gesundheitszustandes. Ihre skeptische Einschätzung des Gesundheitszustandes bei verschiedenen Beschwerden unterstützt die These, daß Mädchen sich stärker mit ihren Gesundheitskonzepten auseinandersetzen als Jungen. Mädchen scheinen weniger außenorientiert hinsichtlich ihrer Gesundheitskonzepte zu sein und sich eher auf ihre Eigenverantwortlichkeit zu beziehen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß sich die Gesundheitskonzepte der Mädchen und Jungen stark ähneln; möglicherweise sind die Gesundheitskonzepte der Mädchen stärker von der inneren Auseinandersetzung mit Gesundheit geprägt als die der Jungen. Sie stimmen weitgehend mit den Angaben aus der Literatur überein, was die Allgemeingültigkeit der Kontrollgruppe untermauert. Die Tatsache, daß in einigen Studien mehr Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen gefunden wurden, ist zum einen auf das Design der Studien und zum anderen auf die größere und damit trennschärfere Stichprobengröße zurückzuführen.

2 Beurteilung der Ergebnisse Jugendlicher mit Behinderung

2.1 Bedeutung der besuchten Klassenstufe für die Gesundheitskonzepte

Die Jugendlichen der Untersuchungsgruppen unterscheiden sich hinsichtlich der besuchten Klassenstufe von den Jugendlichen der Kontrollgruppen. Unterschiede in den Gesundheitskonzepten aufgrund der besuchten Klassenstufe konnten jedoch kaum nachgewiesen werden.

Zwei der nachgewiesenen Unterschiede sind zwar zwischen der sechsten und der neunten Klasse signifikant, jedoch zwischen der sechsten und siebten Klasse am stärksten ausgeprägt. Zwei der drei Variablen, bei denen Unterschiede nachgewiesen worden sind, beziehen sich nur auf einen Teil der jeweiligen Stichprobe und sind deshalb nicht für alle Jugendlichen der sechsten und neunten Klasse repräsentativ.

Die besuchte Klassenstufe hat also insofern einen Einfluß auf die Gesundheitskonzepte, daß für die Jugendlichen der sechsten Klasse die subjektive Einschätzung und Bewertung weniger Bedeutung hat. Möglicherweise besteht ein Zusammenhang mit der kognitiven Entwicklung der Jugendlichen. Die Berücksichtigung einer breiteren Klassenverteilung bzw. einer größeren Stichprobe ist erforderlich, um diese Frage zu klären. Aufgrund der Quantität und der Qualität der Unterschiede kann jedoch davon ausgegangen werden, daß die Gesundheitskonzepte sich innerhalb der Untersuchungsgruppe nicht aufgrund der Klassenstufe unterscheiden.

2.2 Bedeutung der Sichtbarkeit der Schädigung für die Gesundheitskonzepte

Hinsichtlich der Sichtbarkeit der Schädigung werden Referenzen herangezogen, die sich auf Jugendliche mit chronischen Erkrankungen beziehen, da sichtbare Schädigung und chronische Erkrankung sich zum Teil überschneiden. Darüber hinaus gibt es keine Daten zu vergleichbaren Studien.

Schmitt et al. (1989) untersuchen die Kontrollüberzeugungen bei verschiedenen Erkrankungsarten: Bei Erkrankungen, die als beeinflussbar erlebt werden, sind die internalen Kontrollüberzeugungen Jugendlicher hoch ausgebildet bei Krankheiten, die nicht als beeinflussbar erlebt werden, die external fatalistischen Kontrollüberzeugungen. Dieses Ergebnis wird durch die Mädchen mit sichtbarer Schädigung bestätigt, durch die Jugendlichen ohne sichtbare Schädigung nur zum Teil, da bei diesen alle Skalenwerte überdurchschnittlich hoch ausgeprägt sind.

Schmitt (1993) findet hinsichtlich der internalen und external fatalistischen Kontrollüberzeugungen keine Unterschiede zwischen Jugendlichen mit unterschiedlichen Er

krankungen, hinsichtlich der external sozialen sind dagegen Unterschiede nachzuweisen. In der vorliegenden Untersuchung wurden keine Unterschiede zwischen den Gruppen nachgewiesen, was den Ergebnissen Schmitts (1993) größtenteils entspricht. Während jedoch bei den Jugendlichen seiner Untersuchung die internalen Kontrollüberzeugungen am höchsten ausgeprägt waren, trifft dies bei der vorliegenden Untersuchung nur auf die Jungengruppen zu. Keiner der Effekte kann auf die Sichtbarkeit der Schädigung an sich zurückgeführt werden, sondern steht möglicherweise in Zusammenhang mit dem Geschlecht. Zu den übrigen Komponenten der Gesundheitskonzepte liegen weder Referenzen vor noch sind Unterschiede aufgrund der Schädigung nachgewiesen worden.

2.3 Bedeutung der Behinderung für die Gesundheitskonzepte

2.3.1 Ergebnisse zu den Gesundheitskonzepten

Die Gesundheitskonzepte der Jugendlichen mit Behinderung unterscheiden sich kaum von den Gesundheitskonzepten der Jugendlichen ohne Behinderung. Für die Gruppe Jugendlicher mit Behinderung gibt es kaum Referenzen. Da der Behinderung meist eine Schädigung zugrundeliegt, werden Untersuchungen Jugendlicher mit chronischen Krankheiten in die Beurteilung der Ergebnisse einbezogen.

Hinsichtlich einer Reihe von Variablen konnten keine Unterschiede aufgrund der Behinderung nachgewiesen werden noch liegen Referenzergebnisse vor. In bezug auf die Zufriedenheit mit Gesundheit und die Bedeutung von Gesundheit sind die Gruppen vergleichbar: Alle sind mit ihrer Gesundheit zufrieden und allen ist Gesundheit wichtig. Die Beobachtung, daß den Jungen der Kontrollgruppe Gesundheit im Verhältnis zu anderen Werten weniger wichtig ist als den Mädchen, wird nicht bestätigt. Gesundheit ist ihnen allerdings ebenso wichtig, wie *Spaß haben*, während sie für die Mädchen eindeutig am wichtigsten ist.

Wie bei den Kontrollgruppen konnten auch bei den Jugendlichen mit Behinderung keine generellen Geschlechtsunterschiede nachgewiesen werden. Die bei den Kontrollgruppen gemachte Beobachtung, daß Mädchen ihren Gesundheitszustand etwas positiver einschätzen als Jungen, kann für die Jugendlichen mit Behinderung nicht bestätigt werden. Beide Geschlechter schätzen ihn etwa gleich positiv ein.

Die These, Jungen seien in der Einschätzung ihrer Gesundheit unsicherer als Mädchen und für sie sei im Gegensatz zu Mädchen Gesundheit selbstverständlich, kann nicht auf die Jungen mit Behinderung ausgedehnt werden. Sie sind hinsichtlich der Einschätzung vor und nach der Untersuchung relativ stabil.

Signifikant aufgrund der Behinderung wurde lediglich ein Unterschied: Jugendliche mit Behinderung haben höhere external fatalistische Kontrollüberzeugungen als Jugendliche ohne Behinderung. Auch die external sozialen Kontrollüberzeugungen liegen über den Durchschnittswerten, die internalen Kontrollüberzeugungen der Jugendlichen mit Behinderung sind durchschnittlich. Das Ergebnis entspricht zum Teil den Aussagen ande-

rer Untersuchungen. Shagena et al. (1988) stellen bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen Krankheiten erhöhte externalen Kontrollüberzeugungen fest. Schmitt et al. (1989) und Lohaus und Schmitt (1989a) stellen bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen höhere Werte auf allen drei Skalen fest als bei gesunden Jugendlichen. Dies trifft allerdings in bezug auf die internalen Kontrollüberzeugungen für die vorliegende Untersuchung nicht zu.

Die positive Einschätzung des Gesundheitszustandes bei Beschwerden durch Jugendliche mit Behinderung steht im Gegensatz zu dem Ergebnis von Kahlen et al. (1987), die bei Jugendlichen mit Herzerkrankungen eine negative Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes feststellen. Auch das Ergebnis Franzkowiaks (1986), Gesundheit sei für Jugendliche mit Einschränkung eine Utopie und nicht zu erreichen, widerspricht dem Ergebnis, daß die Jugendlichen mit Behinderung sowohl ihren momentanen Gesundheitszustand, als auch den im Lebensverlauf und den bei Beschwerden eher positiv bewerten.

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Ergebnisse für Jungen und Mädchen getrennt erfaßt, was zu einer differenzierten Aussage in bezug auf die externalen sozialen Kontrollüberzeugungen führt: Sie sind bei Mädchen ohne Behinderung signifikant niedriger ausgeprägt als bei Mädchen mit Behinderung, werden jedoch noch deutlicher, da die Mädchen ohne Behinderung Werte im unteren Durchschnittsbereich aufweisen.

Die internalen Kontrollüberzeugungen sind bei den Mädchen mit Behinderung im Gegensatz zu allen anderen Gruppen niedriger ausgeprägt als die Skalenwerte der externalen Kontrollüberzeugungen und unterscheiden sich insofern von denen der Mädchen der Kontrollgruppe.

2.3.2 Ergebnisse zum Zusammenhang der Kontrollüberzeugungen mit anderen Komponenten der Gesundheitskonzepte

Behinderung scheint die tatsächlichen Zusammenhänge der Kontrollüberzeugungen mit anderen Komponenten wenig zu verändern: Zusammenhänge mit Zufriedenheit können nur bei den Jugendlichen mit Behinderung nachgewiesen werden. Bezüglich der meisten Zusammenhänge sind die Jugendlichen mit Behinderung mit den Jungen und Mädchen der Kontrollgruppen vergleichbar; das Geschlecht hat hier keine Bedeutung: Bei den Mädchen mit Behinderung bestehen häufiger Zusammenhänge mit internalen Kontrollüberzeugungen als bei den Jungen, bei diesen dagegen häufiger Zusammenhänge mit fatalistischen Kontrollüberzeugungen.

Auch die Ausprägung einzelner Zusammenhänge wird durch Behinderung nicht verändert, die Dimension der Kontrollüberzeugungen hingegen schon: Bei den Jugendlichen der Kontrollgruppen bestehen Zusammenhänge des gesundheitsorientierten Handelns mit internalen Kontrollüberzeugungen, bei Jugendlichen mit Behinderung mit externalen Kontrollüberzeugungen. Die unterschiedliche Bedeutung der verschiedenen Dimensionen der Kontrollüberzeugungen wird auch in bezug auf andere Zusammenhänge deutlich: Die positive Einschätzung der Gesundheit hängt bei den

Jugendlichen mit Behinderung häufiger mit den Kontrollüberzeugungen zusammen als bei den Kontrollgruppen. Dies gilt auch für die Verbindung von Behinderung mit Geschlecht in Zusammenhang mit dem Stellenwert von Gesundheit.

2.4 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse Jugendlicher mit Behinderung

Die Ergebnisse der Jugendlichen mit Behinderung sind überwiegend anders ausgeprägt als die von Jugendlichen mit chronischen Krankheiten, die als Referenz herangezogen wurden. Jugendliche mit chronischen Erkrankungen unterscheiden sich hinsichtlich der external sozialen und der internalen Kontrollüberzeugungen signifikant von den Jugendlichen ohne Erkrankung. Dem gegenüber unterscheiden sich die Jungen und Mädchen mit Behinderung nur hinsichtlich der external fatalistischen Kontrollüberzeugungen von Jugendlichen ohne Behinderung und nur Mädchen mit und ohne Behinderung auch hinsichtlich der external sozialen Kontrollüberzeugungen. Dies liegt möglicherweise an den unterschiedlichen verwendeten Instrumenten: Shagena et al. (1988) differenzieren nicht zwischen external fatalistischen und external sozialen Kontrollüberzeugungen. Ein weiterer Grund ist möglicherweise, daß die Kontrollüberzeugungen in gemischtgeschlechtlichen Gruppen erhoben worden sind (Lohaus und Schmitt 1989a, Schmitt 1993). Die Einschätzung des Gesundheitszustandes fällt bei den Jugendlichen mit Behinderung positiv aus, bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen dagegen negativ.

Auch wenn der Behinderung möglicherweise die gleiche chronische Erkrankung zugrundeliegt, können die Einstellungen Jugendlicher mit chronischen Erkrankungen nicht ohne weiteres mit denen Jugendlicher mit Behinderung gleichgesetzt werden. Möglicherweise ist mit der Zuschreibung 'chronische Erkrankung' eine Perspektive hin auf Besserung oder Heilung verbunden, die zu anderen Kontrollüberzeugungen in bezug auf Gesundheit und Krankheit führt als die Zuschreibung 'Behinderung', die in bezug auf den Körper keine Veränderung impliziert.

Die besuchte Klassenstufe hat auf die Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit Behinderung kaum Einfluß. Dies steht im Widerspruch zu Ergebnissen zu Gesundheitskonzepten Jugendlicher ohne Behinderung, bei denen Unterschiede aufgrund des Alters nachgewiesen wurden (vgl. Parcel und Maier 1978, Natapoff 1978, Franzkowiak 1986, Millstein und Irwin 1987). Eine mögliche Erklärung ist, daß durch die Klassenstufe nicht wie angenommen das Entwicklungsalter operationalisiert werden kann. Dafür spricht, daß die Einstufung der Jugendlichen in der Schule für Körperbehinderte individuell sehr unterschiedlich gehandhabt wird, sowohl nach Leistung als auch nach Schulbesuchsjahren.

Wenn die Höhe der Kontrollüberzeugungen Zeichen der erlebten Beeinflussbarkeit von Erkrankungen ist, wird sie von Jungen und Mädchen in Abhängigkeit von der Sichtbarkeit der Schädigung unterschiedlich erlebt. Aufgrund der Sichtbarkeit der Schädigung an sich können keine Unterschiede hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen nachgewiesen, wohl aber unterschiedliche Ausprägungen dieser festgestellt werden. Dies

stützt die oben genannte These: Auch unter Berücksichtigung der Sichtbarkeit der Schädigung können die Ergebnisse der Jugendlichen mit Behinderung nicht mit denen Jugendlicher mit chronischer Erkrankung gleichgesetzt werden. Die Gruppen scheinen unterschiedliche Perspektiven zu haben.

Weniger die Außenbeurteilung als das subjektive Empfinden scheint auf die Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit Behinderung einen Einfluß zu haben. Dies wird auch dadurch unterstützt, daß Unterschiede aufgrund der Sichtbarkeit der Schädigung geschlechtsabhängig sind. Mädchen ohne sichtbare Schädigung achten möglicherweise stärker auf Symptome und das subjektive Befinden, um Krankheit zu identifizieren. Jugendliche ohne sichtbare Schädigungen sind möglicherweise eher in der Lage Symptome wahrzunehmen. Dies ist womöglich erforderlich, um den jeweiligen Krankheitsverlauf der zugrundeliegenden Erkrankung zu kontrollieren, etwa bei Diabetes oder Anfallserkrankungen. Aufgrund der unterschiedlichen Gruppengröße müssen die Ergebnisse vorsichtig beurteilt werden.

Die Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit Behinderung scheinen weniger von dem Bild, das die soziale Umwelt zeichnet abzuhängen, als dies für andere Bereiche etwa die Identität (Meier-Rey 1997), angenommen wird. Vielmehr scheint die innere Auseinandersetzung mit der Behinderung bei der Entwicklung von Gesundheitskonzepten wichtiger zu sein. Die Erfahrung von Behinderung bringt möglicherweise eine höhere Toleranz in bezug auf Gesundheitseinschränkungen mit sich.

External fatalistische Kontrollüberzeugungen können eine entlastende Funktion für die Jugendlichen mit Behinderung haben: Wenn es möglich ist, sich mit der Überzeugung, Gesundheit und Krankheit seien vom Zufall abhängig, gesund zu fühlen bzw. mit der Gesundheit zufrieden zu sein, ist der objektive Gesundheitszustand nicht ausschlaggebend für das Wohlbefinden. Dies ist eine Erklärung für die hohe Bedeutung external fatalistischer Kontrollüberzeugungen.

Die große Ähnlichkeit der Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung ist möglicherweise darauf zurückzuführen, daß die Gesundheitskonzepte beider Gruppen ähnlich ausgebildet werden. Wie für die Kontrollgruppe kann für Jugendliche mit Behinderung angenommen werden, daß die Gesundheitskonzepte Jugendlicher orientiert an den Gesundheitskonzepten der Bezugspersonen, den Müttern der Jugendlichen, entwickelt werden. Die meisten Identifikationspersonen von Jugendlichen mit Behinderung sind nicht behindert (Meier-Rey 1997), dies gilt auch für die Pflegepersonen, überwiegend die Eltern (vgl. Häußler et al. 1996). Außerdem übernehmen mehr weibliche als männliche Personen die Pflege von Jugendlichen mit Behinderung (Häußler et al. 1996). Die Jugendlichen mit Behinderung werden demnach stärker mit den Gesundheitskonzepten von Frauen als mit denen von Männern konfrontiert und hier besonders von Frauen ohne Behinderung. Allerdings führt dies im Gegensatz zu Vogts Annahme für Jugendliche ohne Behinderung nicht zu unterschiedlichen Gesundheitskonzepten. Möglicherweise identifizieren sich sowohl die Mädchen als auch die Jungen mit Behinderung mit dem Gesundheitskonzept von Frauen: Mädchen aufgrund

der Geschlechtszugehörigkeit, wie dies auch für Mädchen ohne Behinderung beschrieben worden ist, Jungen möglicherweise zwangsläufig, weil sie keine Alternative haben, da sie sich aufgrund der Behinderung nicht mit dem „herrschenden Männerbild unserer Gesellschaft“ (Häußler et al. 1996, 290) identifizieren können. Die Literaturlage erlaubt keine weiteren Aussagen, da zwar Literatur zu Mädchen und Frauen mit Behinderung, wenig jedoch zu Jungen und Männern mit Behinderung vorliegt (vgl. Kapitel III - 4.1.2).

Analog zu den Gesundheitskonzepten Jugendlicher ohne Behinderung konnten auch hinsichtlich der Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit Behinderung keine Unterschiede aufgrund des Geschlechts nachgewiesen werden. Dies unterstützt die These, daß bei Jugendlichen mit Behinderung die Behinderung im Vordergrund steht und das Geschlecht erst zweitrangig berücksichtigt wird (vgl. Adelfinger 1993). Die Werte der internalen Kontrollüberzeugungen und der Zusammenhang dieser mit anderen Komponenten der Gesundheitskonzepte der Jugendlichen mit Behinderung und der Mädchen ohne Behinderung deuten darauf hin, daß trotz der erlebten Fremdbestimmung individuelle Eingriffsmöglichkeiten auf Gesundheit als wichtig empfunden zu werden. Das Geschlecht scheint diese Einstellung insofern zu modifizieren, daß Mädchen stärker die Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen scheinen als Jungen und ihre Überzeugung stärker mit konkretem Handeln in Beziehung zu setzen, dessen Umsetzung für sie bedeutender zu sein scheint als für die Jungen. Möglicherweise haben die Mädchen mit Behinderung eine höhere Toleranz gegenüber Beschwerden, die auf die Überzeugung zurückzuführen ist, selbst auf Gesundheit und Krankheit einwirken zu können.

Darüber hinaus scheinen für Jugendliche mit Behinderung, und hier besonders für die Jungen, bei der positiven Beurteilung des Gesundheitszustandes auch externe Kontrollüberzeugungen von Bedeutung zu sein. Dies spricht für eine stärkere Außenorientierung der Jungen wie sie auch für die Kontrollgruppe angenommen werden kann. Unterstützt wird diese These dadurch, daß Mädchen mit Behinderung ihre Gesundheit bei niedrigen external sozialen Kontrollüberzeugungen als wichtig beurteilen, also auch unabhängig von der Außenorientierung.

Schon in bezug auf die Jugendlichen ohne Behinderung wurde angenommen, daß die Mädchen stärker reflektierte Gesundheitskonzepte haben als die Jungen. Möglicherweise führt sowohl das Geschlecht als auch die Erfahrung von Behinderung zu stärker differenzierten Gesundheitskonzepten. Demnach hätten Jungen ohne Behinderung eher einheitlich strukturierte Gesundheitskonzepte, die anderen Gruppen dagegen eher komplizierte Gesundheitskonzepte bzw. sind deren Gesundheitskonzepte weniger von Mehrheitsmeinungen bestimmt.

Die Gesundheitskonzepte der Mädchen mit Behinderung enthalten im Gegensatz zu denen der Jungen sich widersprechende Aussagen: Obwohl die meisten Mädchen glauben, durch gesundheitsorientiertes Handeln selbst auf ihre Gesundheit einwirken zu können, ist bei dieser Gruppe die Überzeugung höher, andere seien für ihre Gesundheit verantwortlich. Diese Ambivalenz steht möglicherweise im Zusammenhang mit

der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit Behinderung. Einerseits werden Mädchen mit Behinderung geschlechtsspezifisch erzogen (vgl. Meier-Rey 1997), andererseits bestimmt spätestens mit der Geschlechtsreife in der Pubertät die Verleugnung des Geschlechts bzw. der Sexualität als bestimmendes Merkmal des Geschlechts den Erziehungsstil (vgl. Meier-Rey 1997, Ewinkel 1985, Adelfinger 1993).

Während die Mädchen mit Behinderung ihr Gesundheitskonzept entsprechend ihrer ambivalenten Lebensbedingungen entwickeln müssen, können die Jungen vorgegebene Einstellungen zu Gesundheit übernehmen. Diese müssen auf die weniger komplexe Situation als Junge und Mann mit Behinderung übertragen werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß weder die Klassenstufe noch die Sichtbarkeit der Schädigung einen relevanten Einfluß auf die Gesundheitskonzepte der Jugendlichen mit Behinderung haben. Die Ergebnisse zeigen, daß chronische Erkrankung und Behinderung nicht zu gleichen Gesundheitskonzepten führen, was möglicherweise auf unterschiedliche Einstellungen zurückzuführen ist. Die Gesundheitskonzepte der Jugendlichen mit Behinderung und der Jugendlichen ohne Behinderung ähneln sich weitestgehend. Die bei der Kontrollgruppe nachgewiesene Tendenz, daß die Mädchen von Außenorientierung unabhängiger sind als die Jungen und kompliziertere Gesundheitskonzepte ausgebildet haben, kann auch bei den Jugendlichen mit Behinderung festgestellt werden. Sowohl die Erfahrung von Behinderung als auch die, ein Mädchen zu sein, führt zu stärker reflektierten und damit differenzierten Gesundheitskonzepten.

3 Beurteilung der Ergebnisse zur Krankheitserfahrung

Aufgrund der Krankheitserfahrung unterscheiden sich die Gesundheitskonzepte der Jugendlichen kaum. Bezüglich dieser Ergebnisse können keine Referenzen angegeben werden.

Eine erhöhte Krankheitserfahrung bedingt nicht die Auseinandersetzung mit Gesundheit. Das Ergebnis, daß Jugendliche mit viel Krankheitserfahrung mit ihrer Gesundheit weniger zufrieden sind als Jugendliche mit geringer Krankheitserfahrung, weist darauf hin, daß die Krankheitserfahrung und möglicherweise damit verbundene Einschränkungen wahrgenommen werden, aber kaum Einfluß auf die Ausbildung der Gesundheitskonzepte haben. Dafür spricht, daß Jugendliche mit hoher Krankheitserfahrung Gesundheitseinschränkungen gegenüber toleranter zu sein scheinen als Jugendliche mit geringer Krankheitserfahrung.

Die Krankheitserfahrung allein gibt wenig Auskunft über die Ausprägung der Gesundheitskonzepte. Möglicherweise würde die Berücksichtigung der Krankheitserfahrung in Verbindung mit der Erfahrung von Behinderung mehr Information geben. Jugendliche mit Behinderung haben mehr Krankheitserfahrung als Jugendliche ohne Behinderung. Jugendliche ohne sichtbare Schädigung haben mehr Krankheitserfahrung als Jugendliche mit sichtbarer Schädigung. Dieser Schluß kann aus der Zusammensetzung der Gruppen mit viel und wenig Krankheitserfahrung gezogen werden. Die in der Gruppe 'ohne sichtbare Schädigung' zusammengefaßten Schädigungen scheinen stärker mit medizinischen Konsequenzen verbunden zu sein als dies bei sichtbaren Schädigungen der Fall ist. Möglicherweise verändern sich die Verläufe der nicht sichtbaren Schädigungen stärker und erfordern häufiger Kontrolluntersuchungen, als die sichtbaren Schädigungen.

Die Annahmen zur Krankheitserfahrung ergänzen die Aussagen, die bezüglich der Gesundheitskonzepte getroffen wurden. Krankheitserfahrung wird in die Gesundheitskonzepte integriert und führt möglicherweise zur Differenzierung einzelner Komponenten, wie die subjektive Bewertung von Gesundheit, nicht jedoch zu grundsätzlich anderen Gesundheitskonzepten.

4 Beurteilung der Methode

4.1 Beurteilung der Stichprobe

Die Untersuchungs- und Kontrollgruppe unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Alters, sie unterscheiden sich jedoch hinsichtlich der besuchten Klassenstufe. Um die Effekte der unterschiedlichen Klassenzugehörigkeit kontrollieren zu können, wurde zusätzlich ein Gruppenvergleich der Jugendlichen mit Behinderung nach Klassenstufe durchgeführt. Die Ergebnisse wurden in Kapitel V-2.2 diskutiert.

Da die befragten Jugendlichen der Schulen für Körperbehinderte individuell unterschiedlich in Klassen eingestuft wurden - nach Alter, nach Schulbesuchsjahren, nach Leistung - gibt die Klassenstufe nur unzureichend Auskunft über die kognitive Entwicklung der Jugendlichen. Die Schulen für Körperbehinderte werden von Jugendlichen mit verschiedenen Schädigungen besucht, die unter anderem auch intellektuelle Einschränkungen haben. Da Jugendliche, die dem kognitiven Niveau von Regelschülerinnen und -schülern vergleichbar sind, nur zu einem geringen Anteil die Schule für Körperbehinderte besuchen, mußten mehrere Klassenstufen einbezogen werden. Die Jugendlichen der Untersuchungs- und Kontrollgruppen sind insofern vergleichbar, als alle die Fragen verstanden und selbständig beantwortet haben.

Bei Beginn der Untersuchung wurde Differenzierung in Jugendliche mit sichtbarer und nicht sichtbarer Schädigung als notwendig empfunden. Das Verhältnis der Jugendlichen mit sichtbarer Schädigung zu den Jungen und Mädchen ohne sichtbare Schädigung ist nicht ausgewogen. Es entspricht zwar den Verhältnissen in den Schulen, die Stichprobengröße einzelner Gruppen ist jedoch sehr gering.

Bei der Interpretation der Ergebnisse wurde die unterschiedliche Gruppengröße sowohl hinsichtlich der Behinderung als auch hinsichtlich der Schädigung als möglicher Einflußfaktor auf die Trennschärfe der Ergebnisse berücksichtigt.

4.2 Beurteilung der unabhängigen Variablen

Die Unterteilung der Jugendlichen in eine Gruppe mit sichtbarer Schädigung und eine Gruppe ohne sichtbare Schädigung diente der Überprüfung, ob die Sichtbarkeit der Schädigung und damit die Reaktion des Umfeldes einen Einfluß auf die Entwicklung der Gesundheitskonzepte hat. Die Ergebnisse zeigen, daß kaum Unterschiede bestehen.

Die Operationalisierung der Variable Behinderung über den Besuch einer Sonderschule hat sich als zweckmäßig erwiesen. Durch die Operationalisierung ist die besondere Lebenssituation von Jugendlichen mit einer Behinderung, die sich im Schulbesuch äußert, einbezogen worden. Sie hat einen relativ geringen Einfluß auf die Gesundheitskonzepte.

Die Gesundheitskonzepte getrennt nach Geschlecht zu erheben, hat sich als sinnvoll erwiesen: Dadurch sind detaillierte Ergebnisse erzielt worden, weil das Geschlecht immer in Abhängigkeit von der Variable Behinderung untersucht wurde und Unterschiede zwischen allen Gruppen überprüft wurden.

Die Interpretation der Daten wurde dadurch erschwert, bezieht aber die komplexen Zusammenhänge zwischen Geschlecht und Behinderung bzw. Geschlecht und Sichtbarkeit der Schädigung ein. Wie die Interaktion zwischen Geschlecht und Behinderung abläuft bzw. welchen Anteil diese beiden Merkmale bei dem Zustandekommen der Ergebnisse hinsichtlich der verschiedenen Komponenten der Gesundheitskonzepte haben, konnte nicht geklärt werden, war aber auch nicht Ziel dieser Untersuchung.

4.3 Beurteilung des Instruments

Der Inhalt des Instruments wird mit Hilfe der Ergebnisse zur Reflexion beurteilt. Um den Einsatz des Mediums Computer zu beurteilen, werden die Ergebnisse zur Computererfahrung, die des Extremgruppenvergleichs der Computererfahrung und Ergebnisse der Reflexion, die sich auf dessen Einsatz beziehen, einbezogen.

4.3.1 Inhalt des Instruments

Das Instrument untersucht ein breites Spektrum der Gesundheitskonzepte und ist umfassender als Instrumente, die bisher bei der Befragung Jugendlicher eingesetzt wurden. Es erfüllt seinen Zweck einer breiten Erhebung der Gesundheitskonzepte Jugendlicher und schafft damit eine Basis für weitere Untersuchungen. Diese könnten sich stärker auf Einzelkomponenten beziehen und diese detailliert erfassen.

Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes ist die Erhebung sehr differenziert. Auch die Vorstellungen zu Gesundheit sind umfassend erhoben worden. Dies könnte noch verbessert werden, indem auch die Quantität der Antworten berücksichtigt würde und zusätzlich eine Gewichtung der Antworten möglich wäre. Hinsichtlich des gesundheitsorientierten Handelns wäre es wünschenswert, individuelle Lösungen stärker zu erheben.

Bezogen auf die Breite der Untersuchung bringen die Fragen zur Menstruation wenig Information. Um die Bedeutung des Geschlechts bzw. der Geschlechtsidentität der Jugendlichen zu erfassen, könnte statt dessen das Thema Sexualität einbezogen werden. Die Qualität des Instruments muß in weiteren Untersuchungen hinsichtlich Reliabilität und Validität überprüft werden. Zum Verständnis der Fragen können folgende Beobachtungen festgehalten werden: Im Verlaufe des Vortest ergaben sich keine Schwierigkeiten, obwohl Jugendliche unterschiedlichen Alters und unterschiedlicher Auffassungsgabe an der Untersuchung teilnahmen. Dies kann auf den geringen Stichprobenumfang zurückgeführt werden. Während der Untersuchung dagegen zeigte sich, daß einige Fragen von den Jugendlichen nicht eindeutig verstanden wurden und treffendere Formulierungen gewählt werden mußten. Beispielsweise fragten einige Jugendliche nach,

wie die erste Frage ('Bist Du gesund?') gemeint sei. Durch eine Formulierung, die an das Empfinden der Jugendlichen appelliert hätte, wäre dies unter Umständen verhindert worden. Die angebotene Alternative 'Fühlst Du Dich gesund?' wurde spontan beantwortet. Ein weiteres Problem ergab sich bei den Fragen des KKG von Lohaus und Schmitt (1989b) durch die Verwendung von Formulierungen, die den Jugendlichen nicht geläufig waren. Jugendliche, deren Muttersprache nicht das Deutsche ist, haben mit komplizierten Formulierungen wie doppelter Verneinung und der Bedeutung einzelner Wörter Schwierigkeiten. Die Jugendlichen fragten nach bei den Wörtern 'zuschreiben', 'Zufall' und 'beeinflussen', zum Teil leiteten sie das Wort 'Beschwerde' von sich beschweren ab und nicht in dem von Lohaus und Schmitt gemeinten Sinne körperlicher Beschwerden. Es scheint sinnvoll, diesen Fragebogen zu überarbeiten und durch eindeutige und allen Jugendlichen geläufige Wörter zu ergänzen. Bei den übrigen Fragen des Instruments traten keine Verständnisschwierigkeiten auf.

Die Inhalte werden von den Jugendlichen positiv bewertet. Die Jugendlichen bewerten die Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit als interessant und ausgiebig. Es ist möglich, daß diese Antworten gegeben wurden, weil die Anwesenheit der Untersucherin diese Antwort provoziert hat. Dagegen spricht, daß Jugendliche im Reflexionsteil Inhalte positiv hervorheben, beispielsweise einzelne Fragenbereiche und auch einen Bezug zwischen sich und dem Thema hervorheben. Mit einigen Jugendlichen ergaben sich nach der Untersuchung Gespräche, in denen sie äußerten, daß sie das hohe Interesse an ihrer Meinung überrascht habe. Das schlossen sie unter anderem aus den detaillierten Fragen und dem Nachfassen bei einzelnen Antworten, wie dies nur in Gesprächen oder in der am Computer gebotenen Form möglich ist. Möglicherweise ist für die engagierte Teilnahme weniger das Interesse der Jugendlichen an dem Inhalt Gesundheit verantwortlich als ihr Interesse, etwas von sich mitzuteilen und als Gesprächspartner ernst genommen zu werden.

4.3.2 Einsatz des Computers

Das Ziel ein Instrument zu entwickeln, das die Jugendlichen motivierte, sich mit einem abstrakten Thema auseinanderzusetzen, wurde erreicht. Die Jugendlichen haben sich engagiert mit den Inhalten auseinandergesetzt: Die Untersuchung mußte bei keinem der Jugendlichen aus Mangel an Konzentration oder Lust abgebrochen werden. Alle waren motiviert, die Untersuchung durchzuführen und bewerteten sie im Nachhinein positiv. Am Ende einiger Untersuchungen nahmen auch Jugendliche teil, die vorher kein Interesse äußerten.

Den Computer als Medium einzusetzen hat sich bewährt. Die Darstellungsweise und der Einsatz dieses Mediums wurde von den Jugendlichen positiv bewertet. Ein Teil der Jugendlichen gab an, lieber ein Gespräch zu führen und wünschte sich möglicherweise eine intensivere Beschäftigung mit seinen Einstellungen.

Wie der Extremgruppenvergleich gezeigt hat, hat die Computererfahrung kaum Einfluß auf die Beantwortung der Fragen.

Schwierigkeiten bestehen bei der Übertragung der Ergebnisse der computergestützten Version des KKG auf die Normwerte, die bei der Durchführung des Bleistifttest entwickelt wurden. Schwenkmezger und Hank (1993) weisen auf verschiedene Untersuchungen hin, die Unterschiede hinsichtlich der Mittelwerte bei diesen beiden Darbietungsformen nachweisen. Begründet wird dies damit, daß die Darbietungsform von den Versuchspersonen unterschiedlich erlebt werde, und der Computer zu einem schnelleren und flüchtigeren Bearbeiten verführe. In einer Untersuchung weisen sie nach, daß bei situationsspezifischen Meßinstrumenten Unterschiede nachgewiesen werden können. Für den KKG kann die Beobachtung gemacht werden, daß die Skalenwerte der Jugendlichen etwas höher lagen als die Normwerte. Da sich die Fragenform bei diesem Instrument wiederholt, scheint die Gefahr des flüchtigen Bearbeitens und daraus resultierender Effekte größer als bei den übrigen Fragen.

Einer flüchtigen Bearbeitung der übrigen Fragen wurde durch die Darstellungsform begegnet: Die Fragen waren kurz gefaßt, Hauptteile wurden in besonderer Schrift hervorgehoben. Bei Fragen mit Anteilen, die sich wiederholen, wurden die neuen Fragenteile vom Bildschirmrand aus eingeblendet, so daß die Aufmerksamkeit darauf gerichtet wurde. Bei komplexen Fragen wurden die Antworten noch einmal eingeblendet, um eine Korrektur zu ermöglichen.

Mit dem Computerprogramm liegt ein Instrument vor, mit dem Gesundheitskonzepte so detailliert wie in einem Interview erhoben werden können. Im Gegensatz zu diesem erlaubt es hinsichtlich der Stichprobengröße, des Zeitaufwandes der Befragung, der Objektivität der Erhebung und der Datenaufbereitung ein ökonomischeres Vorgehen.

4.4 Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Jugendlichen ohne Behinderung sind überwiegend vergleichbar mit denen anderer Jugendlicher.

Die Ergebnisse der Jugendlichen mit Behinderung konnten nicht an anderen Untersuchungen validiert werden. Sie sind nur begrenzt vergleichbar mit denen von Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen. Da die Antworten von 110 Jugendlichen von sieben verschiedene Schulen für Körperbehinderte in Nordrhein-Westfalen ausgewertet wurden, ist davon auszugehen, daß die Ergebnisse für Jugendliche, die eine Schule für Körperbehinderte besuchen, repräsentativ sind. Die Ergebnisse hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen lassen einen Zusammenhang der Art der Schädigung mit den Gesundheitskonzepten vermuten. Sie sind nicht auf Jugendliche, die andere Sonderschulen besuchen zu generalisieren, da diesen andere Schädigungen zugeordnet werden.

Die Kontroll- und Untersuchungsgruppen sind aufgrund der soziodemografischen Daten nicht vollständig vergleichbar, was in der Auswertung berücksichtigt wurde. Vergleichbar sind sie jedoch hinsichtlich des Settings und der Untersuchungsbedingungen, beispielsweise daß Jugendlichen in ihren Schulen befragt wurden. Die unterschiedlichen Gruppengrößen bei Jungen und Mädchen repräsentieren das Geschlechterverhältnis an

den Schulen für Körperbehinderte sowie der Gesamtschule. Die Ergebnisse zu den Kontrollüberzeugungen sind nur begrenzt mit den Normwerten vergleichbar, weil diese von einer gemischtgeschlechtlichen Population ausgehen, die zu gleichen Teilen aus Jungen und Mädchen besteht. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung wurden getrennt nach Geschlecht erhoben.

Im Verhältnis zur Gruppengröße wurde eine große Anzahl von Variablen erhoben. Der Überbewertung einzelner Ergebnisse wurde durch die Auswertung mit konservativen Tests begegnet.

Für die übrigen Fragen kann bezüglich der externen Validität keine Aussage gemacht werden, weil keine standardisierten Instrumente zur Erhebung der Gesundheitskonzepte Jugendlicher vorliegen. Von einer Augenschein-Validität kann jedoch ausgegangen werden, weil ein Teil der Fragen aus vorliegenden Untersuchungen zusammengestellt wurde (vgl. Kapitel III-1.2.3). Für die Validität spricht außerdem, daß die Jugendlichen auf die Fragen ähnlich strukturierte Antworten und bei den offenen Fragen kaum unverständliche Antworten gaben.

Ob die Ergebnisse der am Computer erhobenen Fragen auf gleiche im Gespräch erhobene Fragen generalisierbar sind, müßte in einer separaten Untersuchung überprüft werden. Eine Reihe der Ergebnisse anderer Untersuchungen konnten bestätigt werden, häufig wurden Fragen detaillierter beantwortet, weil viele Studien geschlechtsunspezifisch vorgehen.

5 Ausblick

Die Ergebnisse können dahingehend interpretiert werden, daß die Gesundheitskonzepte der Jugendlichen mit Behinderung und der Jugendlichen ohne Behinderung sich nicht gravierend unterscheiden, daß aber sowohl die Erfahrung der Behinderung als auch die ein Mädchen zu sein zu differenzierteren Gesundheitskonzepten führt als bei Jungen ohne Behinderung.

5.1 Anknüpfung an die Theorie

Orientiert am Salutogenese-Paradigma wurden verschiedene Dimensionen von Gesundheit erfaßt und der Zusammenhang verschiedener Lebensbedingungen mit den Gesundheitskonzepten Jugendlicher sowie der Zusammenhang verschiedener Komponenten der Gesundheitskonzepte untereinander überprüft.

Die Thesen von Untersuchungen Jugendlicher ohne Behinderung, die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen hervorheben, können nicht uneingeschränkt übernommen werden bzw. widersprechen zum Teil den vorliegenden Ergebnissen. Die Gesundheitskonzepte von Jungen und Mädchen ähneln sich. Ferner sind kaum Unterschiede aufgrund der Behinderung nachgewiesen worden. Möglicherweise moderiert die Erfahrung der Behinderung die Gesundheitskonzepte der Jugendlichen, so daß sich einzelne geschlechtsspezifische Aspekte verstärken oder abgeschwächt darstellen.

Da aufgrund der Sichtbarkeit der Schädigung kein Unterschied nachgewiesen werden konnte, ist anzunehmen, daß die subjektive Einschätzung für die Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit Behinderung bedeutsamer ist als die Reaktion der sozialen Umwelt.

Krankheitserfahrung hat einen minimalen Einfluß auf die Gesundheitskonzepte Jugendlicher: Hohe Krankheitserfahrung bringt nicht zwangsläufig eine negative Beurteilung des Gesundheitszustandes mit sich. Möglicherweise zeigen Jugendliche mit viel Krankheitserfahrung mehr Toleranz gegenüber Einschränkungen der Gesundheit.

Die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen ist bei den Jugendlichen mit und ohne Behinderung zum Teil unterschiedlich.

Trotz der unterschiedlichen Lebensbedingungen und -erfahrung ähneln sich die Gesundheitskonzepte der Jungen und Mädchen mit und ohne Behinderung in den meisten Komponenten. Eine mögliche Erklärung ist, daß nicht die objektiven Bedingungen die Gesundheitskonzepte prägen, sondern die subjektiv wahrgenommenen Lebensbedingungen, die sich offensichtlich weniger gravierend unterscheiden. Möglicherweise kann als ein weiterer Faktor eine Persönlichkeitsvariable, wie das Kohärenzgefühl bei Antonovsky oder Hardiness bei Kobasa angenommen werden.

Die Ergebnisse der Korrelationsanalyse machen deutlich, daß die Zusammenhänge der Einzelkomponenten nicht linear erklärt werden können, sondern wechselseitig in Verbindung stehen. Die nachgewiesenen Zusammenhänge treten nicht bei allen Gruppen

und zwischen den gleichen Variablen auf, sondern variieren bei Geschlecht bzw. Behinderung. Möglicherweise besteht hier ein Zusammenhang mit beiden Variablen.

Dies weist darauf hin, daß neben äußeren Bedingungen auch Persönlichkeitskomponenten berücksichtigt werden müssen und entspricht dem Ansatz Antonovskys, der im Gegensatz zu Kobasa über äußere Bedingungen hinaus eine Persönlichkeitsvariable, das Kohärenzgefühl, berücksichtigt, um Gesundheit zu erklären. Nach Antonovskys Vorstellung sind die Komponenten durch das Kohärenzgefühl auf die eine Art - indem sie in es münden - oder die andere Art - indem sie durch es beeinflußt werden - miteinander verbunden. Die Zusammenhänge verschiedener Faktoren beschreibt er wechselseitig.

Wie die Jugendlichen ihr Gesundheitskonzept bilden, scheint mit den Lebensbedingungen zu korrespondieren, wie Vogt dies für Jungen und Mädchen darstellt. Die subjektive Beurteilung der Gesundheit scheint hingegen von anderen Bedingungen abhängig zu sein, wofür Antonovskys Ansatz einen Rahmen bietet, in den die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung eingeordnet werden können. Er berücksichtigt die Lebenserfahrung und Lebensbedingungen der Jugendlichen und ermöglicht darüber eine geschlechtsspezifische Betrachtung der Gesundheitskonzepte, wie sie durch Vogt für Jugendliche spezifiziert wurde. Darüber hinaus bietet er eine Erklärung für die Ergebnisse, indem er das Kohärenzgefühl einführt. Durch Faltermaier ist der Ansatz um das gesundheitsorientierte Handeln erweitert worden, das mit dem Kohärenzgefühl in Verbindung steht. Da möglicherweise die höhere Bedeutung des gesundheitsorientierten Handelns mit den etwas differenzierteren Gesundheitskonzepten der Mädchen mit Behinderung zusammenhängt, ist ein Zusammenhang mit dem Gesundheitsbewußtsein wie Faltermaier es darstellt möglich. Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes hat in der vorliegenden Untersuchung einen hohen Stellenwert. Dies wird in Antonovskys Ansatz nicht berücksichtigt. Es könnte neben dem objektiv beurteilten Gesundheits-Krankheits-Kontinuum Antonovskys einen Platz erhalten bzw. als Bestandteil dessen eingeordnet werden. Als solches würde es in Wechselwirkung mit dem Gesundheitsbewußtsein stehen, das Faltermaier innerhalb des Kohärenzgefühls einordnet.

5.2 Forschungsperspektiven

Die vorliegende Untersuchung hat versucht, die Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung in ihrer Breite zu erfassen. Dabei sind verschiedene Komponenten ausführlich erhoben worden, andere fehlen. Denkbar ist eine breiter angelegte Untersuchung, die die Einstellungen zu Sexualität einbezieht, da diese im Jugendalter an Bedeutung gewinnt und dem Ansatz Vogts (1985) und Helfferichs (1994) folgend für die Gesundheitskonzepte von Bedeutung ist. Darüber hinaus kann auch die Bedeutung sozialer Beziehungen für die Jugendlichen mit und ohne Behinderung erhoben werden, um zu überprüfen, ob die Gesundheitskonzepte in Korrespondenz mit den Gesundheitskonzepten der Bezugspersonen stehen. Desweiteren können auch Einzelkonzepte

ausführlicher erhoben werden, wie dies in Kapitel 4.3 dargestellt wurde. Die Erhebung des Kohärenzgefühls von Jugendlichen und das Inbezugsetzen mit anderen Komponenten kann darüber hinaus Aufschluß über dessen Bedeutung für die Gesundheitskonzepte geben und klären, ob eine kanalisierende Wirkung besteht und worauf diese zurückzuführen ist.

Weitere Untersuchungen zu Gesundheit sollten auch andere Lebensbedingungen und damit andere Personengruppen einbeziehen. Das bezieht sich im engeren Sinne auf die Erfahrung aufgrund von Krankheit, Behinderung und Sichtbarkeit der Schädigung. Die Diskussion der Ergebnisse hat gezeigt, daß sich die Gesundheitskonzepte der Jungen und Mädchen mit Behinderung und ohne Behinderung nicht grundsätzlich voneinander unterscheiden. Möglicherweise erfordert Behinderung eine stärkere und individuellere Auseinandersetzung mit Gesundheit, so daß Jugendliche mit Behinderung etwas differenziertere Gesundheitskonzepte haben. Ob diese Ergebnisse lediglich die Sichtweise von Jugendlichen, die eine Sonderschule besuchen oder von Jugendlichen mit Behinderung wiedergeben, könnte überprüft werden, indem die Variable Behinderung an anderen Merkmalen operationalisiert würde, dadurch daß andere Lebensbereiche zur Operationalisierung von Behinderung herangezogen werden. Dadurch würde möglicherweise eine andere Gruppe Jugendlicher erfaßt.

Im Zusammenhang mit den Ergebnissen bezüglich der Sichtbarkeit der Schädigung ist anzunehmen, daß die Umweltreaktionen aufgrund dieser wenig Bedeutung für die Gesundheitskonzepte Jugendlicher haben. Möglicherweise hat die Art der Schädigung eine größere Bedeutung. Dafür spricht, daß aufgrund der Krankheitserfahrung ebenfalls Unterschiede nachgewiesen wurden und möglicherweise ein negativer Zusammenhang zwischen der Sichtbarkeit der Schädigung und der Krankheitserfahrung besteht. In Bezug auf die Moderatorvariable Krankheitserfahrung wurden andere Unterschiede nachgewiesen als in bezug auf die abhängige Variable Sichtbarkeit Schädigung. Dies muß durch weitere Untersuchungen überprüft werden.

Unterschiedliche Lebensbedingungen im weiteren Sinne, die gravierender auseinanderklaffen, führen möglicherweise zu unterschiedlichen Gesundheitskonzepten. Die Gesundheitskonzepte von Jugendlichen in unterschiedlichen Lebensformen (Heim versus Familie) sowie anderer Lebenserfahrung (Delinquenz, Kriegserfahrung, Migration) könnten in weiteren Studien hinzugezogen werden. Darüber hinaus sollte geklärt werden, ob die objektiven Unterschiede der Lebensbedingungen oder die subjektiv wahrgenommenen für die Gesundheitskonzepte bedeutend sind.

Ausgehend von dem verwendeten Instrument können die Möglichkeiten ausgelotet werden, die ein Computer bietet, um qualitative Daten zu erheben und auf die individuellen Bedürfnisse der Befragten einzugehen, wenn alternative Datenerhebungsmethoden zu Gesprächen und Diskussionen angestrebt werden.

5.3 Schlußfolgerungen für die Praxis

Die Untersuchung zeigt, daß Jugendliche mit unterschiedlicher Lebenserfahrung, die unter verschiedenen Lebensbedingungen leben, zu ähnlichen Gesundheitskonzepten kommen. Dabei hat die individuelle Auseinandersetzung aufgrund dieser Umstände eine Bedeutung. Diese Qualität Jugendlicher, sich unter unterschiedlichsten Lebensbedingungen subjektiv gesund zu fühlen bietet Ansatzpunkte für die Praxis der Gesundheitserziehung, die hier lediglich skizziert werden sollen:

Ihr Gegenstand können die Gesundheitsstrategien Jugendlicher mit unterschiedlicher Lebenserfahrung sein: Aus der Sicht der Sonderpädagogik trifft das zunächst für Jugendliche mit und ohne Behinderung zu. Sie sind erweiterbar durch Strategien anderer Gruppen beispielsweise Jugendlicher mit Erfahrung aus anderen Kulturkreisen und politischen Systemen.

Als Experten und Expertinnen ihrer Gesundheit sollten die Jugendlichen voneinander lernen können: Wie gehen Jungen ohne Behinderung mit Einschränkungen ihrer Gesundheit um, wie Mädchen, welche Möglichkeiten ergreifen Jugendliche mit Behinderung um auf ihre Gesundheit einzuwirken, welche andere Gruppen?

In Gesundheitstrainings können Jugendliche die verschiedenen Strategien kennenlernen und einüben. Dabei steht nicht die Bewertung der Strategien im Mittelpunkt, da Gesundheit kein ethischer Wert ist. Gesundheit wird subjektiv erlebt und je mehr Möglichkeiten bekannt sind, sie zu erleben, zu erhalten oder zu fördern, desto eher können individuelle Lösungen entwickelt werden, um sich subjektiv gesund zu fühlen.

Dies erfordert, daß der Umgang mit Randgruppen grundsätzlich überdacht und verändert wird: Statt der Merkmale, durch die sie ausgegrenzt werden, stehen die Fähigkeiten im Mittelpunkt, die es ihnen erlauben sich in ihren individuellen Lebenszusammenhängen subjektiv gesund zu fühlen. Von Objekten, mit denen umgegangen wird, werden sie zu Subjekten, die ihr Leben aktiv gestalten können und deren Erfahrung auch für andere einen Wert hat.

VI Zusammenfassung

Gegenstand der empirischen Untersuchung sind die Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung.

Dieser Arbeit liegt das Gesundheitsverständnis Antonovskys zugrunde, das den Menschen als offenes System und Gesundheit als abhängig von einer Persönlichkeitsvariable, dem Kohärenzgefühl betrachtet. Behinderung wird in diesem Kontext als intervenierende Variable der Gesundheit und nicht als Gegensatz von Gesundheit verstanden. Ausgehend von der Frage, ob Menschen mit Behinderung sich subjektiv gesund fühlen, soll überprüft werden, ob Unterschiede zwischen den Gesundheitskonzepten bei Jungen und Mädchen mit Behinderung und ohne Behinderung bestehen, und ob eine Beziehung zwischen Krankheitserfahrung und Gesundheitskonzepten sowie Kontrollüberzeugungen und Gesundheitskonzepten besteht.

Diese Fragestellungen werden untersucht, indem die Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit, die subjektive Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes, der Stellenwert von Gesundheit, die Krankheitserfahrung und die Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit von vier Gruppen erhoben werden: Jungen und Mädchen ohne Behinderung und Jungen und Mädchen mit Behinderung. Inwiefern die Gesundheitskonzepte der Jugendlichen mit Behinderung abhängig vom Umfeld sind, wird überprüft, indem letztere Gruppen in Jungen und Mädchen mit sichtbarer und ohne sichtbare Schädigung unterteilt werden.

Im Rahmen einer computerunterstützten strukturierten Untersuchung wurden 166 Jungen und Mädchen zwischen 13 und 19 Jahren einzeln schriftlich befragt. Die Untersuchung wurde in den Schulen, die die Jugendlichen besuchten, innerhalb von drei Monaten durchgeführt.

Jugendliche mit Behinderung und Mädchen scheinen sich stärker mit Gesundheit auseinanderzusetzen, haben differenziertere Gesundheitskonzepte. Die Untersuchung zeigt, daß die Gesundheitskonzepte der Jugendlichen mit Behinderung sich von denen der Jugendlichen ohne Behinderung kaum unterscheiden. Im Zusammenhang mit dem Geschlecht und der Behinderung unterscheiden sich die Gesundheitskonzepte der Jugendlichen in Einzelkomponenten: Jungen ohne Behinderung beschäftigen sich weniger mit Gesundheit und werden durch die Auseinandersetzung mit ihr verunsichert, Mädchen mit Behinderung betonen das gesundheitsorientierte Handeln. Möglicherweise wird die grundsätzliche Einstellung zu Gesundheit als Junge oder Mädchen durch die Behinderung differenziert: Den Mädchen ist Gesundheit wichtiger als den Jungen, den Jungen ohne Behinderung ist sie am wenigsten wichtig, den Mädchen mit Behinderung am wichtigsten.

Die Sichtbarkeit der Schädigung hat kaum eine Bedeutung für die Gesundheitskonzepte der Jugendlichen mit Behinderung. Da sich die Gesundheitskonzepte aufgrund der Krankheitserfahrung der Jugendlichen in anderen

Komponenten unterscheiden, liegt der Schluß nahe, daß diese Unterschiede mit der Art der Schädigung zusammenhängen. Aus den Ergebnissen zur Krankheitserfahrung kann geschlossen werden, daß hohe Krankheitserfahrung zu einer Toleranz gegenüber Beschwerden führt.

Hinsichtlich des Zusammenhangs verschiedener Komponenten der Gesundheitskonzepte wird deutlich, daß Gesundheit und Krankheit unterschiedlich beschrieben werden, indem unterschiedliche Akzente gesetzt werden. Die Beziehung der Komponenten der Gesundheitskonzepte untereinander ist komplex: Zum Teil hat Behinderung bzw. das Geschlecht in Verbindung mit Behinderung einen Einfluß auf die Zusammenhänge der Kontrollüberzeugungen mit den übrigen Komponenten der Gesundheitskonzepte.

Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, daß sich die Gesundheitskonzepte jugendlicher Jungen und Mädchen kaum aufgrund der Behinderung und nicht aufgrund der Sichtbarkeit der Schädigung unterscheiden, sondern dies in Abhängigkeit vom Geschlecht zu Differenzierungen führt. Dieses Ergebnis entspricht der Annahme, daß Gesundheit und Behinderung sich nicht widersprechen, sondern die Erfahrung von Behinderung die Gesundheitskonzepte moderiert, ähnlich wie andere Erfahrungen, etwa die durch das Geschlecht bedingte oder die Krankheitserfahrung. Darüber hinaus ist deutlich geworden, daß die Gesundheitskonzepte Jugendlicher unter verschiedenen Lebensbedingungen ähnlich ausgeprägt sind, und Jugendliche trotz objektiv unterschiedlicher Gesundheitszustände ihren subjektiven Gesundheitszustand ähnlich einschätzen. Dies spricht dafür, daß ein weiterer Faktor, wie das Kohärenzgefühl Antonovskys, für die Ausbildung der Gesundheitskonzepte eine Bedeutung hat.

VII Literaturverzeichnis

- Adelfinger, Theresia (1993). Identitätsfindung von körperbehinderten Mädchen und Frauen. In Anita Heiliger, Tina Kuhne (Hg.), *Feministische Mädchenpolitik*. München: Frauenoffensive.
- Antonovsky, Aaron (1987a). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, Aaron (1987b). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances*, 4, 47 - 55.
- Antonovsky, Aaron (1992). Meine Odyssee als Stressforscher. *Jahrbuch für kritische Medizin*, 17 (Argument-Sonderband, 193, 112 - 130). Berlin: Argument-Verlag.
- Antonovsky, Aaron (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In Alexa Franke, Michael Broda (Hg.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (3 - 14). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (deutsche erweiterte Herausgabe: Alexa Franke). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestelle (1992). *Schwerbehindertengesetz*. Münster: Autor.
- Bächtold, Andreas (1992). *Selbstbestimmt leben - frei von Behinderung sein. Ein Thesen- und Antithesenkatalog zum Begriff Behinderung. Pro Infirmis* 5-6, 4 - 8.
- Badura, Bernhard (1983). Sozialepidemiologie in Theorie und Praxis. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), *Lebensbedingungen und Lebensweisen in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit (Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung, Band 5, 29 - 48)*. Köln: BzgA.
- Badura, Bernhard; Schott, T.; Trojan, Alf (1991). Medizinsoziologie und Public health. In Friedrich Wilhelm Schwartz et al. (Hg.), *Public Health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung* (39 - 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bleidick, Ulrich (1977). Pädagogische Theorien der Behinderung und ihre Verknüpfung. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 28, 207 - 229.
- Bleidick, Ulrich (1984). *Pädagogik der Behinderten. Grundzüge einer Theorie der Erziehung behinderter Kinder und Jugendlicher* (5. Auflage). Berlin: Marhold.
- Bleidick, Ulrich (1985). Historische Theorien: Heilpädagogik, Sonderpädagogik, Pädagogik der Behinderten. In Ulrich Bleidick (Hg.), *Theorie der Behindertenpädagogik (Handbuch der Sonderpädagogik, Band 1, 253 - 272)*. Berlin: Marhold
- Brehm, Walter (1990). Der Sporttyp und der Verzichtstyp. Subjektive Theorien von Schülerinnen und Schülern über Gesundheit und Sport (-Unterricht). *Sportunterricht*, 39, 125 - 135.

- Bültemeier, C.; Franzkowiak, Peter; Hildebrandt, Helmut; Wenzel, Eberhard (1984). Gesundheitskonzepte. Umgang mit dem Körper und positive Gesundheitsansätze bei 14 - 20jährigen. Projektabschlussbericht für die BzGA. Heidelberg, Köln: BzGA.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1983). Weltaktionsprogramm für Behinderte. Bonn: Autor.
- Bundesversorgungsgesetz siehe: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Bünig, Herbert; Trenkler, Götz (1978). Nichtparametrische statistische Methoden. Berlin, New York: De Gruyter.
- Busch, Jutta (1993). CBT-Projektmanagement. In Christoph Seidel (Hg.), Computer based training. Erfahrungen mit interaktivem Computerlernen (127 - 136). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- BVG, siehe Bundesversorgungsgesetz.
- Clauß, Günter; Finze, Falk-Rüdiger; Partzsch, Lothar (1995). Statistik für Soziologen, Pädagogen, Psychologen und Mediziner (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Thun, Frankfurt am Main: Harri Deutsch.
- Daoud-Harms, Mounira (1990). Arbeitsgegenstand oder Subjekt unserer Lebensgeschichte - Erfahrungen und Reflexionen zum Verhältnis von Betreuern/ Experten und "Behinderten". In Hans Eberwein (Hg.), Behinderte und Nichtbehinderte lernen gemeinsam (Handbuch der Integrationspädagogik, 2. überarbeitete Auflage, 345 - 350). Weinheim, Basel: Beltz
- Das Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), siehe Häußler, Monika (1996).
- Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1990). Ratgeber für Behinderte. Coburg: Neue Presse.
- Deutscher Bildungsrat (1973). Zur pädagogischen Förderung von behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen. Dortmund: Verband deutscher Sonderschulen.
- Dlugosch, Gabriele E.; Schmidt, Lothar R. (1992). Gesundheitspsychologie. In Reiner Bastine (Hg.), Klinische Psychologie (Band 2, 123-177). Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Eberwein, Hans (Hg.) (1990). Behinderte und Nichtbehinderte lernen gemeinsam. Handbuch der Integrationspädagogik. Weinheim, Basel: Beltz.
- Eberwein, Hans (1995). Kritische Analyse des Behinderungsbegriffs. Konsequenzen für das Selbstverständnis von Sonder- und Integrationspädagogik. Behinderte, 1, 5 - 12.
- Eggert, Dietrich (1974). Eysenck-Persönlichkeits-Inventar (EPI). Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
- Engel, Georg L. (1976). Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Ein Lehrbuch für Ärzte, Psychologen und Studenten (2. Auflage). Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber.

- Engel, Georg L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for bio-medicine. *Science*, 196, 129 - 135.
- Engel, Uwe; Hurrelmann, Klaus (1989). *Psychosoziale Belastungen im Jugendalter*. Berlin: De Gruyter.
- Esser, Günter; Schmidt, Martin (1987). *Minimale cerebrale Dysfunktion - Leerformel oder Syndrom? Empirische Untersuchung zum Bestehen eines zentralen Konzepts in der Kinderpsychiatrie*. Stuttgart: Enke.
- Euler, Dieter (1987). *Computerunterstützter Unterricht. Möglichkeiten und Grenzen*. Braunschweig: Vieweg.
- Ewinkel, Carola; Hermes, Gisela et al. (Hg.) (1985). *Geschlecht: behindert - besonderes Merkmal: Frau. Ein Buch von behinderten Frauen*. München: AG Spak.
- Exner, Karsten (1997). *Deformierte Identität behinderter Männer und deren emanzipatorische Überwindung*. In Birgit Warzecha (Hg.), *Geschlechterdifferenz in der Sonderpädagogik: Forschung - Praxis - Perspektiven (Krisen - Konflikte - Sozialisation, Band 2, 67 - 87)*. Hamburg: LIT.
- Faltermaier, Toni (1994). *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag*. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Franke, Alexa (1993). *Gesundheit in Psychologie und Psychotherapie*. In Alexa Franke, Michael Broda (Hg.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept (169 - 184)*. Tübingen: DGVT.
- Franke, Alexa; Kuhlmann, Jürgen; Witte, Maria Brigitta (1992). *ILSALU DO. Interviewleitfaden zur Salutogenese/ Dortmund*. Dortmund: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Franzkowiak, Peter (1986). *Risikoverhalten und Gesundheitsbewußtsein bei Jugendlichen*. Berlin: Springer.
- Goffman, Erving (1974). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Götz, Klaus; Häfner, Peter (1991). *Computerunterstützter Unterricht. Lernen in der Aus- und Weiterbildung*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Hartmann, Ilse (1987). *Körperbezogenes Informationsinteresse und Kontrollüberzeugungen von Kindern und Jugendlichen*. *Brennpunkte der Sportwissenschaft*, 1, 105-119.
- Häußler, Monika; Wacker, Elisabeth; Wetzler, Rainer; *Das Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (1996). Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten. Bericht zur bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“*. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 65). Baden Baden: Nomos.
- Helfferrich, Cornelia (1994). *Jugend, Körper und Geschlecht*. Opladen: Leske und Budrich.
- Helfferrich, Cornelia; Walter, Melitta; Franzkowiak, Peter (1986). *Mädchen-Gesundheit. Risikoaffinität und Gesundheitsverhalten in der Sozialisation weiblicher Jugendlicher*.

Abschlußbericht zum Forschungsvorhaben Gesundheitserziehung weiblicher Jugendlicher zwischen Schule und Arbeitswelt im Auftrag und mit Mitteln der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Freiburg: Manuskript.

Jantzen, Wolfgang (1976). Zur begrifflichen Fassung von Behinderung aus der Sicht des historischen und dialektischen Materialismus. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 7, 428 - 436.

Jantzen, Wolfgang (1984). Behinderung. In Hanns Eyferth et al. (Hg.), *Handbuch der Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (199 - 205). Neuwied: Luchterhand.

Jantzen, Wolfgang (1987). Behinderung und Gesellschaftsstruktur: Perspektiven einer Soziologie der Behinderung. In Wolfgang Jantzen (Hg.), *Allgemeine Behindertenpädagogik. Ein Lehrbuch* (Band 1, 15 - 45). Weinheim, Basel: Beltz.

Kahlen, Gabriele; Hilgenberg, Fritz; Jochmus, Ingeborg (1987). Auswirkungen einer schweren Herzkrankheit auf das Selbstkonzept jugendlicher Patienten. *ZPP*, 3, 251 - 259.

Kanter, Gustav O. (1985). Ansätze zu einer empirischen Behindertenpädagogik. In Ulrich Bleidick (Hg.), *Theorie der Behindertenpädagogik* (Handbuch der Sonderpädagogik, Band 1, 343 - 385). Berlin: Marhold.

Klauer, Karl Josef (1973). Revision des Erziehungsbegriffs. Grundlagen einer empirisch-rationalen Pädagogik. Düsseldorf: Schwann.

Kobasa, Suzanne C. (1979). Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry Into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1 - 11.

Kobasa, Suzanne C. (1982). The Hardy Personality: Toward a Social Psychology of Stress and Health. In Glenn Sanders, Jerry Suls (eds.), *Social Psychology of Health and Illness* (3 - 32). Hillsdale, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates.

Kobasa, Suzanne C. Ouellette; Puccetti, Mark C. (1983). Personality and Social Resources in Stress Resistance, *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 839 - 850.

Kolip, Petra (Hg.) (1994a). *Lebenslust und Wohlbefinden: Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendforschung*. Weinheim, München: Juventa.

Kolip, Petra (1994b). "Gesund ist, wenn ich mich wohl fühle." Ergebnisse qualitativer Interviews zu Gesundheitsdefinitionen junger Frauen und Männer. In Petra Kolip (Hg.), *Lebenslust und Wohlbefinden: Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung* (139 - 159). Weinheim, München: Juventa.

Kolip, Petra (1994c). Jugend und Gesundheit: Eine notwendig geschlechtsspezifische Betrachtung. In Petra Kolip (Hg.), *Lebenslust und Wohlbefinden: Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung* (7 - 21). Weinheim, München: Juventa.

Konrad, Klaus (1989). Kontrollüberzeugungen bei jugendlichen Computerbenutzern. *Empirische Pädagogik* 4, 339 - 359.

Krampen, Günter (1986). Zur Spezifität von Kontrollüberzeugungen für Problemlösen in verschiedenen Realitätsbereichen. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie* 1/2, 67 - 85.

- Krampen, Günter (1987). Entwicklung von Kontrollüberzeugungen. Thesen zu Forschungsstand und Perspektiven. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 19, 195 - 227.
- Krampen, Günter (Hg.) (1989). Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
- Kuhn, Thomas S. (1976). Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen (3. Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lazarus, Richard S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York/London: McGraw-Hill.
- Levenson, Hanna (1974). Activism and Powerful Others: Distinctions Within the Concept of Internal-External Control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377 - 383.
- Lohaus, Arnold; Schmitt, Gustel Matthias (1989a). Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit: Bericht über die Entwicklung eines Testverfahrens. *Diagnostica*, 35, 73 - 80.
- Lohaus, Arnold; Schmitt, Gustel Matthias (1989b). Handanweisungen zum Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
- Lösel, Friedrich; Bender, Doris (1991). Jugend und Gesundheit. In Jochen Haisch, Hans-Peter Zeitler (Hg.), *Gesundheitspsychologie: Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung* (65 - 86). Heidelberg: Asanger.
- Matarazzo, Joseph D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807 - 817.
- Meier-Rey, Christine (1997). Unterstützung des Identitätsentwicklungsprozesses bei Mädchen und jungen Frauen mit Behinderungen. In Birgit Warzecha (Hg.), *Geschlechterdifferenz in der Sonderpädagogik: Forschung - Praxis - Perspektiven* (Krisen - Konflikte - Sozialisation, Band 2, 67 - 87). Hamburg: LIT.
- Millstein, Susan G.; Adler, N.E.; Irwin, Charles E. (1981). Conceptions of illness in young adolescents. *Pediatrics*, 68, 834 - 839.
- Millstein, Susan G.; Irwin, Charles E. (1987). Concepts of health and illness: Different constructs or variations on a theme?. *Health Psychology*, 6, 515 - 524.
- Mrazek, Joachim (1986). Körperbezogene Kontrollüberzeugungen. *Kölner Beiträge zur Sportwissenschaft*, (Band 15, 99 - 116). St. Augustin: Richarz.
- Mrazek, Joachim (1987). Das Gesundheitskonzept von Jugendlichen. *Brennpunkte der Sportwissenschaft*, 1, 83-103.
- Mrazek, Joachim (1989). Die Erfassung körperbezogener Kontrollüberzeugungen. In Günter Krampen (Hg.), *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen* (112 - 118) Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.

- Müller, Markus (1986). Denkansätze in der Heilpädagogik. Eine systematische Darstellungsweise heilpädagogischen Denkens und der Versuch einer Überwindung der "unreflektierten Paradigmenkonkurrenz". Heidelberg: HVA/Ed. Schindele.
- Natapoff, Janet Nielson (1978). Children's views of health: A developmental study. *American Journal of Public Health*, 68, 995-1000.
- Nordlohne, Elisabeth; Kolip, Petra (1994). Gesundheits- und Krankheitskonzepte 14- bis 17-jähriger Jugendlicher: Ergebnisse einer repräsentativen Jugendbefragung. Petra Kolip (Hg.), *Lebenslust und Wohlbefinden: Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung* (121 - 138). Weinheim, München: Juventa.
- Nowicki, Stephen; Strickland, Bonnie R. (1973). A locus of control scale for children. *Journal of consulting clinical Psychology*, 40, 148 - 150.
- Oerter, Rolf (1987). Jugendalter. In Rolf Oerter, Leo Montada (Hg.), *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (2. Auflage, 265 - 338). München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Parcel, Guy S.; Meyer, Michael P. (1978). Development of an instrument to measure children's health locus of control. *Health Education Monographs*, 6, 149 - 159.
- Parsons, Talcott (1968). *Sozialstruktur und Persönlichkeit*. Frankfurt: Europäische Verlagsgesellschaft.
- Parsons, Talcott (1973). *Soziologische Theorie (Soziologische Texte 15, 3. Auflage)*. Neuwied: Luchterhand.
- Piaget, Jean; Inhelder, Bärbel (1986). *Die Psychologie des Kindes*. München: dtv. (Original erschienen 1966: *La psychologie de l'enfant*)
- Prenzel, Annedore (1984). *Schulversagerinnen. Versuch über diskursive, sozialhistorische und pädagogische Ausgrenzung des Weiblichen*. Gießen: Focus.
- Rath, Waltraut (1985). Systematik und Statistik von Behinderungen. In Ulrich Bleidick, *Theorie der Behindertenpädagogik (Handbuch der Sonderpädagogik, Band 1, 25 - 47)*. Berlin: Marhold.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal vs external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80.
- Sander, Alfred (1990). Behinderungsbegriffe und ihre Konsequenzen für die Integration. In Hans Eberwein (Hg.), *Behinderte und Nichtbehinderte lernen gemeinsam (Handbuch der Integrationspädagogik, 2. überarbeitete Auflage, 75 - 82)*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Schildmann, Ulrike (1984). Behinderung, geschlechtsspezifisch. In Erwin Reichmann (Hg.), *Handbuch der kritischen und materialistischen Behindertenpädagogik und ihrer Nebengewissenschaften* (114 - 118). Solms-Oberkiel: Jarick.
- Schildmann, Ulrike (1985). Zur Situation behinderter Mädchen - Realität und Träume in Kontrast. In Angelika Diezinger et al. (Hg.), *Am Rande der Arbeitsgesellschaft. Weibliche Behinderte und Erwerbslose* (89 - 142). Opladen: Leske und Budrich.

Schildmann, Ulrike (1994). Die Geschlechterdimension in der Behindertenpädagogik und der Integrationspädagogik. Versuch einer theoretischen Grundlegung. In Kurt Beutler, Ulla Bracht et al. (Hg.), *Geschlechterverhältnis und die Pädagogik* (Jahrbuch für Pädagogik, 311 - 324). Frankfurt am Main: Lang.

Schmidt, Lothar R.; Schwenkmezger, Peter (1992). Zur Gesundheitspsychologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 1-3.

Schmitt, Gustel Matthias (1993). Krankheitserleben und -verarbeitung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit cystischer Fibrose. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 153 - 169.

Schmitt, Gustel Matthias; Lohaus, Arnold; Salewski, Christel (1989). Kontrollüberzeugungen und Patient compliance: Eine empirische Untersuchung am Beispiel von Jugendlichen mit Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und Alopecia areata, *Psychotherapie, Medizinische Psychologie*, 39, 33 - 40.

Schulte, Iris (1993). Möglichkeiten zur Erfassung von Gesundheitskonzepten bei Kindern und Jugendlichen. Dortmund: Unveröffentlichte Staatsarbeit.

Schulze, C.; Welters, L. (1991). Geschlechts- und altersspezifisches Gesundheitsverständnis. In Uwe Flick (Hg.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit*. Heidelberg: Asanger.

Schwarzer, Rolf (1990). Gesundheitspsychologie: Einführung in das Thema. In Rolf Schwarzer (Hg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (3 - 23). Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie.

Schwbg, siehe Schwerbehindertengesetz.

Schwenkmezger, Peter; Hank, Petra (1993). Papier-Bleistift- versus computerunterstützte Darbietung von State-Trait-Fragebogen: Eine Äquivalenzüberprüfung. *Diagnostica*, 39, 189 - 210.

Schwerbehindertengesetz, siehe Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestelle.

Seiffge-Krenke, Inge (1989). Gesundheitsbezogenes Verhalten und Krankheitsbewältigung: Entwicklungspsychologische Befunde an Jugendlichen. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Entwicklungssoziologie*, 4, 247 - 263.

Seiffge-Krenke, Inge (1994). *Gesundheitspsychologie des Jugendalters*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.

Selye, Hans (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.

Shagena, Maureen M.; Sandler, Howard K.; Perrin, Ellen C. (1988). Concepts of illness in perception of control in healthy children and in children with chronic illness. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9, 252 - 256.

Shiloh, Shoshana; Waiser, Rachel (1991). Adolescents' concepts of health and illness. *International Journal of Adolescent Medicine & Health*, 5, 69 - 87.

- Speck, Otto (1985). Aufgabenfelder der Erziehung von Behinderten. In Ulrich Bleidick (Hg.), *Theorie der Behindertenpädagogik (Handbuch der Sonderpädagogik, Band 1, 129 - 151)*. Berlin: Marhold.
- Speck, Otto (1987). *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung*. München: Reinhardt.
- Speck, Otto (1996). *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung (3. völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage)*. München: Reinhardt.
- Stengrafe, Katrin (1995). *Wir träumen nicht anders. Lebenswelten und Identitätsstrukturen junger behinderter Frauen (Wissenschaftliche Reihe, Band 66)*. Bielefeld: Kleine.
- Steinhausen, Hans-Christoph (1981). Chronically ill and handicapped children and adolescents: Personality studies in relation to disease. *Journal of abnormal Child Psychology*, 9, 291 - 297.
- Störmer, Thomas (1993). *Der Einsatz des Computers an der Schule für Körperbehinderte (Münchener Beiträge zur Sonderpädagogik, Band 16)*. Frankfurt am Main: Lang.
- Timm, Wolfgang (1984). Gesundheit und Krankheit. In Hanns Eyferth et al. (Hg.), *Handbuch der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (439 - 458)*. Neuwied: Luchterhand.
- Trojan, Alf; Hildebrandt, Helmut (1989). Konzeptionelle Überlegungen zu gesundheitsbezogener Netzwerkförderung auf lokaler Ebene. In Wolfgang Stark (Hg.), *Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis (97 - 116)*. Freiburg: Lambertus.
- Vogt, Irmgard (1985). Für alle Leiden gibt es eine Pille. Über Psychopharmakonsum und das geschlechtsrollenspezifische Gesundheitskonzept bei Mädchen und Frauen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Wallston, Kenneth; Strudler Wallston, Barbara; DeVillis, Barbara (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Edukation Monographs* 6, 160 - 170.
- Weiner, Herbert (1994). „Das biopsychosoziale Modell“ ein hilfreiches Konstrukt?. *Psychother. med. Psychol.*, 44, 73 - 83.
- Wember, Franz B. (1995). Interdisziplinäre Forschung, interdisziplinäre Praxis? Anmerkungen zur Identität der Sonderpädagogik als Wissenschaft. *Heilpädagogische Forschung* 21, 194 - 205.
- WHO, siehe Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Wolf, Werner; Reicherts, Michael (1985). Psychische Gesundheit bei Jugendlichen. In Angela Schorr (Hg.), *Klinische Psychologie, forensische Psychologie, pädagogische Psychologie (Bericht über den 13. Kongreß für Angewandte Psychologie, Band 2, 440-447)*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 11-1-1: Subjektive Konstruktionen von Gesundheit	18
Abbildung 111-1-2: Ablaufdiagramm des Computepmgramms	60
Abbildung 111-1-3: Ablaufdiagramm der Antwortkontrolle bei Mehrfachwahlantworten	61
Abbildung 111-1-4: Ablaufdiagramm der Antwonkontrolle bei offenen Antworten	61
Abbildung 111-1-5: Phantasiefigur.....	63
Abbildung 111-1-6: Fragen zu soziodemografischen Daten (Ablaufdiagramm)	66
Abbildung 111-1-7: Einschätzen des Gesundheitszustandes (Ablaufdiagramm)	68
Abbildung 111-1-8: Einschätzen des Gesundheitszustandes während der Menstruation (Ablaufdiagramm)	69
Abbildung 111-1-9: Gesundheitsorientiertes Handeln (Ablaufdiagramm)	74
Abbildung 111-1-10: Krankheitserfahrung (Ablaufdiagramm)	77
Abbildung 111-1-1 1: Beurteilung des Instruments (Ablaufdiagramm)	80
Abbildung IV-2- 1 - IV-2- 1 2: Gesundheitskonzept.....	100 - 126
Abbildung IV-3- 1: Extremgruppenvergleich Klassenstufe	142
Abbildung IV-3-2 - IV-3-3: IExtremgruppenvergleich Krankheitserfahrung	147
Abbildung IV-4- 1 - IVA-2: Extremgruppenvergleich Computererfahrung	167 - 168

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle II-3-1: Untersuchungen zu Gesundheitskonzepten Jugendlicher.....	32 - 34
Tabelle II-3-2: Allgemeine Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen aus Nordlohne und Kolip 1994, 128-130.....	42
Tabelle II-3-3: Befindensorientierte Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen aus Nordlohne und Kolip 1994, 130-132.....	42
Tabelle III-1-1: Untersuchungsplan.....	57
Tabelle III-2-1: Stichprobengröße.....	81
Tabelle III-4-1: Kategorien für die allgemeinen und persönlichen Gesundheits- und Krankheitsbegriffe.....	84
Tabelle IV-1-1 - IV-1-8: Soziodemografische Daten.....	89 - 93
Tabelle IV-2-1 - IV-2-64: Gesundheitskonzepte Jugendlicher.....	94 - 128
Tabelle IV-3-1 - IV-3-14: Verteilungsunterschiede.....	131 - 136
Tabelle IV-3-15 - IV-3-21: Extremgruppenvergleich Klassenstufe.....	7 - 141
Tabelle IV-3-22 - IV-3-26: Extremgruppenvergleich Krankheitserfahrung.....	4 - 148
Tabelle IV-3-27 - IV-3-29 - IV: Korrelation.....	150 - 154
Tabelle IV-4-1 - IV-4-14: Reflexion.....	158 - 162
Tabelle IV-4-15 - IV-4-20: Extremgruppenvergleich Computererfahrung.....	163 - 167

VIII Anhang

Inhaltsverzeichnis

A1 Liste der verwendeten Abkürzungen	2
A2 Variablenliste	3
A3 Fragebogen zu den Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)	6
A4 Rohwertetabelle	7
A5 Antwortverteilung zur Krankheitserfahrung in Abhängigkeit von Geschlecht und Behinderung bzw. Schädigung	47
A6 Daten zum Extremgruppenvergleich Krankheitserfahrung	52
A7 Antwortverteilung zur Computererfahrung in Abhängigkeit von Geschlecht und Behinderung bzw. Schädigung	63
A8 Daten zum Extremgruppenvergleich Computererfahrung	66
A9 Urkunde	78

A1 Liste der verwendeten Abkürzungen

Abkürzungen

BVG	Bundesversorgungsgesetz
CHLC	Children's Health Locus of Control scale
GRR	Generalized Resistent Ressources
HLC	Health Locus of Control
KJ	Kontrollgruppe Jungen
KKG	Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit
KM	Kontrollgruppe Mädchen
M	Arithmetisches Mittel
MHLC	Multidimensional Health Locus of Control scale
NSCLC	Nowicki-Strickland Children's Locus of Control scale
SchwbG	Schwerbehindertengesetz
SD	Standardabweichung
UJ	Untersuchungsgruppe Jungen
UM	Untersuchungsgruppe Mädchen
UmJ	Untersuchungsgruppe Jungen mit sichtbarer Schädigung
UmM	Untersuchungsgruppe Mädchen mit sichtbarer Schädigung
UoJ	Untersuchungsgruppe Jungen ohne sichtbare Schädigung
UoM	Untersuchungsgruppe Mädchen ohne sichtbare Schädigung
Z	Median

A2 Variablenliste

Variablen- bezeichnung	Frage	Antwortskala
c1	Hast Du schon einmal vorher an einem Computer gespielt oder gearbeitet?	nominal
c2	Wofür benutzt Du den Computer am häufigsten?	nominal
c3	Wie oft beschäftigst Du Dich denn ungefähr mit dem Computer?	ordinal
c4	Wenn Du einmal am Computer sitzt, wie lange bleibst Du dann dabei?	ordinal
c5	Besitzt Du einen eigenen Computer?	nominal
g1	Was meinst Du, bist Du gesund? (vor der Untersuchung)	nominal
g2	Was meinst Du, bist Du gesund? (nach der Untersuchung)	nominal
g3	Was, meinst Du, ist Gesundheit?	nominal
g3anz	Anzahl der Antworten zum allgemeinen Gesundheitsbegriff	intervall
g3a1	Gesundheit als Gegensatz zu Krankheit	nominal
g3a3	Subjektiv positive Befindlichkeit	nominal
g3a4	Gesundheitsorientiertes Handeln	nominal
g3a8	Fehlende Symptome und Krankheiten	nominal
g4	Und was, meinst Du, ist Krankheit?	nominal
g4anz	Anzahl der Antworten zum persönlichen Gesundheitsbegriff	intervall
g4a1	Gesundheit als Gegensatz zu Krankheit	nominal
g4a3	Subjektiv positive Befindlichkeit	nominal
g4a4	Gesundheitsorientiertes Handeln	nominal
g4a8	Fehlende Symptome und Krankheiten	nominal
g5	Ich, nnn**, fühle mich rundherum gesund, wenn ich ...	nominal
g5anz	Anzahl der Antworten zum allgemeinen Krankheitsbegriff	intervall
g5a1	Krankheit als Gegensatz zu Gesundheit	nominal
g5a3	Subjektiv negative Befindlichkeit	nominal
g5a4	Gesundheitsorientiertes Handeln	nominal
g5a8	Abhängig von Symptomen und Krankheiten	nominal
g6	Ich, nnn**, fühle mich richtig krank, wenn ich ...	nominal
g6anz	Anzahl der Antworten zum persönlichen Krankheitsbegriff	intervall
g6a1	Krankheit als Gegensatz zu Gesundheit	nominal
g6a3	Subjektiv negative Befindlichkeit	nominal
g6a4	Gesundheitsorientiertes Handeln	nominal
g6a8	Abhängig von Symptomen und Krankheiten	nominal

** Hier wird der Name des oder der Jugendlichen eingefügt.

VIII Anhang: A2 Variablenliste

g7	Kannst Du selbst etwas dafür tun, damit Du gesund bleibst?	nominal
g8	Welche dieser Dinge tust Du für Deine Gesundheit?	nominal
g9	Wie oft tust Du das? (ANTWORT 1 AUS G8)	ordinal
g10	Wie oft tust Du das? (ANTWORT 2 AUS G8)	nominal
g11	Tust Du noch andere Dinge?	nominal
g12	Was tust Du noch für Deine Gesundheit?	nominal
g13	Welche dieser Dinge könntest Du für Deine Gesundheit tun?	nominal
g14	a) Denke an die Zeit zurück, als Du ganz klein warst, <i>3 Jahre und jünger</i> . Wie war Deine Gesundheit da? b) Stell Dir die Zeit vor, bevor Du in die Schule kamst, <i>zwischen 4 und 6 Jahren</i> ? Wie war Deine Gesundheit da? c) Denke zurück, als Du zur Grundschule gegangen bist, <i>zwischen 7 und 10 Jahren</i> . Wie war Deine Gesundheit da? d) Und jetzt denke an die Jahre als Du <i>zwischen 11 und 13 Jahren</i> alt warst? Wie war Deine Gesundheit da? e) Und <i>heute</i> ? Wie, würdest Du sagen, ist deine Gesundheit seit Du 14 Jahre alt bist? Wie war Deine Gesundheit da?	ordinal
g15	Sind Mädchen, wenn sie Ihre Regel haben, krank?	nominal
g16	Wann hattest Du das letzte Mal Deine Regel?	nominal
g17	Wenn Du Deine Regel bekommst, fühlst Du Dich dann krank?	ordinal
g18	Wenn Du Deine Regel bekommst, fühlst Du Dich dann gesund?	ordinal
g19	Was ist für Dich wichtig im Leben? a) Freunde haben b) Gesund sein c) Gute Zensuren haben d) Geld haben e) Spaß haben f) Gut aussehen g) Einen Freund/ eine Freundin haben	ordinal
g20	Wie zufrieden bist Du mit Deiner Gesundheit?	ordinal
g21	Womit würdest Du Gesundheit am ehesten vergleichen?	nominal
g22	Wer, meinst Du, ist gesünder? Erwachsene/ Jugendliche	nominal
g23	Wer, meinst Du, ist gesünder? Jungen/ Mädchen	nominal
k1	Warst Du nach Deiner Geburt noch einmal im Krankenhaus?	nominal
k2	Denke an die Zeit vor Deiner Einschulung. Wie oft warst Du damals im Krankenhaus?	ordinal
k3	Denke jetzt an die Zeit seit Du zur Schule gehst bis heute. Wie oft warst Du da im Krankenhaus?	ordinal
k4	Was waren die Gründe dafür?	nominal
k5	Was meinst Du, wie oft warst Du seit den letzten Sommerferien beim Arzt oder bei der Ärztin?	ordinal
k6	Weißt Du noch warum?	nominal
k7	Wie viele Tage warst Du seit den Sommerferien nicht in der Schule, weil Du krank warst?	intervall

VIII Anhang: A2 Variablenliste

k8	Manchmal bist Du so krank, daß Du zu Hause bleiben mußt. Wie ist das dann für Dich? (2 Antworten)	ordinal
k9	Welcher Grund ist Dir am wichtigsten?	nominal
k10	Fällt Dir ein anderer Grund ein, warum Du es ...	nominal
k11	Welcher Grund ist Dir am wichtigsten?	nominal
k12	Fällt Dir ein anderer Grund ein, warum Du es ...	nominal
k13	Wenn ich müde bin, dann bin ich ...	ordinal
k14	Wenn ich einen Schnupfen habe, ...	ordinal
k15	Wenn ich Bauchweh vor einer Klassenarbeit habe ...	ordinal
k16	Wenn ich mir einen Arm breche, ...	ordinal
k17	Wenn ich Schmerzen habe, ...	ordinal
k18	Wenn ich Kummer habe oder traurig bin, ...	ordinal
L1 - L21	Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit	
L22	An welche Beschwerden hast Du gedacht, als Du die Fragen beantwortet hast?	nominal
r1	Das Programm war zu lang.	ordinal
r2	'Grumpf' hat mir gefallen	ordinal
r3	Ich mußte zuviel lesen.	ordinal
r4	Die Farben haben mir gefallen.	ordinal
r5	Das Thema war interessant.	ordinal
r6	Ich konnte alles sagen, was mir zum Thema 'Gesundheit' einfällt.	ordinal
r7	Wenn Du so eine Befragung noch einmal mitmachen würdest, wie würdest Du sie dann am liebsten machen?	nominal
r8	Hat Dich etwas an der Befragung gestört?	nominal
r9	Was hat Dich gestört?	nominal
r10	Hat Dir etwas an der Befragung besonders gefallen?	nominal
r11	Was hat Dir besonders gefallen?	nominal
s1	Geburtsdatum	intervall
s2	Untersuchungsdatum	intervall
s4	Art der Schädigungen (nachträglich von UL ¹)	nominal
s5	Sichtbarkeit der Schädigung (nachträglich von UL)	nominal
s9	Deutsch nicht als Muttersprache (nachträglich von UL)	nominal
s10	Untersuchungsdauer (computergesteuert)	intervall
s11	Besuchte Schule (über Paßwort)	nominal
s12	Bist Du ein Junge oder ein Mädchen?	nominal
s13	In welche Klasse gehst Du?	ordinal
s14	Rollstuhlbenutzung	nominal

¹ UL = Untersuchungsleiterin

A3 Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

- 1) Wenn ich mich körperlich nicht wohlfühle, dann habe ich mir das selbst zuzuschreiben.
- 2) Wenn ich Beschwerden habe, suche ich gewöhnlich einen Arzt auf.
- 3) Ob meine Beschwerden länger andauern, hängt vor allem vom Zufall ab.
- 4) Wenn ich mich körperlich wohlfühle, dann verdanke ich dies vor allem den Ratschlägen und Hilfen anderer.
- 5) Wenn bei mir Beschwerden auftreten, dann habe ich nicht genügend auf mich aufgepaßt.
- 6) Wenn ich Beschwerden habe, frage ich andere um Rat.
- 7) Körperliche Beschwerden lassen sich nicht beeinflussen: Wenn ich Pech habe, sind sie plötzlich da.
- 8) Wenn ich auf mich achte, bekomme ich keine Beschwerden.
- 9) Wenn es das Schicksal so will, dann bekomme ich körperliche Beschwerden.
- 10) Wenn bei mir Beschwerden auftreten, bitte ich einen Fachmann, mir zu helfen.
- 11) Ob es mir gut geht oder nicht, läßt sich nicht beeinflussen.
- 12) Wenn ich keinen guten Arzt habe, habe ich häufiger unter Beschwerden zu leiden.
- 13) Ob Beschwerden wieder verschwinden, hängt vor allem davon ab, ob ich Glück habe oder nicht.
- 14) Ich kann Beschwerden vermeiden, indem ich mich von anderen beraten lasse.
- 15) Ich verdanke es meinem Schicksal, wenn meine Beschwerden wieder verschwinden.
- 16) Wenn ich genügend über mich weiß, kann ich mir bei Beschwerden selbst helfen.
- 17) Wenn ich Beschwerden habe, weiß ich, daß ich mir selbst helfen kann.
- 18) Es liegt an mir, wenn meine Beschwerden nachlassen.
- 19) Ich bin der Meinung, daß Glück und Zufall eine große Rolle für mein körperliches Befinden spielen.
- 20) Wenn ich mich unwohl fühle, wissen andere am besten, was mir fehlt.
- 21) Es liegt an mir, mich vor Beschwerden zu schützen.
- 22) An welche Beschwerden hast Du gedacht?

VIII Anhang: A3 Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

Nummer	s1	s2	s4	s5	s9	s10	s11	s12	s13	s14	g1
1	100278	230496	19	0	0	28,75	7	0	9	0	100
2	101275	230496	20	2	0	42,67	7	1	9	1	100
3	100678	230496	11	0	0	31,43	7	1	9	0	1
4	101179	230496	4	2	0	28,32	7	0	8	0	100
5	101080	230496	4	1	0	48,12	7	0	8	0	10
6	100878	230496	5	2	0	44,97	7	1	9	1	100
7	101283	240496	4	1	0	32,97	7	0	7	0	100
8	100981	240496	3	2	0	30,97	7	0	7	1	100
9	100679	240496	9	1	0	31,2	7	0	7	0	100
10	100881	240496	1	0	0	34,78	7	0	7	0	100
11	100781	240496	1	0	0	21,68	7	0	7	0	1
12	100880	240496	4	2	0	25,02	7	0	7	0	100
13	101082	240496	3	2	0	52,65	7	0	7	1	100
14	100781	240496	3	2	1	24,18	7	0	7	1	100
15	101082	240496	1	0	0	34,27	7	0	7	0	100
16	100583	250496	13	2	1	42,32	7	1	7	0	100
17	101082	250496	2	2	0	48,47	7	1	7	1	100
18	100878	250496	18	2	0	70,87	7	0	9	1	10
19	100979	250496	2	2	1	26,78	7	0	9	1	100
20	101079	250496	3	2	0	26,5	7	0	9	1	100
21	100778	250496	2	2	0	31,92	7	0	9	1	100
22	100479	250496	2	2	0	43,13	7	0	8	1	100
23	100477	260496	1	0	0	31,77	2	1	9	0	1
24	100479	260496	20	2	0	23,4	2	0	9	0	100
25	100477	260496	18	2	0	30	2	0	9	1	100
26	101078	260496	6	2	1	32,67	2	0	9	1	100
27	100778	260496	1	0	0	25,97	2	1	9	0	100
28	100180	290496	12	0	0	36,83	2	1	9	0	1
29	101281	290496	2	2	0	29,12	2	1	7	1	100
30	100879	290496	13	2	1	36,15	2	0	9	0	100
31	100378	290496	3	2	0	34,15	2	1	8	1	100
32	100777	290496	19	0	0	43,53	2	0	8	0	100
33	100581	290496	7	0	0	32,52	2	0	6	0	100
34	100480	300496	1	0	0	28,43	2	0	9	0	100
35	100980	300496	5	2	0	40,2	2	0	8	0	100
36	100980	300496	7	0	0	31,18	2	0	9	0	100
37	100280	300496	6	1	0	29,55	2	0	8	0	100
38	100481	300496	6	2	0	24,45	2	0	9	0	100
39	100282	130596	1	0	0	26,28	3	0	7	0	100
40	100481	130596	11	0	1	23,18	3	0	7	0	100
41	100380	130596	20	1	0	37,42	3	0	7	0	100
42	101081	130596	10	1	0	34,43	3	1	6	0	100
43	100582	130596	7	0	0	34,48	3	0	7	0	100
44	100581	140596	10	1	0	44,47	3	1	6	0	100
45	101080	140596	11	0	1	38,85	3	1	8	0	1
46	100780	140596	10	0	0	31,87	3	1	8	0	100
47	101082	140596	5	2	0	34,22	3	1	6	1	100

VIII Anhang: A3 Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

48	100780	140596	2	2	0	23,97	3	0	8	1	100
49	101180	140596	4	2	0	29,92	3	1	8	0	10
50	100380	140596	1	0	1	23,73	3	0	8	0	100
51	100782	210596	11	0	0	31,47	5	0	6	0	100
52	100281	210596	3	2	0	25,1	5	0	7	1	100
53	100384	210596	17	0	0	32,45	5	0	6	0	100
54	101281	210596	15	0	0	30,52	5	0	6	0	100
55	100482	210596	4	2	0	44,57	5	1	7	0	100
56	100482	210596	12	0	0	33	5	1	7	0	100
57	101081	210596	3	2	1	39,43	5	1	6	1	100
58	100383	220596	4	2	0	34,75	5	0	6	0	100
59	100485	220596	4	1	0	38,43	5	1	6	0	100
60	101083	220596	2	2	0	32,27	5	0	6	1	100
61	101184	220596	3	2	0	27,7	5	1	6	1	100
62	100683	220596	18	2	0	40	5	0	6	1	100
63	100682	220596	21	1	0	35,37	5	0	6	0	100
64	100583	230596	1	0	0	30,6	5	0	7	0	100
65	101181	290596	11	0	0	27,92	1	0	7	0	100
66	101281	290596	7	0	0	35,38	1	0	7	0	10
67	100682	290596	4	1	0	29,2	1	1	7	0	100
68	101282	290596	15	0	0	26,3	1	0	6	0	100
69	100683	290596	2	2	0	48,27	1	1	6	1	100
70	100682	290596	20	2	0	31,28	1	0	6	1	100
71	101081	300596	1	0	0	27,52	1	1	7	0	100
72	100481	300596	4	1	0	23,47	1	0	7	0	1
73	100582	300596	10	0	0	41,43	1	0	6	0	100
74	100881	300596	2	2	0	33,55	1	0	7	1	100
75	100882	300596	12	0	0	23,55	1	0	7	0	100
76	100180	310596	1	0	0	47,93	1	1	9	0	100
77	100879	310596	2	2	0	24,93	1	0	9	1	100
78	100180	310596	6	1	0	36,97	1	0	7	0	100
79	100178	40696	2	2	0	29,15	4	0	9	1	100
80	100977	40696	2	2	0	29,47	4	1	9	1	100
81	100777	40696	7	2	0	34,15	4	1	9	0	100
82	101276	40696	10	1	0	35,7	4	1	9	0	100
83	100180	40696	1	0	0	35,78	4	0	8	0	100
84	100479	50696	7	0	0	28,6	4	0	8	0	100
85	100178	50696	6	2	1	33,2	4	0	9	0	100
86	100579	50696	11	0	0	26,22	4	1	8	0	100
87	101178	50696	7	1	0	23,42	4	1	9	0	100
88	100483	50696	4	1	0	28,65	4	1	7	0	100
89	100981	50696	5	2	0	26,67	4	1	7	1	100
90	100582	50696	13	2	1	22,7	4	0	7	0	1
91	101281	50696	1	0	1	25,02	4	0	7	0	100
92	101081	50696	1	0	0	24,05	4	0	7	0	1
93	100783	50696	2	2	0	23,43	4	0	7	1	100
94	100282	50696	3	2	1	35,07	4	0	7	1	10
95	100182	100696	10	0	0	27,07	6	1	8	0	100
96	100780	100696	5	2	0	30,98	6	0	8	1	100

VIII Anhang: A3 Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

97	101082	100696	13	2	1	34,1	6	0	8	0	100
98	100583	100696	4	1	1	36,05	6	1	8	0	100
99	100582	100696	5	2	0	34,65	6	0	8	1	100
100	100582	100696	7	0	0	33,55	6	0	8	0	100
101	100782	110696	9	1	0	35,93	6	1	7	0	100
102	101281	110696	9	0	0	28,58	6	1	7	0	100
103	100883	110696	5	2	0	32,27	6	1	6	1	100
104	100480	110696	1	0	0	29,8	6	1	8	0	100
105	100280	110696	13	2	0	32,23	6	0	8	0	100
106	100880	110696	7	0	0	29,7	6	1	8	0	10
107	100182	120696	6	2	1	27,07	6	0	8	0	10
108	100979	120696	4	1	0	34,55	6	0	8	0	100
109	100481	120696	6	1	1	29,4	6	0	8	0	100
110	100981	120696	3	2	1	31,28	6	0	9	0	1
111	100182	170696	0	99	1	33,3	8	1	8	0	100
112	101281	170696	0	99	0	26,98	8	1	8	0	100
113	100680	170696	0	99	1	29,68	8	0	8	0	1
114	100281	170696	0	99	0	26,92	8	1	8	0	100
115	100680	170696	0	99	0	27,58	8	0	8	0	100
116	101081	180696	0	99	0	23,13	8	0	8	0	100
117	101080	180696	0	99	0	30,2	8	0	8	0	100
118	101282	180696	0	99	0	18,4	8	1	8	0	100
119	100981	180696	0	99	0	35,97	8	1	8	0	100
120	100981	180696	0	99	0	23,33	8	1	8	0	100
121	100782	180696	0	99	0	21,85	8	1	8	0	100
122	101280	180696	0	99	0	25,22	8	1	8	0	1
123	100881	180696	0	99	0	40,8	8	0	8	0	100
124	100481	190696	0	99	1	26,8	8	0	8	0	100
125	101181	190696	0	99	0	37,15	8	1	8	0	1
126	100281	190696	0	99	0	22,47	8	0	8	0	1
127	100881	190696	0	99	0	26,58	8	0	8	0	1
128	100682	190696	0	99	1	24,55	8	0	8	0	100
129	101180	190696	0	99	0	38,12	8	0	8	0	100
130	100880	190696	0	99	1	30,75	8	1	8	0	100
131	100881	190696	0	99	1	28,52	8	1	8	0	100
132	100881	190696	0	99	0	25,93	8	1	8	0	100
133	100480	190696	0	99	0	29,02	8	1	8	0	10
134	100881	190696	0	99	1	21,88	8	0	8	0	1
135	100781	200696	0	99	0	27,17	8	0	8	0	100
136	100181	200696	0	99	0	23,27	8	0	8	0	1
137	101081	200696	0	99	0	26,57	8	0	8	0	100
138	100482	200696	0	99	1	34,73	8	1	8	0	100
139	100182	200696	0	99	0	23,72	8	0	8	0	100
140	100380	200696	0	99	0	26,65	8	0	8	0	10

VIII Anhang: A3 Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

141	101280	200696	0	99	0	26,38	8	0	8	0	100
142	100580	200696	0	99	0	22,35	8	0	8	0	100
143	100381	200696	0	99	0	23,4	8	0	8	0	100
144	101180	200696	0	99	0	23,97	8	0	8	0	1
145	100581	210696	0	99	0	38,45	8	0	8	0	10
146	101281	210696	0	99	0	32,12	8	0	8	0	100
147	100981	210696	0	99	0	32,88	8	0	8	0	1
148	100781	210696	0	99	0	30,48	8	1	8	0	100
149	100582	210696	0	99	0	28,92	8	0	8	0	100
150	100781	240696	0	99	0	26,17	8	0	8	0	100
151	100382	240696	0	99	0	28,93	8	1	8	0	100
152	100482	240696	0	99	0	27,05	8	0	8	0	10
153	100380	240696	0	99	0	26,93	8	0	8	0	100
154	100980	240696	0	99	1	26,05	8	1	8	0	1
155	101281	240696	0	99	0	26,47	8	0	8	0	100
156	100481	240696	0	99	1	29,15	8	1	8	0	100
157	101181	240696	0	99	0	20,3	8	1	8	0	100
158	101280	240696	0	99	0	23,88	8	0	8	0	1
159	100580	240696	0	99	0	25,7	8	1	8	0	100
160	100681	260696	0	99	0	27,28	8	1	8	0	100
161	100582	260696	0	99	0	24,97	8	1	8	0	1
162	100582	260696	0	99	0	23,13	8	1	8	0	1
163	100681	260696	0	99	0	30,72	8	1	8	0	10
164	100281	260696	0	99	0	20,72	8	0	8	0	100
165	100781	260696	0	99	0	22,95	8	1	8	0	100
166	100782	260696	0	99	0	24,18	8	0	8	0	1
			,	,	,	,	,	,	,	,	,

VIII Anhang: A3 Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

g3	g4
Gesundheit ist, wenn man sich wohl f□ hit .	Krankheit ist, wenn man sich schlecht f□ hit .
daá es einem gut geht, keine Schmerzen, gut drauf	Schmerzen, schlecht drauf, sich nicht wohl f□ hlen
keine Schmerzen, gutes Gef□ hl , gutes Aussehen (nicht blaá)	Kopfsxc hmerzen, Fieber, Erbrechen
wwohl befinden	das GGEGENTEIL VON gesundheit
sellisches Wohlbefinden	k"rberliches leidenwol
Gesundheit ist wenn man sich wohl f□ hit und keine Probleme hat	Wenn man sich nicht wohl f□ hit
Wie es einem geht.	Das es einem schlecht get.
ern,, hrung	fieber
daá es keine behinderten Kinder gibt	wenn man nicht laufen kann, im Rollstuhl sitzt, nix unternehmen
keine ansteckenden Krankheiten	ansteckende Krabnkeiten
wenn man keine Krankheiten hat	daá man sich nicht so gut f□ hit
keine Krankheit	Grippe
keinen Husten hat, laufen kann, fast alles machen kann	wenn man nicht laufen oder so gut reden kann, Husten oder so
daá man topfit ist, daá man sich gut f□ hit	wenn man nicht laufen kann oder Grippe
wenn es einem gut geht	wenn einem schlecht ist, wenn man Schmerzen hat
wenn man sich gesund ern,, hrt	Krebs, Aids
wen man sich wohl f□ hit	wen man im bett liegt und sich ganz unwohl f□ hit
nach denken	mmaan hat die krankheit durch ein unfall
wohlergehen	wenn man sich schlecht f□ hit
wohlbefinden	sich schlecht f□ hlen
wenns einem gut geht	wenns einem schlecht geht
ist f□ r mich ein Zeichen meines K"rpers , daá es mir gut geht oder	mit Fieber zeigt mein K"rper mir, daá sich Bakterien in meinem
eine Ordnung des menschlichen Lebens	Pest, Hepatitis, Erkaltung
wenn man sich gut fühlt	wenn man sich schlecht fühlt
wie man sich fühlt	wenn man was hat
sich wohl fühlen	wenn man sich mies fühlt
sich gut ernähren können, viel sport treiben	wenn man keine Vitamine hat
Wie es einen geht, ob schlecht oder gut.	Wenn es einen schlecht geht, wenn mann sich nicht wohl f□ hit .
wenn es einen gut geht	wenn es einem schlecht geht
Sporttreibt, Gesund f□ hlen , Gesundessen	Wenn man Raucht, und viel trinkt
wenn man sich gut f□ hit	wenn es jemanden sehr schlecht geht
wenn man keine krankheiten hat	husten schnupfen
keine sch,, dlichen Keime	Wenn man sch,, dliche Keime in seinem K"rper hat
nicht rauchen, keine Umweltverschmutzung	krank im Bett liegen, Husten, Grippe
keine kopfschmerzen, keine schwindelanf,, lle.	fieber erbrechen schlapp sein.
Leben	Allergie
gesund leben	schnupfen, husten, allergie
gesund leben	gripe
nur Gutes essen, Aspirin	wenn man niemals zum Arzt geht
sport treiben	kopfschmerzen
weiá ich nicht	wenn es einem schlcht geht
richtige Ern,, hrung, viel Sport	falsche Ern,, hrung, wenig Sport
sich gut f□ hlen	sich schlecht f□ len
Obst essen	Fieber oder Schnupfen
wenn man nicht krank ist	was schlimmes
wenn alles in Ordnung ist, wenn man keine Krankheiten hat	Erk,, ltung, von Geburt an etwas hat, Herzfehler
wenn man sich wohl f□ hit	wenn man sich schlecht f□ hit

VIII Anhang: A3 Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

wenn einer gesund ist	wenn einer richtig krank ist
wenn einem nichts fehlt	krank sein
daá man nicht krank ist	das Gegenteil von Gesundheit
Gegenteil von Krankheit	ist nicht was gesundes
wenn es einem gut geht	wenn man Fieber hat
daá man sich gesund f□hlt	daá man sich nicht so gut f□hlt
wenn man keine Krankheit hat	wenn einer nicht laufen kann, im Rollstuhl ist oder Bluter ist
wenn man nicht so schnell krank wird	Mumps oder so
wenn man viel turnt	wenn man faul umliegt
sich richtig ern., hren, daá man nicht krank wird	wenn man flach liegt und nicht drauáen rumtoben kann
wenn man gut iát, Z., hne putzen	Halsschmerzen, Bauchweh
ohne Schnupfen und so im Bett liegen	mit ner dicken Erk., ltung/ Krankheit im Bett liegt
wenn innerlich nichts b"ses/ krankmachendes ist	Mandelentz□ndung oder so
wenn man sich gut f□hlt	wenn man sich ganz schlecht f□hlt und keine Lust hat etwas zu
wenn alles in Ordnung ist	wenn man sich nicht wohl f□hlt
daá es einem gut geht	schlecht
dasá man auf ne normale Schule geht, wo man nicht ausgelacht	wenn einem alles wehtut
Ern., hrung, Bewegung	Husten, Schnupfen
wenn man gesund ist	wenn man krank ist
wenn es einem gut geht	man fñhlt sich immer gut
nicht krank zu sein	nicht gesund zu sein
wenn man sich gesund fñhlt	wenn man sich krank fñhlt
gesundleben, wenig kranksein	sich nicht wohl f□hlen unter Schmerzen leiden
f., lt nix ein	Grippe oder so
Wenn Du nicht Krank bist	Wenn Du im Bett liegst oder dir tut was weh
gegenteil von krankheit	gegenteil von gesundheit
Wenn ich keine Medikamente nehmen muá	Wenn ich Medikamente nehmen muá
Sich gut f□hlen	Sich schlecht und schwach f□hlen
Gesunde Ernahrung	Kreislaufst"rungen
sich richtig ern., hren, nicht krank sein.	Z.B. :Masern, Erk., ltung u. s. w.
Das man sich wohl f□hlt	Das man sich schlecht f□hlt
Man f□hlt sich toll.	Man f□hlt sich mies und schlapp.
gesund sein, nicht krank sein	Grippe, Fieber
wie man sich f□hlt	das f□hlt man, wenn es einem nicht gut geht
wenn man keine Beschwerden hat	wenn man sich schlapp und elend f□hlt
Wenn man sich gut f□hlt und weíá, daá man keine Beschwerden	wenn man auf einmal h"rt, daá man krank ist oder merkt, daá
Wenn man sich woll f□hlt	ein nicht angenehmes Gef□hl
wenn es einem gut geht	wenn es einem nicht so besonders geht
nicht krank sein	wenn man sich bettreif f□hlt, sich nicht gut f□hlt
wenn man gesund ist	wenn es einem ganz elend geht
keine ansteckenden Krankheiten	ansteckende Krankheiten
daáman sich selber gut f□hlt und nicht Kopfschmerzen oder so hat	wenn man sich ganz schlecht f□hlt und nichts machen kann
wenn man gesund ist, wenn man sich gut f□hlt	f□hlt man sich schlecht
wenn man gesund ist	Krankheit
kein rauchen	wenn man Fieber hat, erk., ltet ist und so
wenn man sich wohl f□hlt	es gibt zwei Arten: psychisch (Probleme mit sich selber),
wenn man kein Asthma oder besondere Krankheiten hat	Husten, Schnupfen, Grippe
joggen, frisches Obst, gesund leben	Schokolade essen, rauchen
fit sein	Masern, R"teln, Husten, Schnupfen

VIII Anhang: A3 Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

Das man sich gut fühlt	grippe + Nierenschmerzen
Das ein Mensch gesund ist.	Wenn ein Kerank ist
wenn man keine Kopfschmerzen oder so hat	wenn es mir schlecht geht oder ich schwach bin
Das mann sich gut f□ hit .	Wenn mann sich nicht so gut f□ hit
wenn man gesunde Sachen iát	wenn man Sachen iát, die nicht mehr gut sind
daá man gut iát, ganz vern□ nftig iát	wenn man sich total schlecht f□ hit
Daá man immer zur Schule gehen kann und Freunde hat, daá man	im Bett liegen, daá immer jemensd zum Helfen da ist
wenn man viel Obst iát und Gem□ se	wenn einem schlecht ist, wenn man sich nicht gut f□ hit
viel Sport machen	im Krankenhaus liegen, gebrochenes Bein
wenn man gesund ist	wenn man im Bett liegen muá und Fieber und Schnupfen hat
nix	schnupfen
nix	Kopfschmerzen
viel Sport, gute Ern., hrung	Grippe
wenn man sich fr" hlich f□ hit , wenn ich mit Freunden/ Geschwistem	Husten, Kopfweh
einfach super, nicht behindert sein, nicht krank sein, keine	krank geworden
wenn man froh ist	wenn man sich nicht gut f□ hit
nicht krank sein	daá man sich schlecht f□ hit , daá etwas im K" rper nicht normal
gesunde ern., hrung	sucht viruse misbrauch von alkohol
sich gut f□ hlen	kopfschmerzen
wenn man sich gut f□ hit	wenn man zu nichts lust hat
daá man nicht krank wird, keine Krankheit hat	wenn man etwas im K" rper hat, einen Virus
wenn man nicht krank ist	wenn man Schmerzen hat
Das man gesung bleibt	Wen mann sich ansteckt oder falsche ern., hrung
wenn man nicht krank ist	wenn man nicht gesund ist
wenn der K" rper rein ist, nur gesunde Sachen zu sich nimmt, kein	nicht gesunde Sachen zu sich nimmt, S□ áigkeiten , viel
wenn man nicht krank ist	wenn man sich krank f□ hit oder erk., ltet ist
wenn ich gesund bin, wenn es mir gut geht	Fieber, Schnupfen, Husten, wenn es einem nicht so gut geht
Fitness, gesund ern., hren	wenn amn sich nicht wohl f□ hit , □ belkeit , kopfschmerzen,
nicht Krank	wens einem nicht Gut geht
wenn man gesund ist	wenn man sich nicht wohl f□ hit
nicht krank sein, gl□ cklich sein	wenn man sich nicht wohl f□ hit , Windpocken etc.
wenn's einem gut geht	wenn's einem schlecht geht
daá man nicht krank ist	Fieber, Windpocken
gesund sein	wenn jemandem etwas fehlt
dann ist man nicht krank	wenn man Fieber hat, Husten
wenn man sich gut f□ hit	wenn man sich schlecht f□ hit , Schmerzen hat
wenn man nicht krank ist, wenn man sich gesund f□ hit	wenn man erk., ltet ist oder schlimmere Sachen
wenn man keine gesundheitlichen Probleme hat	wenn man jeden Tag ein Wehwehchen hat
daá man gesund ist und keine Schmerzen hat	Krankheiten hat, wie Grippe
sich gut f□ hlen	sich schlecht f□ hlen
hat was mit dem k" rper zu tun	Schnupfen, Husten usw.
wenn man nicht krank ist	nicht gesund, nicht krank im Kopf, sondern k" rperlich
weiá ich nicht	was ganz schlimmes
in Ordnung sein	krank sein

VIII Anhang: A3 Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

F <input type="checkbox"/> hit man sich viel besser	F <input type="checkbox"/> hit man sich voll mies
wenn's dem Körper gut geht	wenn der Körper Fehlproduktionen hat oder man
sich gut fühlen	sich schlecht fühlen, Brechreiz
was wichtiges	wenn man Gesundheit vernachlässigt
wie man sich fühlt	man wird befallen
körperlich, geistig, subjektiv gesund fühlen, gibt viele Arten von	körperlich, geistig, seelisch, denken, da man krank ist,
nicht krank sein	wenn man sich nicht gut fühlt oder wenn man irgendwelche
wenn man gesund ist	wenn man krank ist
sich gut fühlen, wohl fühlen	wenn's einem schlecht geht
da es einem gut geht	wenn's einem schlecht geht
gesundes Leben, gesunde Ernährung, gut fühlen	wenn's einem schlecht geht, wenn man Schmerzen hat
da man gesund ist und keine Beschwerden hat	wenn man nicht so gut drauf ist und auch so aussieht
keine Krankheiten	Erkrankung usw.
vor allem gesund bleiben und kein Aids kriegen	sich schlecht fühlen
wenn man sich topfit fühlt, keine Beschwerden hat, gute Laune	schlapp, wenn man Beschwerden hat, etwas weh tut, schlechte
sich wohl fühlen	wenn man sich mies oder schlecht fühlt
wenn der Mensch sich gut fühlt, gute Laune	wenn der Mensch Probleme hat, Schmerzen, Langeweile
nicht rauchen, Bewegung	wenn einem schlecht ist, Fieber
sich gut fühlen	sich schlecht fühlen
da man immer fröhlich ist	wenn man richtig schlecht aussieht, kreidebleich
gesund sein, sich richtig ernähren	wenn man Mangelerscheinungen hat
wenn es einem gut geht	Grippe
keine Krankheiten haben	wenn man sich schlecht fühlt
wenn man keine Schmerzen hat und wenn's einem gut geht	wenn man Schmerzen hat und wenn's einem nicht gut geht
glücklich sein	Scheißer
nicht krank sein, fröhlich sein, nichts haben	zu Hause im Bett liegen, was im Hals haben

VIII Anhang: A3 Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

g5	g6	g7
munter f□hle.	schlapp bin und z.B. Bauchschmerzen habe.	2
wenn mir etwas Spaß macht	psychisches krank bin , habe ich auch irgendwelche Schmerzen	2
keine Schmerzen habe	Schmerzen habe oder mir □bel ist	2
ohne PROBLEME LACHEN KANN	MICH SCHWACH UND ELEND F□HLE	2
trifft nicht zu	wenn ich mich sellisch nicht wohl f□hlen	2
gute laune habe	wenn ich schlecht drauf bin und ich schmerzen habr	2
keine Krankheit habe.	zu garnichts llust habe.	2
wenn ich zuhause bin	schlechte Noten schreibe	2
keine Behinderung h,,tte	krank bist/ bin#	2
keine ansteckende Krankheit habe	ansteckende Krankheiten habe	1
keine Krankheit habe	zuhause im Bett liegen muä	2
nicht krank bin	mich schlecht f□hle	2
gut drauf bin.	Kopfschmerzen habe oder mir schlecht ist.	2
mich gut f□hle.	mir etwas fehlt	2
gl□cklich bin.	Kopfschmerzen hab.	2
lustuig bin oder mich mehr bewege	mich schwach f□hle, auf manches keinen Bock habe oder krank werde	2
keine schmerzen habe	im bett liege	2
wider laufen kan	im rolli sitze	2
zufrieden bin	Schnupfen habe	2
gut drauf bin	mich schlecht f□hle	2
gut drauf bin	Schmerzebn habe	2
mich in emeinen M ⁿ glichkeiten frei bewegen kann	Halsschmerzen bekomme oder Kreislaufprobleme	2
reichlich Abwehrkräfte hätte	dicke Erkältung	2
gute Laune habe	schlecht drauf bin	2
rumfahr	schlapp bin	2
beei meinen Freunden bin	keine Freunde mehr habe	2
nicht krank sein	nicht zur Schule gehen kann	2
in einer anderen Schule bin.	Probleme habe.	2
gute laune habe	wenn mir eiskalt ist und ich schlapp bin	2
Sporttreibe, Gesundesse, viel Spazierengehen(Fahradfahren)	Wenn ich immer lange penne	2
immer	fieber habe	2
keine krankheiten habe	mindestens zwei krankheiten habe	2
gut drauf bin	keine lust auf alles habe	2
fr ⁿ hlich bin	hohes Fieber hab	2
nicht viel geraucht habe und wenn ich genug gegessen habe	extreme	1
Gesunt Weiter Leben kann	Wenn ich viel Fieber habe	2
sport treibe	mich nicht gut f□hle, Fieber hab	2
ausgeschlafen bin	kaput bin	2
Gutes esse.	einen Kater hab.	2
mit dem neuen Schrittmacher	kopfschmerzen habe	2
gut drauf bin	wnenn es mir schlecht geht	2
viel Sport treibe und die richtige Ern,,hrung zu mir nehme.	Fieber habe und starken Husten und starke Halsschmerzen.	2
spiele.	breche.	2
Ich f□hle mich eigentlich immer gesund.	Fieber habe.	2
nicht geh,,nsetl werde und ich mir vern□nftig vorkomme.	Schnupfen habe	1
gesund bin	ne Erk,,ltung hab oder so irgendwie krank bin	2
alles machen kann, was ich will.	mir alles wehtut	2

VIII Anhang: A3 Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

wenn ich Musik hören kann	Fieber habe	1
gut drauf sein	krank bin	2
mich freuen	wenn mir etwas ist	1
bin immer gesund	krank bin	1
weiß nicht	Kopfschmerzen habe	2
es mir gut geht	es mir nicht so gut geht	2
keinen dicken Fuß oder Arm habe	es mir schlecht geht	2
kein Mumps habe	krank bin, hohes Fieber habe	2
aus der Badewanne kommen	wenn ich geirritet werde	2
jeden Tag zur Schule kann und ins Freibad kann	brechen und Fieber hab	2
mir nichts wehtut	müde und schwach bin	2
nichts habe	mit sehr viel Krankheiten im Bett liege, fürchte mich kalt ,	1
es mir einfach gut geht	Kopfschmerzen hab und es mir innerlich nicht gut geht	2
gut drauf bin	keine Lust zum Spielen habe	2
gute Laune habe	irgendwelche Symptome habe oder mich nicht so	1
im Bett bin.	im Bett bin	2
Radio hören darf.	krank bin	2
Fußball spielen	einen Husten habe.	2
nicht zur Schule muß	im Bett liege	2
ich nicht allergisch hab	nicht allergisch hab	2
nicht krank bin	nicht gesund bin	2
gut drauf bin	Schmerzen hab	2
nicht an Krankheiten denke	es mir ganz schlecht geht	2
nicht krank bin	Scharlach habe	2
Glücklich bin	Wenn ich Fieber oder Halsschmerzen habe	2
keine Beschwerden habe	Schmerzen habe	2
mich wohl fühlen	Mich nicht wohlfühlen	2
Sport getrieben habe	mir fällt nichts ein	2
meistens Sport treibe	mich ungesund ernähren, hungern	2
Idealgewicht habe, und gut aussehe	Schmerzen oder eine Krankheit habe.	2
glücklich bin	Im Bett liege	2
gute Laune habe.	mir schlecht ist.	2
gut gelaunt bin, gut schlafen kann.	mir schlecht ist, wenn ich brechen muß	2
alles so ist, wie ich mir das vorgestellt habe	es mir richtig scheitert geht	2
mich fit fühlen	schlapp und elend fühlen	2
keine Probleme und keine Beschwerden hab.	Schweißausbrüche kriegen, keine Magenverstimmung habe	2
es mir gut geht	wenn mir mies geht	2
gutes Wetter ist, keine Probleme sind	mich schlecht fühlen, wenn viel Ärger ist	1
nicht krank bin.	erkrankt bin.	2
zu Hause bin	im Krankenhaus bin	2
nicht krank bin	nicht gesund bin	2
mit meinen Freunden zusammen bin	ganz alleine bin	2
gesund bin	im Krankenhaus liege	2
gut drauf bin	Kopfschmerzen habe	2
lustig bin	Schnupfen und Fieber hab	2
mich gut fühlen	Schmerzen habe, innerlich oder äußerlich	2
fröhlich bin oder gut drauf bin	müde bin und zu Hause bleiben muß	2
schwimme, Obst esse	den Geruch beim Zahnarzt rieche	1
viel Sport treibe	Masern habe	2

VIII Anhang: A3 Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

wenn ich gute Laune habe	schlechte Laune habe	2
Sport machee	Wenn ichzum garnichz lust habe	2
gute Laune habe	schlechte Laune habe	2
drauáen binn	schlap bin	2
mich gesund ern., hr	faule Sachen esse, was auf den Magen schl., gt	2
alle um mich herum lieb sind	es mir schlecht geht	2
drauáen sein kann, mit ,meinen Freundinnen und Gweschwistern	im Bett liegen muá und zum Arzt gehen muá und meine	2
unter Kindern bin, zu hause bin, mit meinen Freundinnen	Fieber habe	2
schwimmen gehe	im Bett liege und eine Mandelentz□ndung habe	2
gut drauf bin	krank bin	2
nicht zur Schule muá	morgens, wenn ich Kopfschmerzen	1
nur im Bett liege.	drauáen bin.	2
keinen Žrger hab	Žrger mit meiner Freundin hab. krank im Bett liege	2
mich freue.	Kopfschmerzen habe.	1
so bin wie ich bin.	so weiter lebe.	2
beim Arzt war.	Schmerzen habe.	2
mich gut ern., hre	Kopfschmerzen habe.	2
gl□cklich bin	im bett liege	2
gute Laune habe und alles gut geht	Bauchschmerzen und Kopfschmerzen habe und alles	2
gut drauf bin	zu nichts lust habe	2
drauáen 'rumrenne, -turne	Grippe habe.	2
trocken bin	Schnupfen hab.	2
fit und K"rperlich gesund bleibe	mich gestegt habe oder erk., ltet habe	2
gl□cklich bin	mich schlecht f□hle	2
das machen kann, was ich machen m"chte, Freiraum hab	nicht so viel geschlafen hab	2
keine Kopfschmerzen hab	Fieber hab	2
mich wohl f□hle	schlapp bin	2
tanze	es mir schlecht geht	2
gut drauf bin	zuhause im bett liege und mich krank f□hle	2
mich wohl f□hle	mich nicht wohl f□hle.	2
Spaá habe.	Kopfschmerzen habe, Brechreiz habe	2
fr" hlich bin	nicht weiá, was ich machen soll, wenn mir nach nichts ist.	2
mich nicht schwach f□hle	mich schlecht f□hle	2
sport mache	mich langweile	1
gesund bin	krank bin.	2
fr" hlich bin.	Schnupfen oder Kopfschmerzen habe.	2
nicht krank bin	Kopfschmerzen oder Fieber habe	2
die Versicherung h., tte, daá ich gesund w., re.	eine Erk., ltung bekomme oder irgendwas anderes	2
vom Arzt eine Bescheinigung kriege, daá ich keine Krankheiten	vom Arzt erfahre, daá ich krank bin.	2
sport mache	Fieber habe	2
wenn ich gut drauf bin	schlecht drauf bin	2
in der Natur bin, frei bin.	krank bin.	2
gesund bin	Schmerzen habe	2
drauáen bin, Fuáball spiel oder Hobbies mache	Kopfschmerzen habe	2

VIII Anhang: A3 Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

nicht krank bin	nicht gesund bin	2
munter und zufrieden bin	niedergeschlagen bin oder Schmerzen hab	2
mich gut f□hle	brechen muá	2
gut drauf bin.	mich sehr schlecht oder ziemlich schlecht f□hle	2
fröhlich bin	mich schlecht f□hle	2
in meinem Bett liege und schlafe	gar nichts tue, nur dumm rumsitze, kein Ziel	2
mich gut f□hle und wenn mein Körper gesund aussieht	sehr schlapp und schlecht drauf bin oder wenn ich irgendwelche	2
mich gut f□hle	mich schlecht f□hle	2
mich gut f□hle	mich schlecht f□hle	2
viel Sport treiben kann	mit ner Grippe im Bett liege	2
mit meinen Freunden zusammen bin	irgendwelche Schmerzen hab	2
keine Beschwerden hab	es mir schlecht geht, Beschwerden hab	2
keine Krankheiten habe	k.o. bin	2
glücklich bin	Schmerzen hab	2
keine Kopfschmerzen hab und keinen Stress	krank bin	2
mich gut f□hle	mies drauf bin	2
Spaá am Leben hab	Probleme mit meinem Körper hab	2
ausgeschlafen hab	mir so schlecht ist, daá ich kaum noch gehen kann	2
mich gut f□hle und nicht schlecht	mich schlecht f□hle.	2
ein gutes Zeugnis habe	keine Freunde habe	2
fit bin	schlapp bin	2
gute Laune hab	wenn es mir schlecht geht	2
glücklich bin	müde bin	2
gut drauf bin	mir schlecht ist oder ich mich schlapp f□hle	1
kein Asthma haben	eine Erkrankung habe (Auswirkungen auf Asthma)	2
draußen Fußball spielen	zu Hause im Bett liege und nicht aufstehen kann	1

VIII Anhang: A3 Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

g8	g9	g10	g11	g12	g13	g14	g15
100010	5	6	2	sport treiben	99	22222	0
110	6	6	2	mich ablenken, mit Freunden ausgehen, Vitamine, Musik hören	99	32225	0
10100	6	4	2	radfahren, rausgehen, schlafen	99	55551	0
100010	4	5	2	NEHME EINIGE MEDIKAMENTE	99	22321	0
100001	4	5	2	Fasten Feng shui	99	41552	0
110	4	6	2	ich vermeide keine schmerzen Wetter entsprechende kleidung	99	33323	0
100001	6	4	2	ich fahre viel Fahrrad.	99	32310	0
11000	6	3	2	Tischtennis spielen	99	52222	0
101	5	4	2	sport treiben, Fahrrad fahren, joggen	99	22322	0
99	99	99	99	99	110	33322	0
100010	4	5	2	Sport treiben	99	33232	0
101	1	6	2	nix	99	23222	0
11000	6	5	2	schwimmen, fahrradfahren, tischtennis, computerspielen, lesen, c-	99	32110	0
10010	6	5	2	gesunde Dinge essen und viel Obst	99	22333	0
1001	6	6	2	Krankengymnastik, frische Luft schnappen (in Wald gehen)	99	31310	0
101000	6	3	2	viel laufen	99	22210	1
110000	3	6	1	99	99	23320	0
100001	6	3	2	kag	99	13114	0
1001	5	4	2	nichts konkretes	99	21122	0
10010	4	6	2	basketball	99	23221	0
1001	5	6	2	sport treiben	99	44331	0
1001	6	6	2	Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie	99	55222	0
100100	2	5	1	99	99	43243	1
100010	6	5	2	Sport	99	22232	0
110	3	6	1	99	99	32224	0
101000	5	5	2	Stadtbummel, Fahrradfahren	99	54321	0
100010	4	6	2	kalt abduschen	99	22222	0
101000	6	6	2	Arzt	99	32344	0
100010	5	5	1	99	99	22221	0
1001	3	6	2	Gehe zu Sportverein(Bodybuilding, Taekwondo)	99	24221	0
101000	3	6	1	99	99	22222	1
11	5	6	1	99	99	52222	0
1100	5	6	2	Ich bewege mich sehr viel	99	52211	0
101	2	4	2	tek won du	99	32222	0
99	99	99	99	99	10100	31315	0
11	6	5	2	Fahrrad	99	22212	0
100010	6	6	2	Turnen (KG)	99	22222	0
1010	6	6	2	sport	99	32223	0
100100	3	6	1	99	99	23211	0
11000	6	1	2	an die frische Luft gehen	99	25222	0
11000	6	6	2	schwim gehen	99	55532	0
110000	5	4	2	Rollerblades fahren	99	23334	0
100001	4	6	2	Ich höre ab und zu auch mal Musik	99	22210	0
110000	4	3	1	99	99	33222	0
99	99	99	99	99	110000	33342	0
100010	6	5	2	mit Freunden weggehen, Gitarre spielen, Musik hören	99	53222	0
10010	4	4	1	viel Sport treiben	99	11110	0

VIII Anhang: A3 Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)

99	99	99	99	99	100010	32221	0
100010	5	4	1	99	99	22234	0
99	99	99	99	99	100100	22213	0
99	99	99	99	99	1100	33210	0
110	4	3	1	99	99	32322	0
110	6	3	1	99	99	33250	0
100100	6	3	1	99	99	33323	0
100100	5	4	2	99	99	43222	0
100001	4	6	2	tuernen schwimmen fahradfahren	99	34222	0
100010	2	3	1	schwimmen gehen, Fuáball spielen	99	33422	1
110	3	6	2	99	99	34110	0
99	99	99	99	Tischtennis spielen, Fahrradfahren	110000	11110	0
100010	3	6	2	99	99	53110	0
110000	6	5	1	bin immer gut drauf, finde alles gut	99	31110	0
99	99	99	99	99	1100	52120	0
100010	4	5	1	99	99	33440	0
10001	6	5	2	99	99	33220	0
100001	4	3	1	Sport treiben, schwimmen	99	51322	0
1100	4	5	2	99	99	33433	0
101000	6	6	1	medikamenten nemmen	99	22220	1
100010	5	4	1	99	99	55230	0
10001	6	6	2	99	99	24110	0
100100	4	4	1	nix	99	22430	0
11000	6	6	2	99	99	32531	0
100100	3	3	1	Sport	99	53222	0
100001	4	4	2	99	99	15233	0
100010	1	4	2	viel an der frischen Luft	99	43222	0
100010	3	4	2	Rad fahren, schwimmen	99	32220	0
100010	6	5	2	viel Sport treiben	99	22223	1
100010	3	4	2	schwimmen, Rad fahren, spazieren, Kanu fahren.	99	32223	0
11000	6	5	2	Ich unternehme viel mit Freunden	99	54321	0
11000	6	6	2	Ich fahre Fahrrad.	99	32224	0
10010	6	5	2	krankengymnastik	99	53221	1
100100	5	4	2	computer, lesen, fernsehen, viel mit Freunden unternehmen	99	22223	0
100100	6	4	2	viel sport treiben, Judo, Krankengymnastik	99	22222	0
100010	3	5	2	keine Krankheiten einbilden	99	34321	0
100010	4	5	2	schwimmen, angeln, rotes keutz,	99	15532	0
99	99	99	99	Sport treiben: Tischtennis, Fuáball	1100	54322	0
10001	3	5	2	99	99	32322	1
110	6	6	2	Pferde pflegen	99	34231	0
1100	6	4	2	viel Training, laufen, tanzen	99	43520	0
100100	5	4	1	Sport: Taek Won Do, Fuáball	99	42224	0
100010	5	4	2	99	99	43311	0
11000	5	6	2	Fernsehen	99	43212	0
100100	5	5	2	spielen, im Bett liegen	99	54421	0
110	3	5	2	reden, Sachen, die mich bedröcken, laá ich dann raus	99	22310	0
11	6	5	2	Obst essen, Fuáball	99	22343	0
99	99	99	99	schwimmen, Fuáballspielen, Basketball	100100	22222	0
100010	3	6	1	99	99	34133	0

VIII Anhang:

11	3	5	2	99	99	11520	0
110	1	2	1	Ich mache sehr viel Sport	99	43210	1
100100	4	4	1	99	99	22222	0
101000	5	6	2	99	99	22212	0
110000	3	6	2	schwimmen	99	53110	0
11	6	5	2	sport, schwimmen, gesund essen	99	11111	0
1010	4	2	2	Musik h" ren	99	42220	0
110000	6	6	2	Obst essen	99	24231	0
110000	1	6	2	faulenzten	99	32123	0
100001	2	6	1	Fahrrad fahren, Fuáball	99	22223	1
99	99	99	99	99	110000	55221	0
101000	6	5	2	99	99	23142	0
1100	4	3	2	Sport treiben: Fuáball, Judo	99	22125	0
99	99	99	99	sport machen	1100	43422	0
100100	5	2	2	99	99	22223	0
100010	4	6	1	trainieren	99	11244	0
101000	5	5	2	sport treiben	99	12431	0
100010	4	5	2	99	99	22222	0
100010	4	4	1	fuáballspielen	99	43232	0
100100	4	6	1	viel Sport	99	41143	0
100100	5	4	2	99	99	22222	0
100010	6	5	2	99	99	23220	0
101000	6	6	2	Sport,Luft schnappen	99	22223	0
100100	5	3	2	viel rausgehen, Rollerblade fahren, gesundes essen	99	32122	0
100010	5	5	2	hobbies: reiten, Aerobic, mit Freunden 'rausgehen, Freibad	99	33320	0
100001	6	5	2	Sport	99	32311	0
1010	6	6	2	Sport	99	33222	0
100010	4	6	1	Kalcium- und Magnesiumtabletten, laufen	99	32234	0
101000	5	4	2	ich versuche Gesund zu bleiben	99	22223	0
1010	4	6	2	99	99	42344	0
100010	4	6	2	rausgehen	99	22332	0
100100	4	4	1	nichts ungesundes essen	99	34320	0
101000	5	6	2	Sport treiben	99	22421	0
99	99	99	99	99	100010	23232	1
100100	4	2	1	99	99	24332	1
100010	4	5	2	99	99	22223	0
100001	6	5	2	Ich gehe regelm., áig zum Arzt	99	45433	0
1010	4	5	2	Sport treiben, Obst, Gem□se	99	33222	0
10010	5	5	2	Joggen, Fuáball spielen	99	21122	0
110	3	5	2	sport,ern,, hrung	99	13224	0
110000	5	5	2	Sport treiben	99	11111	0
100010	3	4	1	gesunde Ern,, hrung	99	43322	0
100010	5	6	1	99	99	33333	0
100010	3	5	2	99	99	43221	0

VIII Anhang:

100100	4	4	2	dick anziehen (bei kaltem Wetter)	99	32132	0
100100	5	4	2	Sport treiben, viel an der frischen Luft sein, Sonnenbad, früh ins Bett	99	54211	0
100010	6	5	2	sport treiben	99	23223	0
100010	4	5	1	Hobbies, Freizeitbeschäftigung, Skateboard	99	33222	0
10010	6	5	2	99	99	32213	0
100100	6	3	2	SPORT	99	33111	0
11000	6	6	1	ich lege mich zur ruhe	99	11123	0
101000	5	5	2	99	99	44222	0
1010	6	6	1	Hobys	99	22242	0
101000	4	6	2	99	99	24213	0
100010	6	6	2	sportarten: schwimmen	99	32322	0
1010	5	5	1	Sport, mit Freunden rausgehen	99	23224	0
110	5	6	2	99	99	32152	0
110	4	6	1	Sport treiben, gesund essen	99	31234	1
10100	4	3	1	99	99	42243	0
110	4	5	1	99	99	21233	1
100010	3	6	1	99	99	42332	0
1010	5	4	2	99	99	22521	0
100001	5	6	1	99	99	42222	1
1001	6	5	2	Sport treiben, spazieren gehen	99	11241	0
101000	4	6	2	rausgehen	99	22421	0
101000	3	6	2	arbeiten gehen	99	22222	0
100100	4	5	2	an die frische Luft gehen	99	32434	0
99	99	99	99	99	100100	43234	0
110	6	6	2	übungen für die Bronchien	99	24433	0
99	99	99	99	99	10100	23220	0
,	,	,	,		,	,	,

VIII Anhang:

g16	g17	g18	g19	g20	g21	g22	g23	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10	L11	L12	L13	L14
99	99	99	2140300	6	4	1	1	4	5	5	5	5	6	6	6	5	6	4	3	5	6
1	2	6	3410200	2	4	100	1	4	6	1	6	3	6	6	1	6	6	6	4	6	4
1	1	5	2100304	5	2	1	1	1	6	6	4	5	5	6	4	6	4	6	1	6	1
99	99	99	1300420	6	1	100	1	5	5	3	5	5	5	4	6	2	5	3	4	4	5
99	99	99	2130400	3	3	100	100	6	1	1	1	3	1	1	2	6	1	3	1	1	1
1	6	1	3210400	4	3	100	1	5	5	2	4	4	5	5	5	5	5	3	4	2	4
99	99	99	3140200	6	3	1	1	4	4	2	4	3	5	2	4	3	5	3	1	2	5
99	99	99	3014200	5	1	10	100	4	6	5	5	1	4	4	5	6	6	3	5	1	6
99	99	99	2130040	5	3	1	1	5	6	5	6	5	5	5	5	5	6	6	6	5	6
99	99	99	2430100	5	3	1	1	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4
99	99	99	3100240	6	4	1	1	4	3	5	4	5	4	4	4	4	3	4	2	2	4
99	99	99	3420100	5	2	100	1	4	5	5	6	4	4	2	3	5	6	4	2	5	5
99	99	99	4100203	6	1	1	100	4	5	6	6	5	6	4	5	6	6	5	4	5	5
99	99	99	2340100	5	2	100	1	4	1	5	5	1	5	4	6	4	1	4	1	4	3
99	99	99	2300014	5	2	10	1	1	1	6	6	6	6	1	3	1	1	4	3	2	6
100	6	4	130042	6	3	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10000	0	0	4300210	6	4	1	1	5	6	5	5	1	5	3	5	4	5	5	2	5	4
99	99	99	103204	2	3	10	1	4	6	6	4	6	4	6	6	6	6	6	4	6	6
99	99	99	4100203	4	3	10	1	3	4	1	4	5	4	4	6	3	3	3	2	6	1
99	99	99	14032	6	1	100	1	5	5	2	5	5	6	6	5	2	5	2	5	6	6
99	99	99	2100304	3	1	1	100	2	2	4	6	3	6	4	5	5	4	5	2	4	5
99	99	99	2300104	6	3	10	1	5	5	1	4	6	6	6	6	6	6	2	6	1	6
100	6	1	2014300	1	4	10	1	1	5	1	4	2	4	1	1	4	4	3	5	4	3
99	99	99	1230400	6	3	100	1	4	3	3	4	3	5	3	5	3	4	3	1	2	3
99	99	99	2103004	4	4	1	1	1	5	4	2	1	4	5	4	6	5	5	5	4	2
99	99	99	1300204	5	3	1	100	5	3	2	5	4	4	3	6	4	3	5	2	3	5
1	4	5	3140200	5	3	100	10	3	2	5	5	3	2	5	5	4	2	6	2	5	5
100	3	3	2030104	2	4	100	1	5	4	2	3	2	4	5	4	1	4	4	4	3	4
1000	1	6	2104300	5	4	1	1	4	5	1	1	4	5	5	3	4	5	5	2	2	2
99	99	99	312004	5	2	100	10	2	4	3	4	1	3	5	6	6	6	5	4	6	4
1	4	5	2130400	5	4	1	1	4	6	6	4	6	6	6	6	5	6	6	6	5	5
99	99	99	324100	6	4	100	100	6	6	1	6	6	6	6	1	6	6	6	6	6	6
99	99	99	2140300	4	4	1	100	3	6	2	1	6	4	1	5	3	6	1	6	1	1
99	99	99	3240100	5	4	1	10	4	6	4	4	3	6	5	6	5	6	6	5	6	6
99	99	99	3002401	2	1	100	1	6	4	5	1	1	4	1	1	6	4	1	1	6	1
99	99	99	3214000	6	4	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
99	99	99	2400103	6	4	1	1	1	6	4	1	4	5	6	1	6	6	1	1	3	4
99	99	99	130204	6	2	1	100	3	6	6	6	4	6	5	4	5	6	4	5	4	4
99	99	99	1004203	6	2	1	10	1	6	6	6	4	6	5	6	6	6	5	6	1	6
99	99	99	2004103	6	4	100	100	6	4	5	6	5	6	5	4	4	6	6	5	4	5
99	99	99	1030204	6	4	1	1	1	2	4	1	4	1	4	3	4	1	4	2	2	2
10	1	6	130420	6	3	1	1	1	1	1	6	1	1	5	6	4	1	1	1	6	6
99	99	99	3120400	6	4	1	1	5	6	5	5	5	6	5	6	5	6	1	5	5	6
100	3	5	3100240	5	4	100	100	4	2	4	1	1	1	3	5	3	3	2	1	4	2
10	1	5	3200104	5	3	1	1	5	5	3	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1
100	2	5	2103400	5	4	1	1	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4
100	1	6	3214	6	2	1	100	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6

VIII Anhang:

99	99	99	4023100	5	2	1	100	6	4	3	5	3	5	6	1	6	6	5	1	2	6
1	4	3	2130400	2	4	1	1	1	4	3	2	1	4	5	1	5	5	3	2	2	3
99	99	99	3204100	6	4	100	1	6	4	4	6	6	6	5	6	6	6	4	5	6	6
99	99	99	130240	6	4	1	1	4	6	4	6	3	6	5	6	5	6	6	4	5	6
99	99	99	4130200	5	1	100	1	5	5	1	6	6	5	5	6	6	6	5	6	6	6
99	99	99	2100403	3	2	10	100	4	6	5	6	6	1	6	6	1	6	2	1	6	5
99	99	99	3100402	4	2	100	100	3	4	4	6	2	6	4	6	2	4	4	2	5	6
100	4	2	2100043	4	4	100	10	5	5	2	4	2	5	3	3	5	5	3	3	1	5
1	1	6	1240300	6	4	1	1	2	4	4	6	5	5	5	6	5	5	4	4	4	6
10000	0	0	3210004	4	2	100	1	4	4	4	5	4	5	4	4	4	5	4	4	4	3
99	99	99	4312000	6	2	10	10	6	5	5	6	4	4	3	1	4	6	6	5	5	6
1	1	6	431020	6	1	1	1	6	1	6	6	6	5	6	6	5	6	6	6	5	6
99	99	99	4120300	5	1	100	1	4	6	4	6	6	4	5	6	1	6	6	5	5	6
10000	0	0	2130400	6	4	1	1	2	5	4	4	4	4	4	4	3	5	5	2	2	3
99	99	99	3020104	6	4	100	10	6	6	1	4	3	5	3	6	6	3	6	1	3	6
99	99	99	2003140	4	3	100	1	2	4	2	2	3	2	1	4	2	1	4	1	2	4
99	99	99	312004	5	2	100	10	1	3	2	6	5	6	5	6	3	6	5	1	6	6
99	99	99	423100	4	2	1	10	2	4	6	2	6	1	6	3	4	6	3	6	4	3
99	99	99	2104300	3	4	1	1	4	2	5	4	4	3	4	5	5	3	4	4	5	5
1	2	6	203410	6	3	1	1	1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
99	99	99	120430	5	1	1	100	4	3	1	3	2	4	4	4	4	5	3	2	3	2
10	3	2	134200	5	2	100	10	5	6	3	5	6	4	5	6	6	3	5	2	4	5
99	99	99	3104200	5	3	1	1	4	5	3	4	4	4	4	4	3	5	5	3	4	4
10	5	1	1400302	5	1	10	100	1	2	1	4	1	1	6	4	5	2	5	1	4	1
99	99	99	321400	4	2	100	10	4	5	5	4	4	4	5	4	4	5	4	2	3	4
99	99	99	3214000	3	3	100	1	5	4	3	5	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4
99	99	99	3240100	5	3	100	1	1	6	1	1	4	6	1	2	5	6	1	1	1	6
99	99	99	1030240	4	3	100	1	5	4	2	5	5	4	4	5	4	5	6	5	1	6
1000	4	5	104023	4	3	1	1	4	4	5	4	4	4	4	5	3	4	4	5	4	4
99	99	99	1340200	5	4	1	1	4	4	3	2	3	4	4	2	3	4	2	3	2	2
99	99	99	3140002	6	2	1	1	4	3	2	1	4	5	4	4	4	3	3	2	3	2
99	99	99	3100402	3	2	100	1	4	4	3	5	3	5	5	5	2	5	3	5	2	5
100	5	3	2100403	6	1	1	1	4	1	3	2	1	4	6	2	2	5	4	2	6	2
1	3	3	3120400	4	3	1	1	3	4	5	4	5	5	5	4	4	5	3	4	2	4
100	2	3	1200403	5	2	1	1	1	5	2	6	4	6	4	5	5	6	4	6	6	6
99	99	99	340201	5	4	1	1	3	4	1	3	4	5	3	4	3	4	3	3	4	4
99	99	99	1234000	3	1	1	1	4	4	2	4	3	4	4	4	4	2	3	4	3	4
99	99	99	4120300	5	3	100	1	4	6	5	2	3	4	4	4	3	5	5	5	3	3
100	4	4	3420100	5	1	1	1	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3
100	4	5	100423	6	1	1	1	2	6	6	5	2	5	5	5	5	6	5	5	2	6
100	1	5	1230004	4	2	1	10	3	4	3	5	4	6	5	4	3	5	5	5	3	5
1	4	2	2300104	5	2	1	1	2	5	4	2	3	5	5	5	4	6	5	5	4	5
99	99	99	2400130	5	2	100	1	5	6	4	4	5	2	4	6	4	1	5	1	5	3
99	99	99	1240003	4	2	1	10	1	3	3	6	4	6	1	6	3	4	4	6	5	3
99	99	99	3210400	4	1	1	1	4	3	6	4	4	4	4	4	4	3	1	5	4	6
99	99	99	4120300	4	1	100	1	3	6	3	3	4	5	5	4	2	2	5	1	6	1
99	99	99	340120	5	2	100	1	4	6	4	4	4	3	4	5	4	6	4	5	3	4
10	1	6	3100420	6	1	10	1	1	2	2	4	6	6	6	6	4	2	5	4	4	3
99	99	99	1340200	5	3	1	100	5	6	5	5	5	5	5	5	4	3	3	5	3	2

VIII Anhang:

99	99	99	130240	6	2	1	1	2	2	5	6	6	1	1	1	6	1	6	1	5	1
10000	0	0	2140300	6	3	10	1	5	4	3	6	2	5	3	6	4	5	6	5	6	5
99	99	99	4130200	6	4	1	1	4	6	4	6	3	6	5	5	4	5	5	5	5	6
99	99	99	2304100	6	4	1	10	3	3	4	5	6	5	5	5	5	3	5	3	5	5
10000	0	0	2400130	6	1	10	100	4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
1	3	6	2300104	6	3	100	1	5	6	5	6	3	5	3	6	6	6	5	5	5	6
1	1	6	340120	5	4	1	1	2	5	3	6	2	5	5	3	2	4	5	2	5	2
1	5	1	2403100	6	1	100	100	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	4	6
99	99	99	2304100	6	2	100	10	6	5	5	6	5	5	5	6	5	2	5	2	5	2
10	5	3	412003	5	4	100	100	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
99	99	99	4003210	2	2	1	10	1	6	5	6	4	6	2	4	3	2	5	4	2	4
99	99	99	1040203	6	2	1	1	4	4	5	6	4	6	4	5	5	5	6	6	5	5
99	99	99	1240300	6	2	100	100	6	1	4	3	5	4	4	6	1	1	6	4	6	4
99	99	99	2104300	2	4	1	1	1	3	2	4	1	5	3	6	3	1	4	5	1	1
100	3	3	3142000	4	1	1	1	3	3	3	4	3	5	3	3	4	1	4	3	3	4
10	4	2	1230400	3	1	10	100	5	5	2	4	3	4	3	5	5	3	2	2	3	4
99	99	99	3210400	5	3	1	100	4	3	4	5	4	5	4	5	2	2	4	5	3	5
1000	1	5	1240300	5	4	100	1	3	4	4	5	3	5	5	4	3	3	4	4	3	4
99	99	99	123004	6	3	1	1	4	6	4	4	3	4	6	3	3	5	5	4	4	3
99	99	99	432100	4	1	1	1	4	4	4	3	5	5	5	4	1	4	1	4	3	4
99	99	99	3100402	6	1	1	1	6	5	5	4	6	6	4	6	3	5	4	5	4	5
10000	0	0	3240100	5	1	100	1	4	4	3	4	4	3	3	4	3	4	3	3	3	4
10	1	6	1200304	5	2	100	1	3	5	2	1	4	6	5	2	2	5	5	2	2	5
10	3	4	2340100	6	4	100	1	4	5	1	1	2	5	1	5	2	6	5	4	1	5
10000	0	0	2104300	5	2	100	1	4	4	3	4	4	5	4	4	3	4	4	3	3	5
100	1	6	3020104	5	1	1	1	4	2	2	5	2	5	2	4	2	4	4	2	3	4
99	99	99	2300104	5	4	1	1	4	2	2	3	3	4	4	4	4	3	4	1	3	1
99	99	99	2140300	5	1	1	1	4	3	4	5	5	3	4	5	3	3	4	4	5	5
1	2	5	1300204	4	4	1	1	4	1	2	2	3	3	2	4	2	2	2	2	2	2
99	99	99	1320400	3	1	1	1	5	4	3	4	5	4	5	5	4	4	4	3	2	4
99	99	99	1400230	5	2	1	1	3	5	4	5	3	4	5	4	3	3	4	5	3	4
99	99	99	3240100	5	4	100	1	4	5	4	4	5	5	3	6	3	4	4	4	3	4
99	99	99	1304002	5	3	1	1	5	4	3	3	5	5	6	4	5	3	3	3	1	3
10	5	2	2140300	6	1	1	1	1	4	1	1	1	4	4	2	2	2	2	1	1	3
1	4	1	143200	4	3	1	10	4	3	2	3	2	5	4	2	2	2	2	2	3	4
10	4	5	1200304	6	4	1	1	4	5	3	2	5	4	3	5	2	5	4	2	1	4
10	5	3	4120003	3	2	1	1	1	5	4	3	3	4	4	3	5	5	4	2	3	3
99	99	99	2340100	5	2	1	1	5	6	3	5	5	4	6	5	6	6	6	5	4	5
99	99	99	3200104	5	4	100	100	4	5	4	6	5	3	5	4	1	3	2	3	2	5
99	99	99	2300104	5	2	1	1	3	6	1	4	4	4	4	4	3	5	4	2	3	3
99	99	99	3100240	6	1	1	1	4	5	4	4	4	5	4	4	3	3	1	3	3	4
100	5	2	3204100	4	4	1	1	3	3	4	3	3	3	5	4	3	2	4	3	3	2
99	99	99	3240100	5	1	1	1	4	5	5	5	4	5	4	5	4	4	4	3	3	5
99	99	99	1200403	4	2	1	1	4	5	5	4	5	5	4	6	6	3	4	1	4	4

VIII Anhang:

99	99	99	2030104	5	4	1	1	4	6	1	4	4	5	5	2	5	6	5	1	1	6
99	99	99	2430100	4	2	100	1	5	6	2	6	6	6	4	6	2	6	5	2	2	6
99	99	99	1300204	5	3	10	1	6	6	1	4	5	4	1	5	1	4	4	3	1	4
99	99	99	2304100	5	1	1	1	3	2	3	2	2	5	4	4	3	5	4	3	3	5
99	99	99	1200403	5	4	1	1	4	2	6	4	6	1	1	6	1	3	6	1	1	6
99	99	99	1000243	5	2	1	1	3	6	1	1	1	6	6	1	6	6	1	6	1	6
99	99	99	2340100	3	1	100	1	6	4	5	4	2	3	1	6	1	3	3	2	3	5
100	4	5	1230400	5	1	10	1	2	5	3	2	3	4	2	4	2	4	2	2	2	4
99	99	99	3240100	5	3	1	1	2	5	5	4	3	5	3	4	5	5	5	3	4	3
99	99	99	2340100	6	2	10	100	2	6	4	4	2	5	3	3	4	5	4	3	2	3
10	4	5	3240100	5	4	1	1	4	1	4	2	5	2	5	6	5	1	1	2	5	1
10000	99	99	1400302	5	1	100	1	4	4	5	5	4	4	5	3	6	4	4	3	5	4
99	99	99	134200	5	3	10	1	6	6	4	5	4	5	4	5	3	6	2	2	4	6
10	3	4	2140300	3	1	100	1	4	5	4	3	4	5	4	5	3	3	5	4	3	4
99	99	99	1300204	3	3	100	10	3	5	2	4	4	4	3	4	4	5	3	2	3	5
100	5	2	4203100	4	1	10	1	5	5	4	3	4	4	3	6	3	3	4	4	3	4
10	5	1	300241	4	2	1	1	5	1	2	1	3	5	3	5	2	1	4	2	2	4
99	99	99	2140003	5	2	10	1	2	4	2	5	4	5	5	2	5	4	3	1	1	5
10	5	3	2130400	5	4	100	1	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4
1000	1	6	1240003	6	4	1	100	1	6	3	6	3	5	3	4	2	4	3	5	3	6
1000	1	5	4312000	5	4	1	1	4	5	1	2	4	5	3	5	4	5	2	5	2	2
1000	3	4	2130400	4	3	1	1	4	6	2	4	3	4	3	4	3	4	4	3	3	4
100	2	4	2140300	2	2	1	1	3	5	3	4	4	6	4	4	2	3	2	2	2	4
99	99	99	2300104	3	2	1	1	3	5	5	4	5	3	4	3	2	5	4	3	3	4
10	2	5	3140200	3	1	1	1	4	3	5	5	5	5	4	5	4	3	3	5	4	4
99	99	99	1304002	5	1	100	1	4	5	3	5	2	3	2	3	2	4	3	3	3	4
,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,

VIII Anhang:

L15	L16	L17	L18	L19	L20	L21	L22	k1	k2
5	5	5	5	5	3	6	grippe	1	0
4	4	4	4	5	5	4	Entzündung am Bein	1	2
6	6	4	1	6	4	1	Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Übelkeit	1	4
4	5	4	5	3	3	5	zB. grippe	1	1
3	6	6	6	1	1	6	Spastik Astma	1	4
4	5	4	4	3	2	5	Regelschmerzen , Körperliche Schmerzen	1	4
2	4	4	3	4	1	4	Doornen und Rückenschmerzen	1	4
1	4	6	5	1	6	5	Rückenschmerzen	1	2
5	6	5	4	6	5	6	rückenbeschwerden	0	0
4	5	4	4	4	3	4	Autounfall, Fieber	1	0
3	5	5	4	3	3	4	bauchschmerzen, Kopfschmerzen	0	0
5	5	4	2	5	6	5	Kopfschmerzen	1	0
5	5	4	5	6	4	5	Hals verrenken, Kopfschmerzen, Schmerzen in den Beinen	1	1
3	4	5	5	5	5	6	Kopfschmerzen	1	0
2	6	1	6	6	1	6	Klammer nicht gut gestellt	0	0
0	0	0	0	0	0	0	blöde Fragen	1	4
4	2	2	4	5	5	5	nicht bestimmtes	1	0
6	6	4	6	6	3	6	an garnix	1	4
4	5	5	5	4	3	5	Schmerzen oder Kreislaufschwierigkeiten	1	4
6	6	6	5	5	5	5	neurodermitis	1	4
5	5	5	4	5	3	4	nichts konkretes	1	2
6	1	1	6	1	3	6	Muskelverspannungen, Kreislaufprobleme	1	4
4	4	3	1	2	1	2	Schmerzen, Schnupfen, Erkältung	1	4
2	5	2	4	2	4	5	Schmerzen	1	2
2	2	1	2	4	2	4	körperlich und persönlich	1	4
3	5	5	4	1	2	5	Schmerzen, körperliche Behinderung	1	4
6	6	6	5	4	2	6	nichts bestimmtes	1	1
3	4	4	4	3	4	5	Grippe m., äig	1	1
3	3	3	3	3	2	4	schmerzen	1	4
6	6	4	4	5	6	5	krank sein	1	2
5	6	6	6	5	2	5	schnupfen	1	2
6	6	3	6	6	1	6	schnupfen husten	0	0
1	5	2	2	1	4	5	Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Migr., ne, Blinddarm, FIEBER	1	0
5	6	6	5	6	5	5	magenschmerzen	1	1
6	1	6	6	6	4	6	magen+darm beschwerden	1	4
5	5	5	5	5	5	5	Rückenschmerzen am morgen	1	0
3	1	1	1	6	1	1	probleme, halsschmerzen	1	4
4	5	4	4	5	3	4	Übelkeit, Magen-Darmgrippe	1	4
6	5	5	6	5	5	5	Rückenschmerzen, Gelenkbeschwerden	1	1
6	6	5	6	4	5	6	Schmerzen	1	3
2	5	5	2	2	1	4	krankheiten, kopfschmerzen	1	4
6	6	6	6	6	6	6	Magenbeschwerden, Halsschmerzen, Husten	1	1
1	6	5	6	5	1	6	Bauchschmerzen, Schnupfen, Kopfschmerzen	1	1
3	5	5	4	5	6	6	Fieber, Schnupfen, Husten	1	2
1	1	4	1	1	1	4	Krankheit	1	4
3	5	5	4	4	3	5	krank	1	2
6	6	6	6	6	6	6	Scharlach	1	4

VIII Anhang:

1	1	2	1	4	6	3	rückenschmerzen, kopfschmerzen	1	1
1	2	1	1	2	1	2	alles	1	1
6	6	6	5	6	1	6	magenbeschwerden	1	1
6	5	6	5	4	5	5	nix	1	4
5	4	4	3	6	5	4	an nix	1	1
6	6	6	1	5	5	6	Rückenschmerzen	1	4
6	6	6	5	6	6	6	wenn ich mich gestoßen hab wirts dick und ich geh zum Krankenhaus	1	0
2	5	6	4	5	2	3	Durchfall	1	4
6	6	5	6	5	4	6	Fieber	0	0
4	4	4	3	4	4	4	Bauchschmerzen, Ausschlag	1	4
5	6	5	4	5	6	5	Bauchschmerzen, Halsschmerzen	0	0
5	4	4	6	6	5	6	Sachen, wo ich zum Arzt muß	1	4
4	6	6	6	5	2	5	Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Fieber tun weh	1	0
4	4	5	4	4	5	4	Husten, Grippe	1	2
6	3	2	6	6	3	6	Halsschmerzen, Darmgrippe	1	1
1	5	2	3	2	2	3	Autounfall	1	0
5	6	6	5	6	4	6	wirbeln, Magendrücken	1	4
4	5	4	1	6	3	4	ausschimpfen	1	2
5	5	5	5	3	4	5	körperl. Beschwerden	1	3
5	5	5	5	5	1	5	epileptische Anfälle, Asthma	1	1
1	5	4	3	2	2	2	nicht gesund sein	1	2
5	4	6	6	5	6	6	erkältung	1	2
2	3	3	2	3	4	3	wenn man ins krankenhaus muß	1	3
4	1	5	5	5	6	1	krankheiten	1	2
4	5	6	4	4	1	4	Magenschmerzen,Kopfschmerzen	0	0
4	5	4	4	1	4	5	krankheit	1	1
1	5	4	2	1	3	6	Krankheiten,	1	4
1	4	4	3	4	3	6	An Krankheiten wie z.B eine Mandelentzündung	1	3
3	5	5	5	4	4	5	Erkältung	1	3
3	4	3	2	3	1	2	kopfschmerzen Bauchschmerzen ,z. B.	0	0
3	5	4	5	4	3	5	Körperliche B	1	2
1	4	3	4	1	4	5	hoher Blutdruck, Kreislaufprobleme	1	2
2	2	3	3	4	4	4	schnupfen, grippe, durchfall	0	0
5	4	5	4	5	5	5	Regelschmerzen, Schmerzen, wo man nicht weiß, wo die herkönnen, Kopfschmerzen	1	1
6	4	4	4	6	2	5	Krampfanfälle	0	0
1	6	5	6	3	4	5	Schlafstörungen, Einbildungen	1	2
4	5	4	4	4	3	4	Erkältungen,	1	4
2	4	4	3	3	4	4	Asthma, Grippe	1	4
4	4	4	4	4	3	4	Erkältung	1	1
6	5	5	5	6	6	5	Bauchschmerzen	1	4
2	5	4	4	1	3	4	Epilepsie	0	0
5	4	4	3	3	2	4	Kopfschmerzen, Bauchschmerzen	1	4
5	5	5	5	1	1	5	Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen	0	0
6	6	6	6	6	1	6	Schnupfen	1	1
1	5	5	4	4	4	6	Kopfschmerzen, Ohrenschmerzen, Halsschmerzen	1	4
4	4	3	4	4	3	3	meckern	1	1
3	5	5	3	3	3	5	Arm brechen	1	2
6	6	4	6	4	2	6	Erkältung,Kopfschmerzen, Rückenschmerzen	0	0
2	2	2	6	2	1	6	Husten, Schnupfen	1	4

VIII Anhang:

1	6	6	6	5	1	6	Nierenschmerzen	1	0
6	5	6	4	6	4	5	Kopfschmerzen	1	0
4	5	3	5	4	3	5	Kopfschmerzen	1	3
6	5	5	5	4	6	5	Krankheiten	1	2
6	4	3	6	6	6	6	Erk., ltung, Grippe, Allergien	0	0
6	4	4	5	6	5	6	Krankheiten, Grippe	1	0
5	5	2	2	5	5	2	Fieber, Brechen	1	1
5	6	6	5	4	6	3	Katheter durchgerissen, ŝbelkeit, Kopfschmerzen	0	0
5	2	2	5	6	5	2	totaler Krach, mit Lehrern streiten	1	4
5	5	5	5	5	5	5	Krankheiten	0	0
4	5	6	2	4	5	2	Husten	1	0
4	5	5	4	4	4	4	krankheit	1	0
5	6	3	2	1	4	4	Nierenschmerzen	1	4
2	3	2	1	2	1	4	beschweren	1	4
4	4	4	3	4	3	4	k" rperliche Behinderung, Niere und Blase, Harnleiter	0	0
2	6	4	5	2	1	6	Fuáverletzungen, Handverletzungen	1	0
2	4	4	4	3	5	4	R" ckenschmerzen	1	0
4	4	4	3	3	3	4	schnupfen	1	2
4	4	4	4	5	4	5	Magenschmerzen	0	0
2	3	4	4	2	3	4	Halsschmerzen, Ohrenschmerzen	0	0
4	5	4	4	4	5	5	Kopfschmerzen, ŝbelkeit, Schwindelanf., lle	1	1
3	5	4	4	2	2	5	Nasennebenh" hlen	0	0
2	5	5	5	2	5	5	Normale Krankheiten zB.Schnupfen	1	2
2	3	3	3	3	2	4	Krankheiten	1	2
3	4	4	4	3	2	5	krankheiten, Kopfschmerzen	0	0
4	5	5	4	3	3	4	Kopfschmerzen, Erk., ltung	1	2
3	4	4	4	2	1	4	Krankheiten	1	1
3	6	4	3	3	3	5	k" rperliche Beschwerden, Schmerzen	1	4
2	2	3	4	2	2	3	Kopfschmerzen	1	1
3	5	4	4	3	4	6	Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Zahnschmerzen	1	4
2	5	4	4	3	5	5	Husten, Schnupfen	1	0
3	5	4	5	3	4	5	Bauchschmerzen, ŝbelkeit	1	0
3	4	4	5	4	1	4	Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Zahnschmerzen	1	1
3	4	4	3	4	4	4	Kopfschmerzen, sich unwohl f" hlen	1	1
3	4	4	3	3	2	4	Bauchschmerzen, Kopfschmerzen	1	0
3	4	4	3	1	3	5	Bauchschmerzen, Kopfschmerzen	1	2
4	4	3	3	4	5	4	Erk., ltung	1	4
5	6	5	6	5	5	6	Asthma, Bronchitis	1	2
2	4	3	5	3	5	5	Erk., ltung	0	0
3	2	2	2	4	3	5	Kopfschmerzen	1	1
3	5	3	4	4	1	4	Kopfschmerzen, Husten, Schnupfen	0	0
4	4	2	4	3	2	5	Schnupfen, Husten, Kopfschmerzen, Darmgrippe	0	0
4	5	4	4	4	3	5	Kopfschmerzen, Bauchschmerzen	0	0
5	6	4	2	4	1	4	gar keine	1	1

VIII Anhang:

1	5	3	5	4	5	5	Kopfschmerzen	1	4
3	5	5	5	2	5	5	Muskelzerrung, psychische und körperliche Beschwerden	1	4
1	4	4	5	1	4	5	Kreislaufprobleme	1	2
3	4	4	5	3	4	4	körperliche Vernachlässigung	1	1
1	6	3	6	1	4	3	kopfschmerzen	1	1
1	6	1	6	1	1	4	körperliche	1	0
3	5	5	5	3	3	5	ausschl., ge, kinderkrankheiten,	1	0
3	4	4	4	2	3	4	am knie	1	2
3	5	4	5	5	3	3	Bauchschmerzen Kopfschmerzen	1	0
2	3	2	3	3	4	2	unglücke	1	2
5	6	6	5	5	3	5	knochenbrüche oder grippe	0	0
4	5	5	4	4	4	5	Grippe	1	2
4	5	4	4	5	3	6	grippe	1	0
3	6	5	5	4	3	5	Lungenentzündung	1	0
3	4	4	4	3	3	4	Armoperation	1	1
3	5	3	4	2	4	5	körperliche, Zerrung, šbelkeit	1	0
3	5	5	4	3	3	5	Bauchschmerzen, Augenschmerzen,,, Liebe	1	2
3	4	3	4	5	5	3	Kopfschmerzen	1	1
4	5	5	4	4	4	5	Fieber	1	1
4	5	4	5	3	6	5	Unterleibsschmerzen	1	1
2	5	5	4	1	2	5	Erkältung, Allergien, allgemeine Krankheiten	0	0
4	4	4	4	3	3	4	wenn einem etwas weh tut, Schmerzen	0	0
2	5	4	4	2	5	5	Mandelentzündung	1	1
3	4	4	3	3	3	5	Allergien	1	2
4	5	5	4	4	4	5	Asthma	1	2
3	4	4	3	5	3	4	Kopfschmerzen	1	0
,	,	,	,	,	,	,		,	,

VIII Anhang:

k3	k4	k5
1	Z,, hne	1
4	wegen dem Bein (chron. Knochenmarksentzündung)	4
4	Herzbeschwerden, Luftnot, Kreislaufprobleme	4
4	ALLERLEI VERLETZUNGEN	0
4	spastik nachfol. der Frühgeburt	2
4	Nieren, Operationen, Untersuchungen	3
4	meine Bbbehinderung	2
0	Sehnenoperation	2
0		99 0
1	Weißheits,, hne	1
0		99 1
1	Unfall	0
2	Bein-Operationen	0
2	Beinbrüche	1
0		99 3
0	Operationen	1
2	hüftoperation	1
1	kinderkrankheiten unfall	0
3	Operationen	1
4	unfall	2
2	Operationen wegen meiner Behinderung	2
2	Hüftoperation, Lunge, Kreislaufprobleme	2
1	weiß nicht	4
4	Muskelathropie	1
4	Blinddarm, körperliche Beschwerden	2
3	Blinddarm, Untersuchung der Behinderung und der Nieren	2
0	Operationen	1
4	Operationen undansteckende Krankheit.	4
4	operationen	1
2	Wegen meine Füsse	1
2	hüft operation	1
0		99 2
4	ARMBRUCH,CT,	1
2	mandeln	1
4	blasenschw,, che, berdruck im kopf, fäe	0
3	Wegen Krampf Leiden	0
1	Operation, Medikamenteneinstellung, Schlafentzugs-EEG	2
2	Blinddarm, Beinbruch	1
2	B,, nderdehnung, Blutvergiftung, zur Beobachtung	2
1	Herzschrittmacher	3
4	Knochenzeudtrose im linken Unterschenkel	4
1	Loch im Kopf, gutartiger Tumor	0
1	Schiene am Arm, Operation	4
4	Oberschenkelhalsbruch, Schlauchverl,, ngerung (pumpe im Kopf), Blasentraining	3
4	Untersuchungen, Herz	4
1	Tumor und Untersuchungen	1
4	Scharlach	3

VIII Anhang:

1	Rücken offen, Sehnen im Fuß ver., ngern, Pumpe im Kopf	0
0	ekzem	4
1	polypen	0
0	Operation	0
2	Herzoperation	1
4	Beinoperation	4
3	Gerinnungsfaktor	1
4	Diabetes	1
0	Beinoperation, Mandeln Polypen.Herzen	2
4		99 1
0	Kopfoperation, Hals (Beine)	0
1		99 1
1	Ventil einsetzen (Kopf)	2
1	Beine operieren	2
1	Hüftoperation	0
1	Kopf	0
4	Mandeln raus	1
4	Hydrocephalus, Loch im Kopf	1
4	Herzop	3
0	anfälle	0
1	3wegen meinem Fuß	2
0	3Augenoperation, polypen, bauch	1
2	beine operiert	2
4	Sehnen ver., ngert	4
0	Dauernd Kopfschmerzen,	0
2		99 3
2	Hirntumor	2
2	Hüftprobleme	2
3	Astmatische Beschwerden	3
0	Mandelop. ,Fußverletzung u. wegen der rechten Hand.	1
3		99 1
3	Blinddarm, Kreislaufkollaps, Sehnenver., ngerung	1
0	Weißheitsz., hne, Blinddarm, Hüftdysplasie, Sehnen	1
3		99 4
0	Krampf., lle, Blinddarm, Gehirnerschütterung, Polypen	2
2		99 1
4	gehirnhautentzündung	2
4	Asthma, Epilepsie, Unf., lle	2
0	Operationen wg. Spina bifida	2
4	Brutkasten	3
0	Epilepsie	2
4		99 2
0	Ventil, Tumor, Fuß	0
0		99 0
4	Sauerstoffmangel	3
3	Allergien	1
3	Schienen anpassen, zur Kontrolle, wenn ich krank bin	3
0	zum Laufen	0
3		99 3

VIII Anhang:

4	Hüftop Harnröhre Kopf		1
1	PROTESEN		1
1	im ersten Lebensjahr nicht bewegt		1
1	Weil ich oberiert worten binn		1
0	Achillessehne verl., ngert, Operationen		1
3		99	1
1	krummer Rücken, kürzeres Bein		3
0	Beine gebrochen, Abriß im Katheter		1
4		99	1
0	Auge, Fuß, Z., hne		0
1		99	0
2	Unfall		3
0	Hodenoperation, Knieverletzung		1
4	Unfall		4
0	Schluchwechsel, Nierendiszenz, Blasenspiegelung		0
1	Schlittschuhunfall, Fieberkrampf		4
4		99	1
2	gebrochener arm		1
0	B., nderria/ -dehnung		1
0	Armbruch, Finger durch		4
4		99	3
0		99	1
2	Arm Bruch Verletzungen		2
0		99	2
0	Mandeln, Polypen, Finger operiert, Weiaheitsz., hne		2
0	Pseudokrupp, Ohrenop., Gehirnerschütterung		0
1		99	1
4	eitrige Angina		3
0	Gehirnerschütterung, Platzwunde		2
2	Mandeln, Blinddarm, HerzOP		1
1	Gehirnerschütterung		2
1	Verletzungen beim Spielen		2
3	Blinddarm		3
0	Mandeln		4
3	Blinddarm		2
1	Nasenop		2
4	Sonnenstich, Arm gebrochen, Gehirnerschütterung		4
1	Asthma, Bronchitis		2
0	Beinbruch (Autounfall), Verletzung am Bein		4
1		99	1
0	Fingerverletzung, Beinbruch		4
0		99	1
0		99	2
2		99	2

VIII Anhang:

2	gebrochener Arm, Mopedunfall	2
4	Rücken, Arm	3
0	Fieberkrampf, Blinddarm, Mandelentzündung	1
2	Magen	0
1	scherbe in der hand	2
1	Mandeln	4
1	verdacht auf blindarm	2
0	kreislaufstörungen	1
4	Gelbsucht	2
2	brüche, Zehne	2
0	Mandeln, weil ich mein Arm gebrochen hatte	3
3		99 2
1	schlüsselbeinbruch bliddarm	1
1	Lymphdrüsenentzündung	3
2	Armoperation	1
1	Tr., nengas im Mund, B., nderriá, Viren im Darm	2
4	Finger gebrochen	1
2	Blinddarm, Mandeln, Gehirnerschütterung	2
0	Krampfanf., Ile	2
2	Blinddarm, Gehirnerschütterung, Polypen	4
0		99 3
0		99 2
4	ausgetrocknet, Blinddarm, OP Nassennebenhöhlen	3
1	Gehirnerschütterung	4
1	Polypen, Astma	4
1	Blinddarm	3
,		,

VIII Anhang:

k6	k7	k8	k9	k10
Krankenschein für Gymnastik	6	101	5	99
MAGENBESCHWERDEN, bEinbeschwerden	100	101	5	99
wegen Herz-Lungen-Transplantation	8	101	6	99
99	0	1100	6	99
Erk., ltung	14	1100	6	99
Nieren Geschichte, Magen Probleme,	100	11	6	99
Imfungen	0	10100	0	Ich spiele gern Computer.
Hautausschlag	10	110	6	99
99	0	110	5	99
Grippe	3	11000	6	99
wegen Zecken	5	101	5	99
99	2	101	5	99
99	3	11000	6	99
Grippe	5	1100	6	99
Tetanus, Untersuchungen	20	10100	0	weil keine Schule ist
Untersuchung	0	101	5	99
r" ntgen	0	101	0	weil ich im bett liegen muá
99	0	11000	6	99
Untersuchungen	10	1100	6	99
sehnscheidenentz□ndung	0	1100	5	99
Augenarzt	0	11	5	99
Kreislauf	10	11	5	99
weiß nicht	20	1001	0	ausschlafen
wegen erkältung	7	101	0	weil ich dann einiges in der Schule verpasse
Impfung	0	101	5	99
Rezept abholen, Untersuchungen	5	11	5	99
weiß nicht mehr	4	101	5	99
Untersuchung beim hno	21	11	5	99
blutabnahme	10	101	5	99
Leider Nicht	0	11000	5	99
ne	5	11000	0	raus gehen
zahnschmerzen	1	101	5	99
Blutabnahme,EEG	1	10100	0	Ausschlafen
kur	30	1100	5	99
99	10	101	6	99
99	2	11000	5	99
Krankheit, Fraktur des rechten Mittelfingers	3	110	5	99
Hals verrenkt, Ohren	14	101	5	99
EEG, Blutabnahme	5	11000	5	99
schlapp und nies gef□hlt	15	110	6	99
wegen einem llarsarowsystems	15	1100	0	weil ich ausschlafen kann
99	1	110	5	99
Allergiespritze	1	110	6	99
Erk., ltung	30	11000	6	99
Untersuchungen	2	11	5	99
Erk., ltung, Erbrechen	7	101	5	99
Hautarzt	5	11000	6	99

VIII Anhang:

grippe, husten	0	110	0	99
99	19	101	5	nein
magenbeschwerden	0	110	5	99
99	0	110	5	99
99	2	110	6	99
Halsschmerzen	10	110	5	99
Gerinnungsfaktor	10	101	5	99
weiß nicht	1	101	5	99
Herz	36	10010	5	99
Mittelohrentzündung, Fieber	3	110	5	99
Impfung, Untersuchung	0	110	5	99
99	10	11000	5	99
Ventilkontrolle	4	1100	6	99
Bauchschmerzen	2	11	5	99
Druckstellen, Harnwegsinfekte, Kontrolle	0	11000	6	99
99	9	11000	6	99
99	4	11000	5	99
Medikamente, Erk., Itung	6	1100	6	99
masan	26	110	0	99
Untersuchungen	3	101	5	weil ich nix machen kann
99	4	11	5	99
3masern, Untersuchungen	4	10100	5	99
erkeltung	14	10100	5	99
nee	6	10100	5	99
Schlafstörung, Kopfschmerzen	5	11000	5	99
99	10	1100	5	99
wegen einem Hundebiss	14	11000	5	99
Mittelohrentzündungen	17	11000	5	99
Lungenfunktionstest	7	110	5	99
Weisheitsz., hne, Op. wegen	0	110	5	99
Nein	21	11000	5	99
wegen Kopfschmerzen.	15	101	5	99
orthop., d. schuhe etc.	5	11000	5	99
Grippe	15	110	0	99
Krampfanfall, lle, Medikamentendosis kontrollieren	4	101	5	weil ich dann viel in der Schule verpasse
Zahnarzt, Blinddarm, neuer Hausarzt	20	101	5	99
grippe	14	110	5	99
Rezepte, Blutabnahme	15	1100	0	99
Untersuchung, Erk., Itung	10	11	6	konnte viel Fußball gucken
neee	46	101	5	99
Blutabnahme	7	101	6	99
Rezept holen	40	101	5	99
Grippe	4	1100	5	99
99	0	11000	6	99
99	15	110	5	99
Infusionen	25	11000	5	99
Schienen anpassen	3	101	5	99
Erk., Itung, Rückenbeschmerzen, Knieverletzung	5	10100	5	99
99	10	11	5	99

VIII Anhang:

Nieren	10	10100	5	99
Augen Arzt	0	110	6	99
Untersuchung	20	11	5	99
Zum nach gucken	4	11000	6	99
Nase verstopft	1	11	5	99
Schnupfen	3	110	6	99
Fieber	5	110	5	99
Spritzen gegn Allergien	5	11000	5	99
Knieverletzung	5	1100	6	99
Ohren	4	1100	6	99
99	0	1100	6	99
99	10	1100	5	99
Nieren, Allergie	5	110	5	99
Krankheit	60	101	5	99
Niereninfektion	0	101	0	99
Finger angebrochen, Fuá verstaucht, Prellung,	10	10001	5	99
99	30	1100	6	weil ich nichts tun kann, auáer im Bett bleiben
verletzungen	10	101	6	99
Kn"chel	6	1100	5	99
Verstauchung	3	1100	5	99
Grippe	10	11	0	99
Kieferchirurg, Zahnarzt	4	1100	5	99
Zahnarzt wegen meiner Hand leicht	4	1001	5	schlech f"hlen
Magen- Darmbeschwerden	20	101	5	99
Unterleibsschmerzen, Schwindel	6	1100	5	99
Handgelenk gebrochen	5	1100	5	99
Kieferorthop,, de, Magen-Darm-Infekt	20	1100	5	99
99	20	101	5	99
Rezept	15	1100	6	99
Bauchschmerzen, Halsschmerzen,	3	101	6	99
Streptokokkenentz"ndung	5	11000	5	99
Ohrenschmerzen, Heuschnupfen	0	110	5	99
Knieverletzung Zahnarzt Krankheit	10	1100	6	99
Bein verstaucht, Auge	5	11000	0	99
Bein	0	110	5	weil ich nichts machen muá
R"ckenschmerzen	15	10001	5	99
Atest, Hautarzt	80	101	5	99
Asthma, Bronchitis, Meniskus	3	110	5	99
Kopfschmerzen, Handverletzung, Bein	6	101	5	99
Grippe, Sonnenbrand, Spange	75	101	5	99
Sonnenbrand	2	110	5	99
Kieferorthop,, de, Augenarzt	7	1100	6	99
wegen kopfschmerzen	10	11000	6	99

VIII Anhang:

Schnupfen, Kopfschmerzen, Muttermal entfernt	6	101	5	99
Kopfschmerzen	15	11	6	99
Kiefer, Knieknorpel, Magen	2	1100	6	99
Kreislaufprobleme	96	101	5	99
Halsschmerzen	3	110	5	99
99	2	110	5	99
Augenarzt, Hausarzt, Impfung	130	1100	5	99
therapie	15	1100	5	99
untersuchungen	2	110	5	99
Hautarzt	10	1100	6	99
grippe	15	1100	5	99
Wegen meiner Kniescheibe	0	1100	6	99
Halsentzündung	15	10100	5	99
grippe	25	101	5	99
Asthma, Sonnenallergie	3	101	5	99
Arm	15	1100	5	99
Rothaarviren	1	1100	6	99
Augenschmerzen, Rückenschmerzen	13	1100	5	99
Zahnschmerzen	10	110	5	99
Erkältung	10	1100	6	99
Blinddarm, Unterleibsschmerzen	15	101	5	99
Ohren, Halsentzündung, Lymphknoten	20	1100	6	99
Blutschwamm am Arm	6	101	5	99
Masern, Magen-Darm-Grippe	50	1100	6	99
Allergien	30	110	6	99
Asthma	5	101	5	99
Untersuchungen am Zeh, Blinddarm, Impfungen	23	110	5	99
	,	,	,	

VIII Anhang:

k11	k12	k13	k14	k15	k16	k17	k18	c1	c2	c3	c4	c5
6	99	4	4	4	5	6	4	1	1	1	3	0
0	weil ich lieber was anderes machen w□rde	2	3	5	5	6	6	1	1000	1	4	0
6	99	3	4	1	3	6	6	1	1000	1	1	1
5	99	3	4	4	3	4	4	1	100	4	3	1
0	Weil ich keine besch.,ftigung habe	4	3	4	4	3	5	1	100	1	2	0
5	99	4	4	3	6	5	4	1	1000	1	6	0
5	99	2	1	4	6	4	3	1	1000	3	4	1
6	99	1	3	6	6	5	4	1	1000	4	4	1
6	99	2	3	2	5	4	2	1	1	2	2	1
5	99	3	4	4	4	4	4	1	1000	1	3	1
5	99	3	4	3	5	4	2	1	1000	1	4	0
6	99	2	4	2	2	5	3	1	1000	2	5	0
6	99	2	4	2	5	2	2	1	1	2	6	0
5	99	4	4	1	5	4	3	1	1	1	1	0
5	99	3	6	4	3	3	6	1	1000	3	6	1
5	99	2	3	5	5	3	6	1	1000	1	2	0
0	weil ich mich dann nicht wohl f□hle	2	4	2	4	2	3	1	1	1	1	1
6	99	1	6	6	6	4	3	1	1000	1	3	0
5	99	2	4	3	6	4	3	1	1000	3	6	0
5	99	1	4	1	3	3	1	1	1000	2	6	1
5	99	2	3	4	6	5	6	1	1000	1	4	0
5	99	2	5	1	1	5	1	1	1	2	5	0
0	keine Ahnung	4	4	4	4	4	4	1	100	1	5	0
6	99	3	3	3	2	5	5	1	1	1	3	1
5	99	2	4	3	4	5	3	1	1	4	5	1
5	99	2	4	4	4	3	2	1	1	3	4	1
5	99	6	5	2	5	5	2	1	1	1	2	0
5	99	4	4	2	3	4	3	1	1	1	6	1
5	99	4	5	3	3	4	3	1	1000	4	4	1
5	99	3	5	1	5	5	4	1	1	2	3	0
5	99	2	5	5	6	5	5	1	1	2	3	0
5	99	4	5	4	5	4	3	1	1000	3	1	0
6	99	1	3	2	6	5	3	1	1000	4	4	1
5	99	2	3	2	5	3	3	1	1000	1	2	1
6	99	3	4	1	2	5	2	1	1000	1	4	1
0	Weil ich immer was zu tun habe	3	3	4	2	2	3	1	1	1	2	1
5	99	1	4	1	1	6	4	1	1	1	6	0
5	99	3	3	3	6	6	3	1	1000	4	6	1
6	99	2	4	2	6	5	5	1	1	4	6	1
6	99	1	5	1	5	6	4	1	1000	2	3	1
0	weil ich kaum was unternehmen kann	2	3	1	4	4	4	1	10	3	6	1
5	99	2	5	4	6	5	3	1	1000	3	2	0
6	99	1	4	3	6	4	2	1	1000	2	4	1
5	99	2	3	2	3	3	2	1	1000	2	2	1
5	99	1	6	1	1	4	3	1	1000	2	4	0
5	99	1	4	2	4	4	3	1	1	1	1	0
6	99	1	5	2	4	3	2	1	1000	1	1	0

VIII Anhang:

5	99	1	3	1	4	5	1	1	1	3	3	1
6	99	2	4	1	4	4	1	1	1	1	1	0
6	99	3	6	6	6	6	2	1	1000	4	4	1
5	99	1	2	1	6	6	2	1	1000	4	3	0
5	99	3	3	4	4	4	4	1	1000	2	3	1
5	99	1	3	1	2	5	1	1	1000	3	1	0
5	99	6	4	4	6	6	3	1	1	2	3	0
5	99	3	3	1	4	4	4	1	1	3	2	1
5	99	2	2	1	2	3	1	1	1000	4	6	1
5	99	3	4	1	4	4	3	1	1	1	3	0
6	99	6	3	1	2	5	2	1	1	1	1	0
5	99	1	3	4	3	2	3	1	1000	2	1	0
5	99	6	3	3	5	6	2	1	1000	4	2	1
5	99	2	4	3	4	4	3	1	1000	2	2	1
6	99	1	6	1	6	5	4	1	1	4	6	1
5	99	1	3	1	4	3	2	1	1000	4	3	0
5	99	2	5	2	4	4	3	1	1	4	6	1
5	99	3	6	2	2	4	6	1	1000	1	4	0
5	99	3	3	1	4	4	3	1	1000	4	5	1
5	99	2	5	2	5	5	2	1	1000	4	5	1
5	99	5	4	1	6	4	1	1	1000	4	5	1
5	99	1	3	1	5	4	4	1	1000	1	5	0
0	99	4	4	1	4	5	3	1	1000	1	2	0
5	weil ich den ganzen Tag im Bett liegen muß	3	4	1	2	6	3	1	1	2	2	0
6	99	3	5	1	4	5	4	1	1000	3	2	0
6	99	5	4	3	4	4	3	1	1000	3	4	1
5	99	2	4	1	6	6	2	1	1	4	3	1
6	99	3	3	3	6	4	2	1	1000	2	5	1
6	99	2	4	2	2	4	2	1	1000	1	3	0
5	99	2	4	3	5	5	4	1	1	3	4	1
6	99	2	4	1	6	4	2	1	1	4	6	1
6	99	1	3	2	4	4	3	1	1	4	6	1
5	99	3	5	3	4	4	4	1	1	3	6	1
6	99	2	4	2	3	4	3	1	100	1	3	1
5	99	3	3	4	2	4	4	1	1	2	3	1
0	99	4	3	1	4	5	3	1	1000	3	4	0
5	pure langeweile	3	3	3	4	4	3	1	1000	1	6	0
5	99	1	5	1	2	5	2	1	1	1	3	0
6	99	3	4	3	4	5	4	1	1000	1	1	0
5	99	4	5	5	6	6	5	1	1000	3	3	1
5	99	4	3	2	6	5	4	1	1	1	3	0
5	99	2	2	5	4	5	6	1	1000	1	1	0
6	99	1	5	4	5	4	1	1	1000	3	3	0
5	99	3	4	6	6	5	4	1	1000	2	4	1
5	99	5	5	2	4	5	5	1	1	3	4	1
5	99	4	5	3	6	4	3	1	1000	2	4	1
5	99	5	4	2	3	6	4	1	1000	1	4	1
5	99	2	5	2	2	2	2	1	1000	1	4	0
5	99	6	4	4	2	5	2	1	100	2	4	1

VIII Anhang:

0	99	6	1	6	6	6	6	1	1000	4	6	1
5	Weil es nichz im Fernsen leuft	6	5	5	6	4	3	1	1000	3	1	0
5	99	3	4	3	3	4	3	1	1000	4	6	1
5	99	2	3	4	5	6	3	1	1000	4	2	0
0	99	1	3	1	6	3	1	1	1	2	3	0
5	weil ich dann Medikamente vom Arzt verschrieben krieg, die	2	4	5	3	4	4	1	1	1	3	0
5	99	3	5	2	5	5	2	1	1	2	3	1
6	99	2	6	2	5	6	4	1	1	4	4	0
5	99	5	6	2	5	6	2	1	1	2	3	0
5	99	2	5	5	5	5	3	0	99	0	0	99
6	99	2	3	1	4	1	6	0	99	0	0	99
5	99	3	5	5	5	5	4	1	1000	2	3	1
5	99	3	4	3	5	6	2	1	1	2	1	0
0	99	5	3	4	2	5	2	1	100	1	2	0
5	weil ich nicht aufstehen kann	3	4	5	4	6	6	1	1	1	6	0
5	99	3	4	3	5	4	3	1	100	2	3	1
6	99	4	5	4	5	4	4	1	1000	1	4	1
6	99	3	3	3	4	5	3	1	1000	1	2	0
6	99	3	4	4	5	6	3	0	99	0	0	99
6	99	1	6	1	3	4	2	1	1000	2	3	0
5	99	4	4	3	6	4	4	1	1000	2	4	1
5	99	1	4	3	4	5	3	1	1	1	4	0
5	99	3	2	2	3	4	3	1	1000	1	2	0
5	99	4	4	4	4	5	3	1	1000	1	1	1
6	99	3	4	4	4	4	3	1	1000	3	3	1
5	99	3	4	2	2	4	3	1	1000	2	2	1
0	99	3	3	3	4	4	3	1	100	1	3	0
5	99	4	4	3	2	5	3	1	1	2	2	1
6	Weil ich nur im bett liege	3	3	3	4	5	3	1	1000	1	2	0
6	99	3	4	1	2	5	3	1	100	1	4	1
5	99	4	5	3	2	5	4	1	1000	3	4	1
6	99	4	5	4	3	5	4	0	99	0	0	99
5	99	3	4	2	1	3	1	1	1000	2	5	1
6	99	3	4	2	6	5	2	1	1000	1	2	1
5	99	4	4	5	6	5	4	1	1000	1	2	1
0	99	3	4	2	5	6	3	1	1	1	3	0
5	weil's einem dann nicht so gut geht	4	4	3	4	4	3	1	10	1	5	1
5	99	4	4	5	6	6	4	1	1000	2	3	1
5	99	3	5	1	5	5	4	1	1000	3	5	1
5	99	4	4	4	6	5	4	1	1000	3	6	1
5	99	3	4	1	2	5	1	1	1000	4	6	1
5	99	4	3	2	4	4	4	1	1000	1	4	0
5	99	3	4	3	5	4	3	1	1000	4	5	1
5	99	3	4	6	5	4	5	1	10	1	4	1

VIII Anhang:

5	99	4	4	2	6	5	1	1	1	2	6	0
5	99	4	4	3	5	5	3	1	1000	3	6	1
5	99	3	4	3	6	5	3	1	1000	2	6	1
5	99	4	4	2	4	4	3	1	10	3	3	0
0	99	1	2	1	4	2	1	1	1000	1	3	0
5	weil ich nichts machen kann	3	4	3	6	6	3	1	10	3	2	1
5	99	1	4	1	5	2	1	1	1000	1	3	1
5	99	2	4	4	5	5	2	1	1000	1	2	1
5	99	3	3	3	6	6	4	1	1000	1	4	0
0	99	3	4	1	5	4	2	1	1	4	3	1
5	Weil man nicht drauäen mit seinen freunden sein kan	4	5	2	2	4	4	1	1000	1	3	0
6	99	4	3	2	5	4	2	1	1000	1	3	1
6	99	4	5	2	6	5	4	1	1000	3	6	1
5	99	6	5	3	5	6	3	1	1000	3	6	1
6	99	4	4	3	4	4	3	1	1000	1	2	1
5	99	2	4	5	5	6	4	1	100	2	4	1
6	99	3	5	3	5	5	3	1	1000	1	3	0
5	99	3	5	3	4	4	3	1	1000	2	2	1
5	99	5	5	5	4	5	4	1	1000	1	3	1
6	99	5	4	3	3	5	4	1	1000	1	1	0
6	99	2	5	1	5	4	2	1	1000	2	4	1
5	99	3	4	3	4	4	4	1	1000	1	2	0
5	99	4	4	3	4	3	2	1	1000	1	3	0
5	99	4	3	2	3	5	3	1	1000	2	5	1
5	99	4	4	2	4	4	4	1	1000	2	4	1
6	99	2	4	3	6	5	3	1	1000	2	4	1
,		,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,

VIII Anhang:

r1	r2	r3	r4	r5	r6	r7	r8	r9	r10	r11	g2
1	6	1	6	6	6	1	0	99	0	99	100
1	5	1	6	6	6	100	0	99	0	99	100
1	6	1	5	5	5	1	1	11	1	11	1
3	5	3	6	5	6	10	0	99	1	4	100
3	6	1	5	5	5	10	0	99	0	99	100
2	5	1	5	5	5	1	0	99	1	3	100
1	6	1	6	6	5	1	0	99	1	21	100
1	5	1	5	6	2	1	0	99	1	11	100
1	6	2	6	6	5	1	0	99	1	11	10
2	5	2	4	4	3	100	0	99	0	99	1
1	6	1	5	6	5	1	0	99	1	3	100
2	5	3	6	5	4	1	0	99	1	98	100
1	6	1	6	6	6	1	0	99	0	99	100
1	5	1	6	5	6	1	0	99	1	21	100
1	6	6	6	6	5	1	0	99	1	2	100
1	6	1	6	6	5	100	0	99	0	99	100
2	5	2	5	6	5	1	0	99	0	99	100
3	6	1	6	4	6	1	0	99	1	10	10
2	4	1	3	5	5	1	0	99	1	11	100
1	6	1	6	6	6	1	0	99	0	99	100
1	6	1	6	6	5	100	0	99	1	11	100
1	6	1	6	6	4	1	0	99	0	99	100
1	5	3	3	5	5	1	0	99	0	99	1
2	5	1	4	5	4	100	0	99	1	3	100
2	4	2	5	5	5	1	0	99	0	99	100
3	5	3	5	6	4	100	0	99	1	12	100
1	5	2	6	6	6	1	0	99	0	99	100
1	6	1	6	6	6	1	0	99	0	99	1
1	6	1	5	5	5	1	0	99	0	99	100
4	6	1	6	6	5	1	0	99	1	21	100
2	5	1	6	6	6	1	0	99	0	99	100
1	6	1	6	6	3	100	0	99	0	99	100
1	5	1	6	5	5	1	0	99	0	99	100
2	6	5	6	6	6	1	0	99	0	99	100
1	6	1	6	6	6	100	0	99	0	99	1
1	6	1	6	6	6	1	0	99	1	98	100
1	6	1	6	6	6	1	0	99	1	21	100
1	6	1	6	6	6	1	0	99	0	99	1
1	4	2	5	5	6	1	0	99	1	21	100
6	4	6	6	6	6	1	0	99	1	98	100
1	4	1	6	5	5	1	1	98	1	2	100
1	4	1	6	6	6	1	0	99	1	11	100
1	6	1	6	6	6	1	0	99	1	14	100
1	5	3	6	5	6	1	0	99	0	99	100
1	5	1	5	5	5	100	0	99	1	11	100
1	6	1	6	5	5	1	0	99	0	99	100
1	6	6	6	6	6	1	0	99	0	99	100

VIII Anhang:

1	5	1	6	6	6	1	0	99	0	99	100
2	5	1	5	4	5	100	0	99	0	99	10
1	6	1	6	6	6	1	0	99	0	99	100
1	6	1	6	6	6	1	1	11	0	99	100
1	6	1	5	5	4	100	0	99	0	99	100
1	6	1	6	6	6	1	0	99	1	21	100
5	5	3	6	6	6	1	0	99	0	99	100
1	6	1	6	6	6	1	0	99	0	99	1
1	6	1	6	6	6	10	0	99	1	21	100
3	5	3	5	5	5	1	0	99	0	99	100
1	6	2	6	5	6	1	0	99	1	2	100
1	6	1	6	6	6	1	0	99	0	99	100
1	5	1	6	6	6	1	0	99	1	3	100
2	6	1	6	6	6	1	0	99	0	99	100
1	6	1	6	6	6	1	1	98	1	21	100
2	5	2	5	4	5	1	0	99	1	21	100
6	6	1	6	6	5	10	0	99	1	10	100
1	6	1	4	4	6	1	0	99	0	99	100
4	3	3	4	5	5	1	0	99	0	99	10
5	5	4	5	1	5	1	0	99	0	99	100
1	6	1	6	6	6	100	0	99	0	99	100
1	6	1	6	5	6	1	1	10	0	99	100
4	1	1	4	5	5	1	0	99	0	99	100
1	6	5	6	2	6	1	0	99	0	99	100
3	5	3	3	5	6	1	0	99	0	99	100
1	6	2	5	5	3	1	0	99	0	99	1
1	5	3	6	5	6	1	0	99	0	99	1
4	4	3	3	6	5	10	0	99	1	10	1
1	6	1	6	6	6	1	0	99	0	99	1
2	4	2	5	5	5	1	0	99	0	99	100
1	6	1	6	6	6	1	0	99	1	10	100
3	1	1	1	6	4	100	0	99	0	99	1
3	1	1	5	4	5	1	0	99	0	99	100
2	4	3	5	4	5	10	0	99	1	3	1
1	4	2	6	5	3	1	0	99	0	99	100
3	4	3	5	4	5	100	0	99	0	99	100
1	2	1	2	3	3	1	0	99	0	99	100
2	4	1	6	6	6	1	0	99	0	99	1
1	4	1	6	6	6	1	0	99	1	13	100
2	6	2	5	6	6	1	0	99	0	99	100
3	6	2	5	5	6	1	0	99	0	99	1
4	5	3	5	6	5	1	0	99	0	99	100
1	6	1	6	5	2	1	0	99	1	21	1
1	6	2	6	6	6	1	1	98	1	9	100
4	5	1	4	6	4	1	0	99	0	99	10
1	4	1	6	6	6	1	0	99	0	99	100
3	5	4	6	6	5	100	0	99	1	10	1
1	6	4	6	6	4	1	0	99	1	11	100
5	1	1	4	5	6	1	0	99	0	99	100

VIII Anhang:

1	1	1	6	4	6	1	0	99	0	99	100
5	6	5	6	6	6	1	0	99	1	9	100
5	5	3	4	5	5	1	0	99	0	99	100
5	6	6	6	6	4	1	0	99	0	99	100
1	6	1	6	6	6	1	0	99	0	99	100
2	1	1	5	5	6	100	0	99	1	11	100
2	6	1	6	5	5	1	0	99	1	10	100
2	4	1	5	5	5	1	0	99	0	99	100
2	5	2	5	5	5	1	0	99	0	99	100
1	6	4	5	5	5	1	0	99	0	99	10
6	2	2	5	4	2	1	0	99	1	10	100
1	5	2	5	4	6	100	0	99	0	99	100
6	5	6	4	6	6	1	0	99	1	3	1
1	3	4	3	2	1	1	0	99	1	9	10
1	5	1	5	5	5	1	0	99	1	9	1
2	5	3	4	5	5	1	0	99	0	99	100
3	4	2	5	5	6	1	0	99	1	3	100
2	5	3	6	6	5	1	0	99	1	9	100
1	5	1	5	6	5	100	0	99	1	10	1
4	2	2	1	3	3	10	0	99	0	99	100
1	2	2	6	5	5	1	0	99	1	4	100
3	1	3	4	4	4	1	0	99	0	99	100
1	5	3	5	5	5	1	0	99	0	99	100
2	5	1	5	6	5	1	0	99	1	4	100
2	5	1	5	5	5	1	0	99	1	9	100
4	5	3	5	4	4	100	0	99	0	99	100
3	2	1	4	4	5	1	0	99	0	99	1
3	6	2	6	5	5	1	0	99	1	21	100
2	4	1	5	5	5	1	0	99	0	99	1
1	6	6	5	5	6	100	0	99	1	21	1
2	6	2	4	5	5	1	0	99	1	10	1
4	4	5	5	4	6	10	0	99	0	99	100
2	4	3	4	5	5	1	0	99	0	99	1
1	6	1	6	6	6	1	0	99	1	11	100
2	6	5	5	5	5	1	0	99	0	99	100
4	5	2	6	4	5	1	0	99	0	99	100
3	5	2	6	5	5	100	1	99	0	99	10
1	6	1	5	6	6	1	0	99	1	4	1
3	5	3	4	5	5	1	0	99	1	3	100
3	6	3	5	5	5	1	0	99	1	21	1
1	1	1	6	5	5	100	0	99	0	99	100
2	5	3	3	5	4	1	0	99	1	14	1
3	5	3	4	5	5	1	0	99	0	99	1
2	6	2	5	6	4	1	0	99	1	9	1

VIII Anhang:

1	4	1	6	6	6	1	0	99	0	99	100
2	4	3	6	6	5	10	0	99	0	99	100
2	6	2	4	5	4	100	0	99	1	21	100
4	5	4	5	4	5	10	0	99	0	99	1
2	4	1	3	6	6	100	0	99	0	99	1
1	6	1	4	4	4	100	0	99	0	99	100
3	1	2	4	5	6	1	0	99	0	99	1
2	4	2	5	4	5	1	0	99	0	99	100
2	5	4	6	5	5	1	0	99	0	99	100
2	3	2	5	5	5	1	0	99	1	2	1
2	5	2	5	5	5	10	0	99	1	3	100
3	2	1	5	5	5	10	0	99	0	99	10
1	6	6	5	6	6	1	1	3	1	11	100
2	5	5	4	6	5	1	0	99	1	12	1
2	5	2	4	5	5	1	0	99	1	11	1
2	4	4	5	6	5	10	0	99	0	99	100
1	5	4	5	6	5	1	0	99	1	3	100
1	6	1	6	6	5	1	0	99	0	99	1
3	5	3	5	5	5	1	0	99	0	99	100
1	5	5	5	5	6	1	0	99	0	99	100
1	6	1	5	6	5	1	0	99	0	99	100
2	5	2	6	5	4	1	0	99	1	3	100
2	5	2	5	5	4	1	0	99	1	21	10
2	5	4	3	5	4	1	0	99	0	99	1
3	5	3	4	6	4	1	0	99	0	99	100
2	5	2	4	2	5	1	0	99	0	99	1
,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,	,

A5 Krankheitserfahrung

Erfahrung mit Krankenhausaufenthalten

Tabelle A5-1: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Krankenhausaufenthalte (Frage: 'Warst Du schon einmal im Krankenhaus?')

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	26	84	18	72	63	89	31	80
Nein	5	16	7	28	8	11	8	21

Tabelle A5-2: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Krankenhausaufenthalte (Frage: 'Warst Du schon einmal im Krankenhaus?')

	n = 45	n = 25	n = 26	n = 14
Median	2	2	1,5	1
Modalwert	4	4	0	0
Minimum	0	0	0	0
Maximum	4	4	4	4

Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte

Tabelle A5-3: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Anzahl der Krankenhausaufenthalte (Frage: 'Wie oft warst Du im Krankenhaus?')

	KJ n = 31	KM n = 25	UJ n = 71	UM n = 39
Median	1	1	2	1
Modalwert	1	0	4	0
Minimum	0	0	0	0
Maximum	4	4	4	4

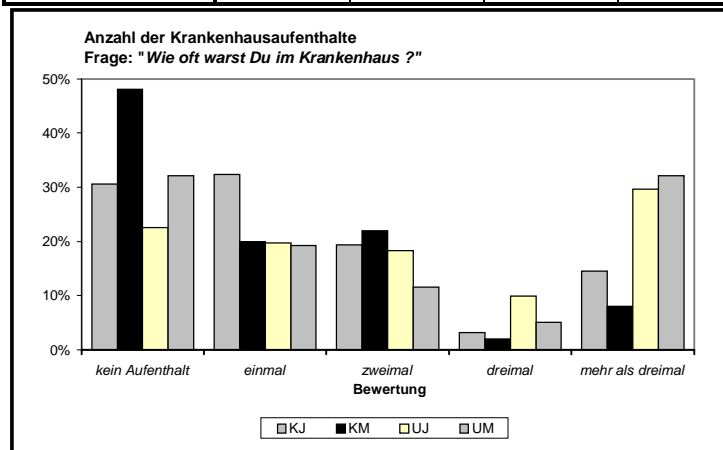


Abbildung A5-1: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Anzahl der Krankenhausaufenthalte

Tabelle A5-4: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Anzahl der Krankenhausaufenthalte (Frage: 'Wie oft warst Du im Krankenhaus?')

	n = 45	n = 25	n = 26	n = 14
Median	2	2	1,5	1
Modalwert	4	4	0	0
Minimum	0	0	0	0
Maximum	4	4	4	4

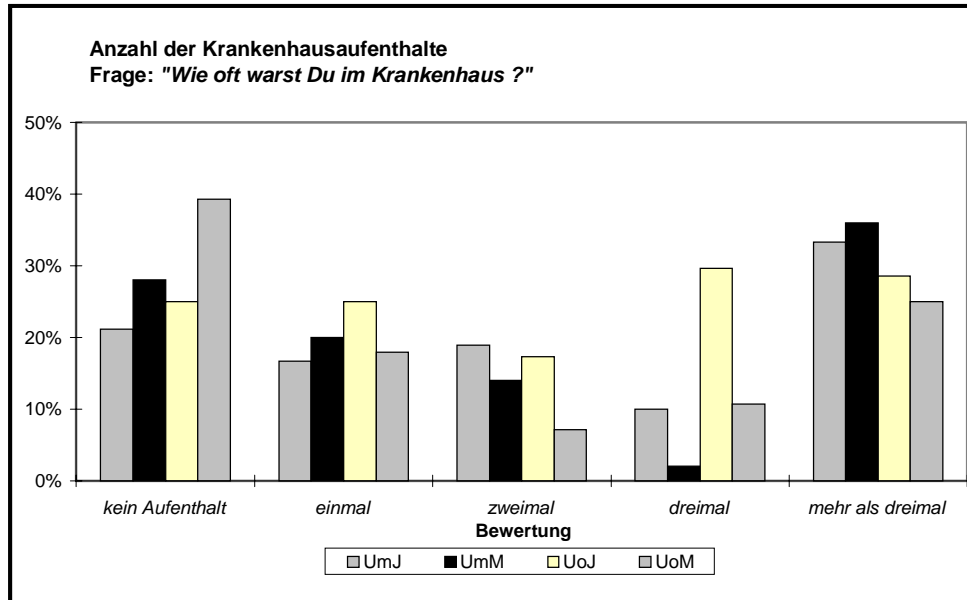


Abbildung A5-2: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Anzahl der Krankenhausaufenthalte

Gründe für die Krankenhausaufenthalte

Tabelle A5-5: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Gründe für Krankenhausaufenthalte (Frage: 'Warum warst Du im Krankenhaus?')

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Operationen	10	11	12	16	47	22	28	24
Unfälle/ Verletzungen	19	20	10	13	12	6	5	4
Schädigungsbedingt	2	2	3	4	12	6	5	4
Infektionen	4	4	3	4	5	2	2	2
Herz/ Kreislauf	1	1	0	0	2	1	2	2
Routine	0	0	0	0	7	3	3	3
Allergien	0	0	0	0	2	1	0	0
Sonstiges	3	3	3	4	5	2	4	3
Keine (weitere) Antwort	54	58	44	59	121	57	68	58

Tabelle A5-6: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Gründe für Krankenhausaufenthalte (Frage: 'Warum warst Du im Krankenhaus?')

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Operationen	33	24	22	29	14	18	6	14
Unfälle/ Verletzungen	9	7	4	5	3	4	1	2
Schädigungsbedingt	5	4	5	7	7	9	0	0
Infektionen	2	1	1	1	3	4	1	2
Herz/ Kreislauf	2	1	0	0	0	0	2	5
Routine	4	3	1	1	3	4	2	5
Allergien	1	1	0	0	1	1	0	0
Sonstiges	4	3	1	1	1	1	3	7
Keine (weitere) Antwort	75	56	41	55	46	59	27	64

Frequenz von Besuchen bei Ärzten oder bei Ärztinnen

Tabelle A5-7: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Anzahl der Besuche bei Ärztinnen und Ärzten (Frage: 'Wie oft warst Du seit den Sommerferien beim Arzt oder bei der Ärztin?')

	KJ n = 31	KM n = 25	UJ n = 71	UM n = 39
Median	2	2	1	2
Modalwert	2	2	1	1
Minimum	0	0	0	0
Maximum	4	4	4	4

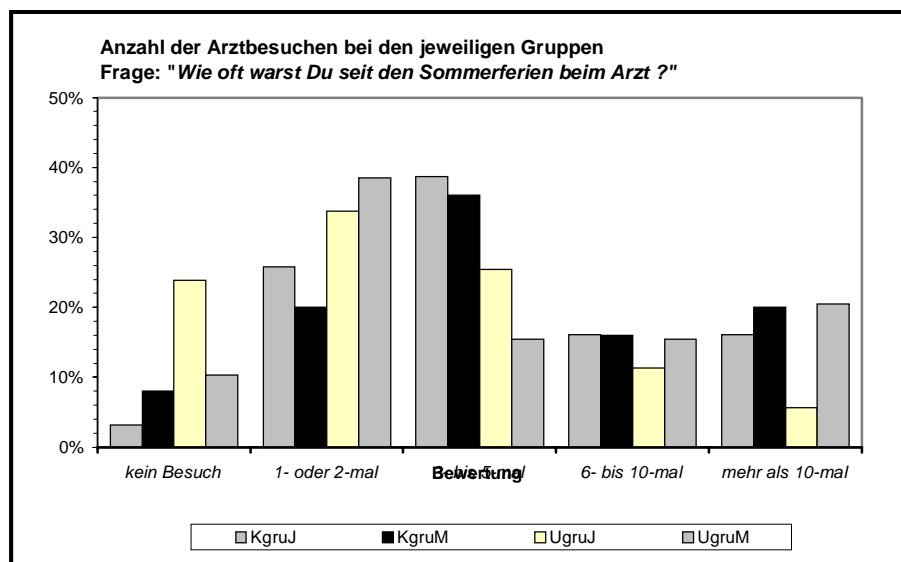


Abbildung A5-3: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Anzahl der Besuche bei Ärztinnen und Ärzten

Tabelle A5-7: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Anzahl der Besuche bei Ärztinnen und Ärzten (Frage: 'Wie oft warst Du seit den Sommerferien beim Arzt oder bei der Ärztin?')

	UmJ n = 45	UmM n = 25	UoJ n = 26	UoM n = 14
Median	1	1	1	2
Modalwert	1	1	1	4
Minimum	0	0	0	0
Maximum	4	4	4	4

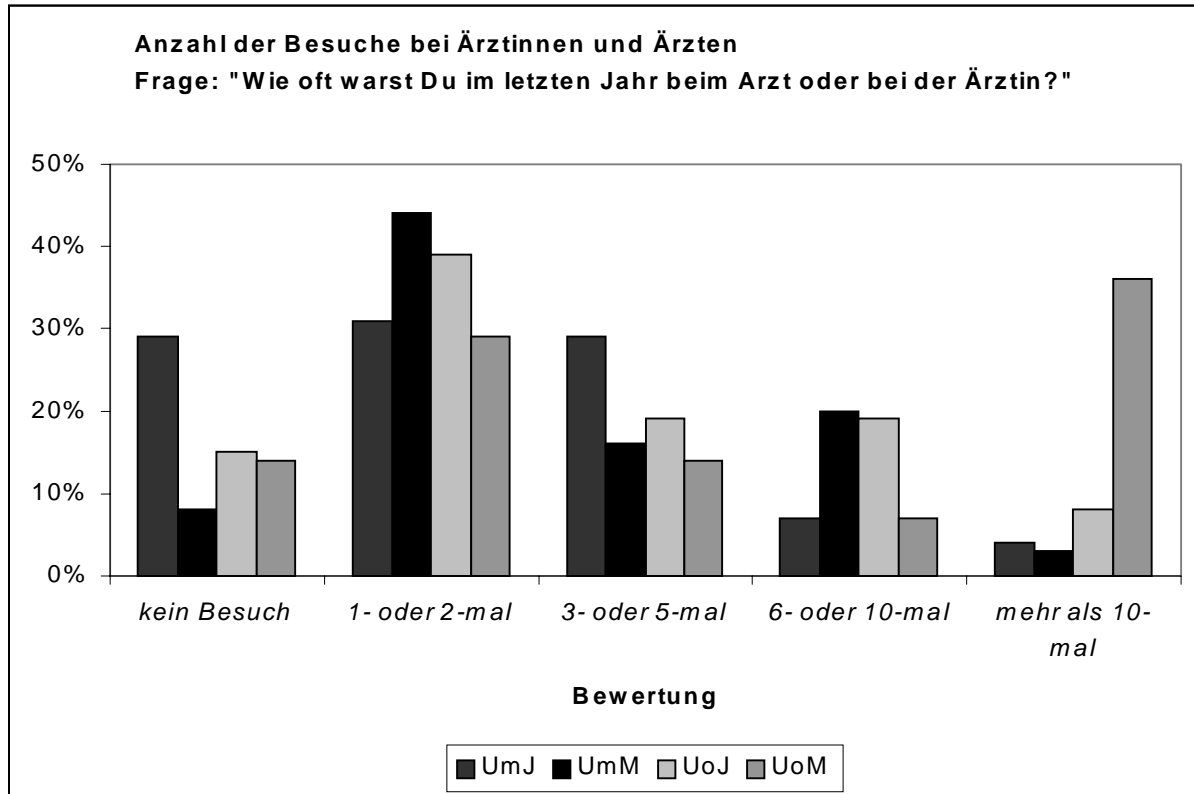


Abbildung A5-4: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Anzahl der Besuche bei Ärztinnen und Ärzten

Gründe für die Besuche bei Ärztinnen oder Ärzten

Tabelle A5-8: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Gründe der Besuche bei Ärztinnen und Ärzten (Frage: 'Warum warst Du beim Arzt oder bei der Ärztin?')

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Schmerzen	7	8	6	8	5	2	2	2
Unfälle/ Verletzungen	5	5	3	4	4	2	1	1
Schädigungsbedingt	1	1	2	3	1	1	3	3
Infektionen	9	10	10	13	18	8	17	15
Herz/ Kreislauf	1	1	1	1	1	1	2	2
Routine	5	5	2	3	18	8	11	9
Allergien	3	3	0	0	3	1	1	1
Facharzt/-ärztin	10	11	3	4	2	1	4	3
Sonstiges	8	9	5	7	6	3	2	2
Keine (weitere) Antwort	44	47	43	57	155	73	74	63

VIII Anhang:

Tabelle A5-9: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Gründe für Besuche bei Ärztinnen und Ärzten (Frage: 'Warum warst Du beim Arzt oder bei der Ärztin?')

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Schmerzen	4	3	1	1	1	1	1	2
Unfälle/ Verletzungen	3	2	0	0	1	1	1	2
Schädigungsbedingt	0	0	3	4	1	1	0	0
Infektionen	12	9	12	16	6	8	5	12
Herz/ Kreislauf	1	1	1	1	0	0	1	2
Routine	8	6	9	12	10	13	2	5
Allergien	2	1	1	1	1	1	0	0
Facharzt/-ärztin	2	1	2	3	0	0	2	5
Sonstiges	3	2	1	1	3	4	1	2
Keine (weitere) Antwort	100	74	45	60	55	71	29	69

Fehltage wegen Krankheit

Tabelle A5-10: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne Behinderung: Fehltage wegen Krankheit (Frage: 'Wie oft hast Du in diesem Schuljahr gefehlt, weil Du krank warst?')

	KJ n = 31	KM n = 25	UJ n = 71	UM n = 39
Mittelwert	19,839	12,24	8,282	14,205
Standardabweichung	28,925	17,489	9,617	23,095
Median	10	6	5	5

Tabelle A5-11: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit und ohne sichtbare Schädigung: Fehltage wegen Krankheit (Frage: 'Wie oft hast Du in diesem Schuljahr gefehlt, weil Du krank warst?')

	UmJ n = 45	UmM n = 25	UoJ n = 26	UoM n = 14
Mittelwert	7,978	16,64	8,808	9,857
Standardabweichung	10,317	27,903	8,438	9,486
Median	5	5	5,5	6,5

A6 Extremgruppenvergleich Krankheitserfahrung

1 Gesundheitszustand

Momentaner Gesundheitszustand vor der Untersuchung

Tabelle A6-1: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Momentaner Gesundheitszustand vor der Untersuchung (Frage: „Bist Du gesund?“)

	Gruppe 1 n = 58		Gruppe 2 n = 33	
	n	%	n	%
Ja	45	78	24	73
Nein	2	3	3	9
Weiß nicht	11	19	6	18

Momentaner Gesundheitszustand nach der Untersuchung

Tabelle A6-2: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Momentaner Gesundheitszustand nach der Untersuchung (Frage: „Bist Du gesund?“)

	Gruppe 1 n = 58		Gruppe 2 n = 33	
	n	%	n	%
Ja	43	74	23	70
Nein	2	3	4	12
Weiß nicht	13	22	6	18

Veränderung des Gesundheitszustandes im Lebensverlauf

Tabelle A6-3: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Gesundheitszustand im Lebensverlauf (Frage: „Wie war Deine Gesundheit zwischen x und y Jahren?“)

	Gruppe 1 n = 58					Gruppe 2 n = 33				
	0-3 J.	4-6 J.	7-10 J.	11-13 J.	ab 14 J.	0-3 J.	4-6 J.	7-10 J.	11-13 J.	ab 14 J.
Median	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2
Modalwert	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5

Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jugendlichen und Erwachsenen

Tabelle A6-4: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jugendlichen und Erwachsenen („Wer ist gesünder?“)

	Gruppe 1 n = 58		Gruppe 2 n = 33	
	n	%	n	%
Erwachsene	18	31	12	36
Jugendliche	9	16	3	9
beide gleich	31	53	18	55

Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jungen und Mädchen

Tabelle A6-5: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jungen und Mädchen („Wer ist gesünder?“)

	Gruppe 1 n = 58		Gruppe 2 n = 33	
	n	%	n	%
Mädchen	6	10	7	21
Jungen	8	14	3	9
beide gleich	44	76	23	70

2 Gesundheitszustand und Menstruation

Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustandes während der Menstruation

Tabelle A6-6: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Einschätzen des Gesundheitszustandes während der Menstruation (Frage: „Sind Mädchen krank, wenn sie ihre Regel haben?“)

	Gruppe 1 n = 27		Gruppe 2 n = 16	
	n	%	n	%
Ja	7	25,9	3	19
Nein	20	74,1	13	81

Erfahrung mit der Menstruation

Tabelle A6-7: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Erfahrung mit der Menstruation (Frage: „Wann hattest Du Deine Regel?“)

	Gruppe 1 n = 27		Gruppe 2 n = 16	
	n	%	n	%
noch keine Menstruation	5	18,5	4	25
länger nicht gehabt	5	18,5	1	6
vor kurzem/ in Kürze/ zur Zeit	17	63	11	69

Gesundheitszustand während der Menstruation (krank)

Tabelle A6-8: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Einschätzen des Gesundheitszustandes als krank (Frage: Wenn ich meine Regel habe, fühle ich mich krank.“)

	Gruppe 1 n = 22	Gruppe 2 n = 12
Median	2	3,5
Modalwert	1	1
Minimum	1	1
Maximum	5	6

Gesundheitszustand während der Menstruation (gesund)

Tabelle A6-9: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Einschätzen des Gesundheitszustandes als gesund (Frage: Wenn ich meine Regel habe, fühle ich mich gesund.“)

	Gruppe 1 n = 22	Gruppe 2 n = 12
Median	3	4
Modalwert	5	5
Minimum	1	1
Maximum	6	6

3 Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit

Allgemeiner Gesundheitsbegriff

Tabelle A6-10: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Durchschnittliche Anzahl der Antworten zum allgemeinen Gesundheitsbegriff

	Gruppe 1	Gruppe 2
Anzahl der Antworten zum allgemeinen Gesundheitsbegriff	1,38	1,33

Antwortkategorien

Tabelle A6-11: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Antwortkategorien zum allgemeinen Gesundheitsbegriff (Frage: „Was ist Gesundheit?“)

	Gruppe 1 n = 58		Gruppe 2 n = 33	
	n	%	n	%
Gegenteil von Krankheit	14	8	6	6
Bezug zu Behinderung	4	2	1	1
Positive subjektive Befindlichkeit	20	12	17	17
Gesundheitsorientiertes Handeln	13	8	7	7
Berücksichtigung von Psych.+ Phys.	0	0	2	2
Fehlende Symptome	11	6	4	4
Sonstiges	3	2	1	1
Äußere Bedingungen	1	1	1	1
nicht auswertbar	14	8	5	5
Summe gegebener Antworten	80	46	44	45
keine 2./3. Antwort	94	54	55	56
Summe möglicher Antworten	174	100	99	100

Persönlicher Gesundheitsbegriff

Tabelle A6-12: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Durchschnittliche Anzahl der Antworten zum persönlichen Gesundheitsbegriff

	Gruppe 1	Gruppe 2
Anzahl der Antworten zum persönlichen Gesundheitsbegriff	1,10	1,12

Antwortkategorien

Tabelle A6-13: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Antwortkategorien zum persönlichen Gesundheitsbegriff (Frage: „Ich fühle mich rundherum gesund, wenn ...“)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	n = 58		n = 33	
	n	%	n	%
Gegenteil von Krankheit	5	3	3	3
Bezug zu Behinderung	1	1	3	3
Positive subjektive Befindlichkeit	24	14	11	11
Gesundheitsorientiertes Handeln	17	10	5	5
Berücksichtigung von Psych.+ Phys.	1	1	1	1
Fehlende Symptome	6	3	3	3
Sonstiges	1	1	3	3
Äußere Bedingungen	5	3	5	5
nicht auswertbar	4	2	3	3
Summe gegebener Antworten	64	37	37	37
keine 2./ 3. Antwort	110	63	62	63
Summe möglicher Antworten	174	100	99	100

Allgemeiner Krankheitsbegriff

Tabelle A6-14: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Durchschnittliche Anzahl der Antworten zum allgemeinen Krankheitsbegriff

	Gruppe 1	Gruppe 2
Anzahl der Antworten zum allgemeinen Krankheitsbegriff	1,53	1,60

Antwortkategorien

Tabelle A6-15: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Antwortkategorien zum allgemeinen Krankheitsbegriff (Frage: „Was ist Krankheit?“)

	Gruppe 1 n = 58		Gruppe 2 n = 33	
	n	%	n	%
Gegenteil von Gesundheit	4	2	0	0
Bezug zu Behinderung	6	3	2	2
Negative subjektive Befindlichkeit	23	13	16	16
Gesundheitsorientiertes Handeln	10	6	4	4
Berücksichtigung von Psych.+ Phys.	1	1	1	1
Symptome/ Krankheiten	32	18	26	26
Sonstiges	3	2	0	0
Äußere Bedingungen	2	1	0	0
nicht auswertbar	8	5	4	4
Summe gegebener Antworten	89	51	53	54
keine Antwort	85	49	46	47
Summe möglicher Antworten	174	100	99	100

Persönlicher Krankheitsbegriff

Tabelle A6-16: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Durchschnittliche Anzahl der Antworten zum persönlichen Krankheitsbegriff

	Gruppe 1	Gruppe 2
Anzahl der Antworten zum persönlichen Krankheitsbegriff	1,22	1,27

Antwortkategorien

Tabelle A6-17: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Antwortkategorien zum persönlichen Krankheitsbegriff (Frage: „Ich fühle mich richtig krank, wenn ...“)

	Gruppe 1 n = 58		Gruppe 2 n = 33	
	n	%	n	%
Gegenteil von Gesundheit	1	1	1	1
Bezug zu Behinderung	0	0	0	0
Negative subjektive Befindlichkeit	23	13	13	13
Gesundheitsorientiertes Handeln	6	3	2	2
Berücksichtigung von Psych.+ Phys.	0	0	5	5
Symptome/ Krankheiten	32	18	18	18
Sonstiges	1	1	1	1
Äußere Bedingungen	2	1	1	1
nicht auswertbar	6	3	1	1
Summe gegebener Antworten	71	41	42	42
keine Antwort	103	59	57	58
Summe möglicher Antworten	174	100	99	100

Vergleich von Gesundheit mit bestehenden Vorstellungen

Tabelle A6-18: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Beurteilung bestehender Gesundheitsvorstellungen (Frage: „Womit würdest Du Gesundheit am ehesten vergleichen?“)

	Gruppe 1 n = 58		Gruppe 2 n = 33	
	n	%	n	%
Uhr Leistungsfähigkeit)	15	26	6	18
Luftballon (Krankheit ausschließend)	15	26	9	27
Lineal (Kontinuum)	11	19	8	24
Mobile (Gleichgewicht)	17	29	10	30

Beurteilung von Krankheit

Tabelle A6-19: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Bewertung von Krankheit (Frage: „Wie findest Du es krank zu sein?“)

	Gruppe 1 n = 58	Gruppe 2 n = 33
Median	3	3
Modalwert	3	3
Minimum	1	1
Maximum	5	5

Gründe für diese Beurteilung von Krankheit

Tabelle A6-20: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Grund der Beurteilung (Frage: „Warum findest Du es ... krank zu sein und im Bett zu liegen?“)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	n	%	n	%
eigener Grund: entspannen	0	0	2	3
eigener Grund: aktiv sein	1	1	2	3
eigener Grund: passiv sein	3	3	4	6
eigener Grund: negative Befindlichkeit	1	1	0	0
eigener Grund: Sonstiges	2	2	1	2
... tun, wozu ich Lust habe	6	5	3	5
... meine FreundInnen nicht sehen kann	31	27	20	31
... verwöhnt werden	9	8	0	0
... keiner kümmert sich um mich	0	0	0	0
... keine Schule	40	34	26	40
... allein sein	22	19	7	11

4 Stellenwert von Gesundheit

Tabelle A6-21: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Bedeutung verschiedener Werte im Leben (Frage: „Wie wichtig ist Dir ...?“)

	Gruppe 1 n = 58							Gruppe 2 n = 33						
	FreundInnen haben	Gesund sein	Gute Zensuren haben	Geld haben	Spaß haben	Gut aussehen	Freund/ Freundin haben	FreundInnen haben	Gesund sein	Gute Zensuren haben	Geld haben	Spaß haben	Gut aussehen	Freund/ Freundin haben
Median	3	2	4	5	2	5	5	2	2	4	5	3	5	4
Modalwert	2	1	5	5	1	5	5	2	1	5	5	3	5	5
Minimum	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	2
Maximum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

5 Gesundheitsorientiertes Handeln

Möglichkeit auf den Gesundheitszustand einzuwirken

Tabelle A6-22: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Möglichkeit etwas für die Gesundheit zu tun (Frage: „Kannst Du etwas für Deine Gesundheit tun?“)

	Gruppe 1 n = 58		Gruppe 2 n = 33	
	n	%	n	%
Ja	52	90	30	91
Nein	6	10	3	9

Einwirkungsmöglichkeiten auf den Gesundheitszustand

Tabelle A6-23: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Möglichkeiten auf Gesundheit einzuwirken (Frage: „Was tust Du für Deine Gesundheit/ könntest Du für Deine Gesundheit tun?“)

	Gruppe 1 n = 58		Gruppe 2 n = 33	
	n	%	n	%
Obst und Gemüse essen	37	32	19	29
Musik hören/ machen	12	10	9	14
Etwas mit FreundInnen unternehmen	12	10	7	11
Regelmäßig zu ÄrztInnen	16	14	15	23
An die frische Luft gehen	28	24	12	18
Versuchen, in der Schule mitzukommen	11	10	4	6

Frequenz des gesundheitsorientierten Handelns

Tabelle A6-24: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Art und Frequenz des gesundheitsorientierten Handelns (Frage: „Wie oft tust Du ...?“)

	Gruppe 1 n = 58						Gruppe 2 n = 33					
	Obst und Gemüse	Musik hören	Untern. mit FreundInnen	regelm. zu ÄrztInnen	frische Luft	i. d. Schule mitkommen	Obst und Gemüse	Musik hören	Untern. mit FreundInnen	regelm. zu ÄrztInnen	frische Luft	i. d. Schule mitkommen
Median	4	6	6	3,50	5	6	5	6	6	4	6	5
Modalwert	4;5	6	6	4	6	6	5	6	6	4	6	5
Minimum	2	3	4	1	2	4	1	3	4	3	3	4
Maximum	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	5

Möglichkeit, darüberhinaus etwas für Gesundheitszustand zu tun

Tabelle A6-25: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Beurteilung der Möglichkeit darüber hinaus etwas für die Gesundheit zu tun (Frage: „Tust Du noch mehr für Deine Gesundheit?“)

	Gruppe 1 n = 58		Gruppe 2 n = 33	
	n	%	n	%
Ja	37	64	20	61
Nein	15	26	10	30
Item nicht bearbeitet	6	10	3	9

Weitere Beispiele für Gesundheitsorientiertes Handeln

Tabelle A6-26: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Weitere Möglichkeiten gesundheitsorientierten Handelns (Frage: „Was tust Du noch für Deine Gesundheit?“)

	Gruppe 1 n = 52		Gruppe 2 n = 30	
	n	%	n	%
Sport/ Bewegung	20	12	14	14
Gesundheitsverhalten	4	2	3	3
Medizinische Maßnahmen	2	1	3	3
Hobbies/ Freizeitbeschäftigung	6	3	1	1
Aufenthalt im Freien	4	2	2	2
Unternehmungen mit FreundInnen	3	2	1	1
Entspannung	2	1	2	2
Kognitives	2	1	1	1
Sonstiges	2	1	2	2
Summe der gegebenen Antworten	45	26	29	29
keine 2./ 3. Antwort	111	74	61	71
Summe der möglichen Antworten	156	100	90	100

6 Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit

Internale Kontrollüberzeugungen

Tabelle A6-27: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Internale Kontrollüberzeugungen

	Gruppe 1 n = 58	Gruppe 2 n = 33
Mittelwert	30,362	27,879
Standardabweichung	5,31	6,823
Median	31	28

External fatalistische Kontrollüberzeugungen

Tabelle A6-28: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: External fatalistische Kontrollüberzeugungen

	Gruppe 1 n = 58	Gruppe 2 n = 33
Mittelwert	27,466	26,273
Standardabweichung	6,857	6,907
Median	28	25

External soziale Kontrollüberzeugungen

Tabelle A6-29: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: External soziale Kontrollüberzeugungen

	Gruppe 1 n = 58	Gruppe 2 n = 33
Mittelwert	28,138	26,394
Standardabweichung	6,97	7,905
Median	28	27

Fokussierte Beschwerden

Tabelle A6-30: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Krankheitserfahrung: Fokussierte Beschwerden (Frage: „An welche Beschwerden hast Du gedacht?“)

	Gruppe 1 n = 58		Gruppe 2 n = 33	
	n	%	n	%
Schmerzen	35	20	23	23
Unfälle, Verletzungen	3	2	1	1
Schadigungsbedingte Beschwerden	0	0	10	10
Infektionen	27	16	14	14
Herz-, Kreislaufbeschwerden	1	1	1	1
Allergien	2	1	1	1
psychische Beschwerden	3	2	1	1
Sonstiges	7	4	1	1
Summe der gegebenen Antworten	78	45	52	52
keine Antwort	96	55	47	48
Summe der möglichen Antworten	174	100	99	100

A7 Computererfahrung

Vorerfahrung mit Computern

Tabelle A7-1: Computererfahrung Jugendliche mit und ohne Behinderung: Vorerfahrung mit Computern ('Hast Du schon einmal an einem Computer gesessen?')

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	29	94	25	100	70	99	38	97
Nein	2	7	0	0	1	1	1	3

Tabelle A7-2: Computererfahrung Jugendliche mit und ohne sichtbare Schädigung: Vorerfahrung mit Computern ('Hast Du schon einmal an einem Computer gesessen?')

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	44	98	25	100	26	100	13	93
Nein	1	2	0	0	0	0	1	7

Den Jugendlichen, die keine Computererfahrung haben, wurden die folgenden Fragen nicht gestellt, sie erscheinen in der entsprechenden Kategorie.

Art der Beschäftigung

Tabelle A7-3: Computererfahrung Jugendliche mit und ohne Behinderung: Art der Beschäftigung ('Wofür benutzt Du den Computer am häufigsten?')

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Für die Schule/ Hausaufgaben	3	10	3	12	25	35	16	41
Zum Musik machen	3	10	1	4	1	1	0	0
Zum Programmieren	2	7	2	8	4	6	2	5
Zum Spielen	21	68	19	76	40	56	20	51
Keine Computererfahrung	2	7	0	0	1	1	1	3

Tabelle A7-3: Computererfahrung Jugendliche mit und ohne sichtbare Schädigung: Art der Beschäftigung ('Wofür benutzt Du den Computer am häufigsten?')

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Für die Schule/ Hausaufgaben	19	42	10	40	6	23	6	43
Zum Musik machen	1	2	0	0	0	0	0	0
Zum Programmieren	4	9	1	4	0	0	1	7
Zum Spielen	20	44	14	56	20	77	6	43
Keine Computererfahrung	1	2	0	0	0	0	1	7

Häufigkeit der Beschäftigung

Tabelle A7-4: Computererfahrung Jugendliche mit und ohne Behinderung: Häufigkeit der Beschäftigung ('Wie oft benutzt Du den Computer?')

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Weniger als einmal die Woche	9	29	18	72	19	27	20	51
Ein- bis zweimal die Woche	10	32	5	20	17	24	9	23
Mehrmals die Woche	7	23	2	8	14	20	5	13
Täglich	3	10	0	0	20	28	4	10
Keine Computererfahrung	2	7	0	0	1	1	1	3

Tabelle A7-5: Computererfahrung Jugendliche mit und ohne sichtbare Schädigung: Häufigkeit der Beschäftigung ('Wie oft benutzt Du den Computer?')

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Weniger als einmal die Woche	12	27	11	44	7	27	9	64
Ein- bis zweimal die Woche	12	27	7	28	5	19	2	14
Mehrmals die Woche	8	18	5	20	6	23	0	0
Täglich	12	27	2	8	8	31	2	14
Keine Computererfahrung	1	2	0	0	0	0	1	7

Dauer der Beschäftigung

Tabelle A7-6: Computererfahrung Jugendliche mit und ohne Behinderung: Dauer der Beschäftigung ('Wie lange beschäftigst Du Dich mit dem Computer?')

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mehr als drei Stunden	0	0	2	8	5	7	9	23
Drei Stunden	4	13	8	32	9	13	7	18
Zwei Stunden	8	26	7	28	17	24	10	26
Eine Stunde	7	23	5	20	18	25	5	13
Eine halbe Stunde	4	13	1	4	6	9	3	8
Ein paar Minuten	6	19	2	8	15	21	4	10
Keine Computererfahrung	2	7	0	0	1	1	1	3

Tabelle A7-7: Computererfahrung Jugendliche mit und ohne sichtbare Schädigung: Dauer der Beschäftigung ('Wie lange beschäftigst Du Dich mit dem Computer?')

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mehr als drei Stunden	3	7	6	24	2	8	3	21
Drei Stunden	6	13	5	20	3	12	2	14
Zwei Stunden	12	27	8	32	5	19	2	14
Eine Stunde	9	20	2	8	9	35	3	21
Eine halbe Stunde	3	7	2	8	3	12	1	7
Ein paar Minuten	11	24	2	8	4	15	2	14
Keine Computererfahrung	1	2	0	0	0	0	1	7

Computerbesitz

Tabelle A7-8: Computererfahrung Jugendliche mit und ohne Behinderung: Computerbesitz

	KJ n = 31		KM n = 25		UJ n = 71		UM n = 39	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	23	74	13	52	41	58	14	36
Nein	6	19	12	48	29	41	24	62
Keine Computererfahrung	2	7	0	0	1	1	1	3

Tabelle A7-9: Computererfahrung Jugendliche mit und ohne sichtbare Schädigung: Computerbesitz

	UmJ n = 45		UmM n = 25		UoJ n = 26		UoM n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	25	56	11	44	16	62	3	21
Nein	19	42	14	56	10	39	10	71
Keine Computererfahrung	1	2	0	0	0	0	1	7

A8 Extremgruppenvergleich Computererfahrung

1 Gesundheitszustand

Momentaner Gesundheitszustand vor der Untersuchung

Tabelle A8-1: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung:
Momentaner Gesundheitszustand vor der Untersuchung (Frage: „Bist Du gesund?“)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	n = 22		n = 46	
	n	%	n	%
Ja	18	69	40	87
Nein	4	15	1	2
Weiß nicht	4	15	5	11

Momentaner Gesundheitszustand nach der Untersuchung

Tabelle A8-2: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung:
Momentaner Gesundheitszustand nach der Untersuchung (Frage: „Bist Du gesund?“)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	n = 22		n = 46	
	n	%	n	%
Ja	19	73	31	67
Nein	3	12	2	4
Weiß nicht	4	15	13	28

Veränderung des Gesundheitszustandes im Lebensverlauf

Tabelle A8-3: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung:
Gesundheitszustand im Lebensverlauf (Frage: „Wie war Deine Gesundheit zwischen x und y Jahren?“)

	Gruppe 1					Gruppe 2				
	n = 22					n = 46				
	0-3 J.	4-6 J.	7-10 J.	11-13 J.	ab 14 J.	0-3 J.	4-6 J.	7-10 J.	11-13 J.	ab 14 J.
Median	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2
Modalwert	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1
Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4

Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jugendlichen und Erwachsenen

Tabelle A8-4: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jugendlichen und Erwachsenen („Wer ist gesünder?“)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	n = 22		n = 46	
	n	%	n	%
Erwachsene	9	35	14	30
Jugendliche	1	4	6	13
beide gleich	16	62	26	57

Einschätzen des Gesundheitszustandes von Mädchen und Jungen

Tabelle A8-5: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Einschätzen des Gesundheitszustandes von Jungen und Mädchen („Wer ist gesünder?“)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	n = 22		n = 46	
	n	%	n	%
Mädchen	6	23	9	20
Jungen	3	12	3	7
beide gleich	17	65	34	74

Einschätzen des Gesundheitszustandes bei verschiedenen Beschwerden

Tabelle A8-6: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Erfahrung mit der Menstruation (Frage: „Wann hattest Du Deine Regel?“)

	Gruppe 1						Gruppe 2					
	n = 22						n = 46					
	Müdigkeit	Schnupfen	Bauchweh vor KA	Armbruch	Schmerzen	Kummer	Müdigkeit	Schnupfen	Bauchweh vor KA	Armbruch	Schmerzen	Kummer
Median	3	4	3	4	5	3	3	4	2	5	4,5	3
Modalwert	3	4	1	4	5	3	2	4	3	6	4	3
Minimum	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1
Maximum	6	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6

Zufriedenheit mit Gesundheit

Tabelle A8-7: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Zufriedenheit mit Gesundheit (Frage: „Wie zufrieden bist Du mit Deiner Gesundheit?“)

	Gruppe 1	Gruppe 2
	n = 22	n = 46
Median	5	5
Modalwert	5	6
Minimum	2	2
Maximum	6	6

2 Gesundheitszustand und Menstruation

Allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustandes während der Menstruation

Tabelle A8-8: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Einschätzen des Gesundheitszustandes während der Menstruation (Frage: „Sind Mädchen krank, wenn sie ihre Regel haben?“)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	n = 22	n = 46	n	%
Ja	1	6	1	14
Nein	16	94	6	86

Erfahrung mit der Menstruation

Tabelle A8-9: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Erfahrung mit der Menstruation (Frage: „Wann hattest Du Deine Regel?“)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	n = 22	n = 46	n	%
noch keine Menstruation	6	35	3	43
länger nicht gehabt	1	6	0	0
vor kurzem/ in Kürze/ zur Zeit	10	59	4	57

Gesundheitszustand während der Menstruation (krank)

Tabelle A8-10: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Einschätzen des Gesundheitszustandes als krank (Frage: Wenn ich meine Regel habe, fühle ich mich krank.“)

	Gruppe 1	Gruppe 2
	n = 22	n = 46
Median	2	3
Modalwert	1	1
Minimum	1	1
Maximum	6	5

Gesundheitszustand während der Menstruation (gesund)

Tabelle A8-11: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Einschätzen des Gesundheitszustandes als gesund (Frage: Wenn ich meine Regel habe, fühle ich mich gesund.“)

	Gruppe 1	Gruppe 2
	n = 22	n = 46
Median	5	4
Modalwert	5	6
Minimum	1	1
Maximum	6	6

3 Subjektive Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit

Allgemeiner Gesundheitsbegriff

Tabelle A8-12: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Durchschnittliche Anzahl der Antworten zum allgemeinen Gesundheitsbegriff

	Gruppe 1 n = 22	Gruppe 2 n = 46
Anzahl der Antworten zum allgemeinen Gesundheitsbegriff	1,58	1,26

Antwortkategorien

Tabelle A8-13: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Antwortkategorien zum allgemeinen Gesundheitsbegriff (Frage: „Was ist Gesundheit?“)

	Gruppe 1 n = 22		Gruppe 2 n = 46	
	n	%	n	%
Gegenteil von Krankheit	6	7,7	5	3,6
Bezug zu Behinderung	1	1,3	2	1,4
Positive subjektive Befindlichkeit	12	15,4	22	15,9
Gesundheitsorientiertes Handeln	7	9,0	10	7,2
Berücksicht. v. Psych.+ Phys.	1	1,3	0	0,0
Fehlende Symptome	4	5,1	6	4,3
Sonstiges	2	2,6	3	2,2
Äußere Bedingungen	2	2,6	0	0,0
nicht auswertbar	6	7,7	10	7,2
keine 2. und 3. Antwort	37	47,4	80	58,0

Persönlicher Gesundheitsbegriff

Tabelle A8-14: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Durchschnittliche Anzahl der Antworten zum persönlichen Gesundheitsbegriff

	Gruppe 1 n = 22	Gruppe 2 n = 46
Anzahl der Antworten zum persönlichen Gesundheitsbegriff	1,08	1,13

Antwortkategorien

Tabelle A8-15: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Antwortkategorien zum persönlichen Gesundheitsbegriff (Frage: „Ich fühle mich rundherum gesund, wenn ...“)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	n = 22		n = 46	
	n	%	n	%
Gegenteil von Krankheit	2	2,6	2	1,4
Positive subjektive Befindlichkeit	8	10,3	22	15,9
Gesundheitsorientiertes Handeln	6	7,7	18	13,0
Fehlende Symptome	4	5,1	2	1,4
Sonstiges	7	6,5	7	5,0
nicht auswertbar	3	3,8	1	0,7
keine 2. und 3. Antwort	50	64,1	86	62,3

Allgemeiner Krankheitsbegriff

Tabelle A8-16: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Durchschnittliche Anzahl der Antworten zum allgemeinen Krankheitsbegriff

	Gruppe 1	Gruppe 2
	n = 22	n = 46
Anzahl der Antworten zum allgemeinen Krankheitsbegriff	1,50	1,46

Antwortkategorien

Tabelle A8-17: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Antwortkategorien zum allgemeinen Krankheitsbegriff (Frage: „Was ist Krankheit?“)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	n = 22		n = 46	
	n	%	n	%
Gegenteil von Gesundheit	1	1	4	3
Bezug zu Behinderung	3	4	3	2
Negative subjektive Befindlichkeit	6	8	22	16
Gesundheitsorientiertes Handeln	5	6	6	4
Berücksicht. v. Psych.+ Phys.	0	0	1	1
Symptome/ Krankheiten	20	26	25	18
Sonstiges	1	1	0	0
Äußere Bedingungen	1	1	0	0
nicht auswertbar	2	3	6	4
Keine 2. und 3. Antwort	39	50	71	51

Persönlicher Krankheitsbegriff

Tabelle A8-18: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Durchschnittliche Anzahl der Antworten zum persönlichen Krankheitsbegriff

	Gruppe 1 n = 22	Gruppe 2 n = 46
Anzahl der Antworten zum persönlichen Krankheitsbegriff	1,31	1,20

Antwortkategorien

Tabelle A8-19: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Antwortkategorien zum persönlichen Krankheitsbegriff (Frage: „Ich fühle mich richtig krank, wenn ...“)

Vergleich von Gesundheit mit bestehenden Vorstellungen

	Gruppe 1 n = 22		Gruppe 2 n = 46	
	n	%	n	%
Gegenteil von Gesundheit	0	0	1	1
Bezug zu Behinderung	0	0	0	0
Negative subjektive Befindlichkeit	7	9	18	13
Gesundheitsorientiertes Handeln	3	4	5	4
Berücksicht. v. Psych.+ Phys.	1	1	2	1
Symptome/ Krankheiten	15	19	23	17
Sonstiges	3	4	0	0
Äußere Bedingungen	2	3	2	1
nicht auswertbar	3	4	4	3
keine 2. und 3. Antwort	44	56	83	60

Tabelle A8-20: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Beurteilung bestehender Gesundheitsvorstellungen (Frage: „Womit würdest Du Gesundheit am ehesten vergleichen?“)

	Gruppe 1 n = 22		Gruppe 2 n = 46	
	n	%	n	%
Uhr (Leistungsfähigkeit)	2	8	11	24
Luftballon (Krankheit ausschließend)	8	31	12	26
Lineal (Kontinuum)	6	23	10	21
Mobile (Gleichgewicht)	10	39	13	28

Beurteilung von Krankheit

Tabelle A8-21: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Bewertung von Krankheit (Frage: „Wie findest Du es krank zu sein?“)

	Gruppe 1 n = 22	Gruppe 2 n = 46
Median	3	3
Modalwert	3	3
Minimum	1	1
Maximum	5	5

Gründe für die Bewertung von Krankheit

Tabelle A8-22: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Grund der Beurteilung (Frage: „Warum findest Du es ... krank zu sein und im Bett zu liegen?“)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	n = 22	n = 46	n	%
eigener Grund: entspannen	0	0	2	2
eigener Grund: aktiv sein	0	0	2	2
eigener Grund: passiv sein	4	8	3	3
eigener Grund: negative Befindlichkeit	1	2	0	0
eigener Grund: Sonstiges	0	0	1	1
... tun, wozu ich Lust habe	2	4	7	8
... meine FreundInnen nicht sehen kann	11	21	33	36
... verwöhnt werden	2	4	5	5
... keine Schule	16	31	29	32
... allein sein	16	31	10	11

4 Stellenwert von Gesundheit

Tabelle A8-23: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Bedeutung verschiedener Werte im Leben (Frage: „Wie wichtig ist Dir ...?“)

	Gruppe 1							Gruppe 2						
	n = 22							n = 46						
	FreundInnen haben	Gesund sein	Gute Zensuren haben	Geld haben	Spaß haben	Gut aussehen	Freund/ Freundin haben	FreundInnen haben	Gesund sein	Gute Zensuren haben	Geld haben	Spaß haben	Gut aussehen	Freund/ Freundin haben
Median	2	2	4	5	3	5	5	2	2	4	5	2	5	4
Modalwert	2	1	5	5	2	5	5	2	1	5	5	2	5	5
Minimum	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2
Maximum	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

5 Gesundheitsorientiertes Handeln

Möglichkeit auf den Gesundheitszustand einzuwirken

Tabelle A8-24: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Möglichkeit etwas für die Gesundheit zu tun (Frage: „Kannst Du etwas für Deine Gesundheit tun?“)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	n = 22	n = 46	n	%
Ja	23	88	43	93,4
Nein	3	12	3	7

Einwirkungsmöglichkeiten auf den Gesundheitszustand

Tabelle A8-25: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Möglichkeiten auf Gesundheit einzuwirken (Frage: „Was tust Du für Deine Gesundheit/ könntest Du für Deine Gesundheit tun?“)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	n = 22	n = 46	n = 46	n = 46
	n	%	n	%
Obst und Gemüse essen	18	35	26	28,3
Musik hören/ machen	7	14	11	12
etwas mit FreundInnen unternehmen	7	14	16	17,4
regelmäßig zu ÄrztInnen	8	15	15	16,3
an die frische Luft gehen	8	15	17	18,3
versuchen, in der Schule mitzukommen	4	8	7	8

Frequenz des gesundheitsorientierten Handelns

Tabelle A8-26: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Art und Frequenz des gesundheitsorientierten Handelns (Frage: „Wie oft tust Du ...?“)

	Gruppe 1						Gruppe 2					
	n = 22						n = 46					
	Müdigkeit	Schnupfen	Bauchweh vor KA	Armbruch	Schmerzen	Kummer	Müdigkeit	Schnupfen	Bauchweh vor KA	Armbruch	Schmerzen	Kummer
Median	3	4	3	4	5	3	3	4	2	5	4	3
Modalwert	3	4	1	4	5	3	2	4	3	6	4	3
Minimum	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1
Maximum	6	5	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6

Möglichkeit, darüberhinaus etwas für Gesundheitszustand zu tun

Tabelle A8-27: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Beurteilung der Möglichkeit darüber hinaus etwas für die Gesundheit zu tun (Frage: „Tust Du noch mehr für Deine Gesundheit?“)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	n = 22	n = 46	n = 46	n = 46
	n	%	n	%
Ja	15	58	35	76
Nein	8	31	8	17
Item nicht bearbeitet	3	12	3	7

Weitere Beispiele für Gesundheitsorientiertes Handeln

Tabelle A8-28: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Weitere Möglichkeiten gesundheitsorientierten Handelns (Frage: „Was tust Du noch für Deine Gesundheit?“)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	n = 22		n = 46	
	n	%	n	%
Sport/ Bewegung	8	10	8	12,1
Gesundheitsorientiertes Handeln	2	3	2	3
Medizinische Maßnahmen	0	0	0	0
Hobbies/ Freizeitbeschäftigung	3	4	3	4,5
Aufenthalt im Freien	3	4	3	4,5
Unternehmungen mit FreundInnen	2	3	2	3
Entspannung	1	1	1	1,5
Kognitives	0	0	0	0
Sonstiges	3	4	3	4,5
keine weitere Antwort	56	72	44	66,7

6 Krankheitserfahrung

Erfahrung mit Krankenhausaufenthalten

Tabelle A8-29: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Erfahrung mit Krankenhausaufenthalten (Frage: „Wie oft warst Du nach Deiner Geburt im Krankenhaus?“)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	n = 22		n = 46	
	n	%	n	%
Ja	22	84,6	38	82,6
Nein	4	15,4	8	17,4

Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte

Tabelle A8-30: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte (Frage: „Wie oft warst Du im Krankenhaus?“)

	Gruppe 1	Gruppe 2
	n = 22	n = 46
Median	2	2
Modalwert	4	4
Minimum	1	1
Maximum	4	4

Gründe für die Krankenhausaufenthalte

Tabelle A8-31: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Gründe für Krankenhausaufenthalte (Frage: „Warum warst Du im Krankenhaus?“)

	Gruppe 1 n = 22		Gruppe 2 n = 46	
	n	%	n	%
Operationen	19	24	24	17
Unfälle/ Verletzungen	8	10	11	8
Schädigungsbedingt	1	1	8	6
Infektionen	0	0	4	3
Herz/ Kreislauf	1	1	1	1
Routine	2	3	3	2
Allergien	0	0	1	1
Sonstiges	3	4	4	3
keine 2./ 3. Antwort	44	56	82	59

Frequenz von Besuchen bei Ärztinnen und Ärzten

Tabelle A8-32: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Frequenz der Arzt- und Ärztinnenbesuche (Frage: „Wie oft warst Du seit den Sommerferien beim Arzt oder bei der Ärztin?“)

	Gruppe 1 n = 22	Gruppe 2 n = 46
Median	2	2
Modalwert	1	1;2
Minimum	1	1
Maximum	4	4

Gründe für die Besuche bei Ärztinnen und Ärzten

Tabelle A8-33: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Gründe für die Arzt- und Ärztinnenbesuche (Frage: „Warum warst Du beim Arzt/ bei der Ärztin?“)

	Gruppe 1 n = 22		Gruppe 2 n = 46	
	n	%	n	%
Schmerzen	2	3	3	2
Unfälle/ Verletzungen	3	4	6	4
Schädigungsbedingt	1	1	1	1
Infektionen	12	15	11	8
Herz/ Kreislauf	2	3	1	1
Routine	2	3	15	11
Allergien	0	0	3	2
Facharzt/-ärztin	1	1	6	4
Sonstiges	1	1	8	6
keine 2./ 3. Antwort	54	69	84	61

Fehltage wegen Krankheit

Tabelle A8-34: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Fehltage wegen Krankheit (Frage: „Wie oft hast Du seit den letzten Sommerferien in der Schule gefehlt, weil Du krank warst?“)

	Gruppe 1 n = 22	Gruppe 2 n = 46
Mittelwert	10,808	13,326
Median	6,5	10
Standardabweichung	13,227	18,004

7 Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit

Internale Kontrollüberzeugungen

Tabelle A8-35: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Internale Kontrollüberzeugungen

	Gruppe 1 n = 22	Gruppe 2 n = 46
Mittelwert	27,6	29,7
Standardabweichung	7,3	5,5
Median	27	31

External fatalistische Kontrollüberzeugungen

Tabelle A8-36: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Internale Kontrollüberzeugungen

	Gruppe 1 n = 22	Gruppe 2 n = 46
Mittelwert	26,762	24,739
Standardabweichung	8,432	6,671
Median	27	23,5

External soziale Kontrollüberzeugungen

Tabelle A8-37: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung: Internale Kontrollüberzeugungen

	Gruppe 1 n = 22	Gruppe 2 n = 46
Mittelwert	26,762	28,5
Standardabweichung	8,288	6,742
Median	28	29

Fokussierte Beschwerden

Tabelle A8-38: Gesundheitskonzepte Jugendlicher mit wenig und viel Computererfahrung:
Fokussierte Beschwerden (Frage: „An welche Beschwerden hast Du gedacht?“)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	n = 22		n = 46	
	n	%	n	%
Schmerzen	17	22	22	16
Unfälle, Verletzungen	0	0	5	4
Schädigungsbedingte Beschwerden	4	5	3	2
Infektionen	10	13	21	15
Herz-, Kreislaufbeschwerden	1	1	3	2
Allergien	0	0	3	2
Psychische Beschwerden	0	0	2	1
Sonstiges	3	4	4	3
keine 2./ 3. Antwort	43	55	75	54