

FH JOANNEUM Gesellschaft mbH

**Explorative Studie zum „Phänomen“
der Besserung des Krankheitsbildes Fibromyalgie
in der Region Gleichenberger Tal**

Eine systematische Beschreibung auf Basis subjektiver Wahrnehmung,
Gesundheitskonzepte und –theorien von Betroffenen

DIPLOMARBEIT

Zur Erlangung des akademischen Grades einer
Magistra für Gesundheitsmanagement im Tourismus (FH)

Eingereicht am
Fachhochschul-Studiengang Gesundheitsmanagement im Tourismus

Betreuerin: Mag. Christa Peinhaupt

Eingereicht von: Elisabeth Hofmeister

Personenkennzahl: 0110110011

August 2005

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht.

Elisabeth Hofmeister
Bad Gleichenberg, August 2005

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	3
Danksagung	4
Kurzzusammenfassung	5
Abstract	6
1 Einleitung	7
2 Gesundheitsdefinitionen	10
3 Subjektive Gesundheitskonzepte und -theorien	14
3.1 Einführung in das Themengebiet „subjektive Theorien“	14
3.2 Subjektive Krankheitstheorien.....	15
3.3 Subjektive Gesundheitsvorstellungen	16
3.3.1 <i>Subjektive Konzepte von Gesundheit</i>	17
3.3.2 <i>Subjektive Theorien von Gesundheit</i>	18
3.4 Gesundheitsverhalten und Gesundheitshandeln.....	19
4 Fibromyalgie	20
4.1 Das Krankheitsbild Fibromyalgie.....	20
4.1.1 <i>Symptomatik</i>	21
4.1.2 <i>Diagnosestellung</i>	22
4.1.3 <i>Ursachentheorien</i>	24
4.2 Die Behandlung.....	26
4.3 Die Epidemiologie	32
4.4 Datenlage in der Steiermark.....	32
5 Das „Phänomen“ im Gleichenberger Tal	36
5.1 Geophysikalische Besonderheiten	38
5.2 Landschaftliche Qualitäten.....	40
5.3 Erklärungen von GesundheitsexpertInnen	41
6 Methodik der Studie	43
6.1 PatientInneninterviews	44
6.1.1 <i>Interviewmethode - Das narrative Interview</i>	44
6.1.2 <i>Zugang zum Feld</i>	45
6.1.3 <i>Datenerhebung</i>	46
6.1.4 <i>Datenaufbereitung und Auswertung</i>	47

6.2	ExpertInneninterview.....	49
6.2.1	<i>Interviewmethode - Das Leitfadeninterview</i>	49
6.2.2	<i>Zugang zum Feld</i>	50
6.2.3	<i>Datenerhebung</i>	50
6.2.4	<i>Datenaufbereitung und Auswertung</i>	50
6.3	Methodenkritik.....	52
7	Empirische Ergebnisse	54
7.1	Gesundheitsvorstellungen von Fibromyalgie-PatientInnen	54
7.1.1	<i>Der Zugang zum Thema Gesundheit</i>	54
7.1.2	<i>Gesundheitskonzepte von Fibromyalgie-PatientInnen</i>	57
7.2	Gesundheitshandeln von Fibromyalgie-PatientInnen.....	60
7.3	Krankheitstheorien von Fibromyalgie-PatientInnen.....	65
7.4	Ausprägungen zum „Phänomen“	66
8	Gesundheitstouristischer Ausblick	71
9	Zusammenfassung und Diskussion	77
	Literaturverzeichnis	79
	Anhang.....	82
	Anhang A: Häufigkeit von Begleitsymptomen bei Fibromyalgie.....	82
	Anhang B: Lokalisation der „Kontrollpunkte“	82
	Anhang C: Auszuschließende Krankheiten.....	83
	Anhang D: Untersuchungen um Fibromyalgie auszuschließen.....	84
	Anhang E: Relief des präeritären Untergrundes	85
	Anhang F: Aeromagnetische Karte	86
	Anhang G: Auswertungsschema Sequenzanalyse	87
	Anhang H: Interviewleitfaden ExpertInnen-Interview	88
	Anhang I: Auswertungsschema Grobanalyse	89

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erweitertes Modell der Salutogenese	12
Abbildung 2: Lokalisation der „Tender points“	22
Abbildung 3: „Affektionen der Weichteile“ in der Steiermark (Frauenanteil) .	34
Abbildung 4: „Affektionen der Weichteile“ in der Steiermark (Männeranteil)	35
Abbildung 5: Karte mit Zonen im Gleichenberger Tal.....	37

Danksagung

Mein größter Dank gilt Frau Mag. Christa Peinhaupt für ihre ausgesprochen gute Betreuung. Sie hat mich erfolgreich durch den Verlauf dieser Diplomarbeit geführt.

Besonders bedanken möchte ich mich bei meinen InterviewpartnerInnen. Sie haben es mir überhaupt ermöglicht, Datenmaterial für diese Diplomarbeit zu sammeln:

Es sind dies alle Fibromyalgie-PatientInnen der Selbsthilfegruppe Fibromyalgie für Steiermark und Kärnten, die ich über Frau Franziska Graßmugg kennen lernen durfte, weiters Frau Christine Schnaubelt und Herr Gerhard Zechner von der Selbsthilfegruppe Fibromyalgie Wien und Frau Renate Seeger und die Personen, die sie mir weitervermittelt hat.

Im Weiteren bedanke ich mich bei den ÄrztInnen, die ich als ExpertInnen befragen durfte: Herr Dr. Dolf Dominik, Herr Dr. Erich Jeindl, Herr Dr. Josef Kicker, Herr Univ. Prof. Dr. Franz Rainer, Herr Dr. Peter Schadelbauer und Frau Dr. Gabriele Weissenbacher.

Für die Information über das Gleichenberger Tal, Tipps und zur Verfügungstellung von Material bedanke ich mich sehr herzlich bei Herrn Hannes Fink, Herrn Dr. Erwin Frohmann, Frau Mag. Gerlinde Grasser MscPH, Frau Franziska Graßmugg, Herrn Virko Kade, Herrn Dipl.-Ing. Dr. Christian Krotscheck, Herrn Dr. Manfred Messner, Herrn Dr. James Miller und Herrn Bernhard Sucher.

Ein großes Danke für die Unterstützung bei den Interviewanalysen geht an: Frau Ulrike Freydl, Frau Gabriele Hofmeister, Frau Barbara Rossmann, Frau Stefanie Schmidt und Herrn Robert Werner.

Abschließend danke ich noch Frau Gabriele Hofmeister und Herrn Karl Urban für das aufmerksame Gegenlesen der Diplomarbeit.

Elisabeth Hofmeister

August 2005

Kurzzusammenfassung

In dieser Arbeit wird das „Phänomen“ der Besserung des Krankheitsbildes Fibromyalgie in der Region gleichenberger Tal anhand der subjektiven Gesundheitskonzepte und –theorien von Betroffenen beschrieben.

Subjektive Gesundheitskonzepte und –theorien beinhalten das Wissen von Laien zu Gesundheit und Krankheit. Sie beeinflussen das Gesundheitshandeln von Personen und geben Aufschluss über ihr Gesundheitsverhalten.

Fibromyalgie ist eine chronische Erkrankung, deren Ätiologie noch unklar ist. Um diese Krankheit zu bewältigen, ist es für die Betroffenen notwendig ein individuell angepasstes Therapiekonzept in Zusammenarbeit mit ÄrztInnen zu finden. Einige Fibromyalgie-PatientInnen berichteten über eine Besserung ihres Gesundheitszustandes durch den bloßen Aufenthalt in der Region gleichenberger Tal. Das Klima, geophysikalische Besonderheiten und landschaftliche Qualitäten könnten für diesen Effekt verantwortlich sein.

Ein exploratives Forschungsdesign wurde zur systematischen Beschreibung dieses „Phänomens“ gewählt. Qualitative Interviews mit neun (sieben weiblichen und zwei männlichen) Fibromyalgie-PatientInnen und sechs GesundheitsexpertInnen der Region bildeten die Basis für eine interpretative Analyse. Die Ergebnisse zeigen, dass Fibromyalgie-PatientInnen ähnliche Gesundheitskonzepte und -theorien aufweisen wie gesunde Personen. Ihre Krankheitsbewältigungsstrategien sind auf einen ganzheitlichen Gesundheitsansatz begründet. Zentrale Themen des Gesundheitshandelns von Fibromyalgie-PatientInnen sind: Natur, Ernährung, Fitness und psychosoziale Dimensionen. In Bezugnahme auf das „Phänomen“ reagieren Fibromyalgie-PatientInnen sehr sensibel auf geophysikalische Besonderheiten. Der Aufenthalt im gleichenberger Tal mit seiner Ruhe, dem Klima und der besonderen Landschaft steigerte das Wohlbefinden dieser Personen. Diese Wirkung könnte die Basis für eine zukünftige gesundheitstouristische Nutzung der ganzen Region sein und damit zu einer Wertsteigerung dieser beitragen.

Keywords:

Gesundheitskonzepte und –theorien – Fibromyalgie – Qualitative Methode – Gesundheitshandeln - gleichenberger Tal

Abstract

The objective of this work is to describe systematically the ‘phenomenon’ of the improvement of fibromyalgia in the *Gleichenberger Tal*, which is an area in the south east of Austria, on the basis of subjective health concepts of persons concerned.

Subjective health concepts are describing lay views of health, disease, illness and ill health. These concepts are relevant because they give information about the health behaviour of people and can also influence it.

Fibromyalgia is a chronic disease which aetiology is still unclear. To cope with this disease it is necessary for patients to find an individual strategy in cooperation with their doctors considering drugs, physical treatments and psychotherapies. Some fibromyalgics report an improvement of their state of health only because of staying in the area of the *Gleichenberger Tal*. The climate, geophysical characteristics and geomantic information in this area might be responsible for this effect.

An explorative design was chosen to describe this ‘phenomenon’ systematically. Qualitative interviews with nine (7 female and 2 male) fibromyalgics and six health professionals built the basis for the interpretative analysis.

The results show that the health concepts of fibromyalgics are similar to the ones of healthy people. A holistic approach of health is the basis for their coping strategies. The topics nature, nutrition, fitness and psychosocial dimensions dominate the health behaviour of fibromyalgics. Regarding the ‘phenomenon’ fibromyalgics are very sensitive for geo-physical phenomena. The stay in the nature in the area of the *Gleichenberger Tal* with its calmness, the climate and the beautiful landscape improved the well-being of the fibromyalgics a lot. This fact could lead to a concentration on health-tourism in the whole area of the *Gleichenberger Tal* and contribute to an increase of the value of the region.

Keywords:

Health concepts – Fibromyalgia – Qualitative method - Health behaviour - Gleichenberger Tal

1 Einleitung

Die alleinige Anwesenheit in der Region gleichenberger Tal bewirkte bei chronisch an Fibromyalgie erkrankten Personen nach wenigen Tagen eine enorme Besserung ihres Zustandes. Sie fühlten sich leistungsfähiger und konnten ihren Medikamentenkonsum reduzieren. Das Klima, das in der Region vorherrscht, der geologische Aufbau der Gegend und die besondere Landschaft (vgl. Kapitel 5) könnten dazu beitragen, dass sich Fibromyalgie-PatientInnen in der Region gleichenberger Tal wieder gesünder fühlen.

Für diese phänomenale Wirkung gibt es bis jetzt noch keine wissenschaftliche Erklärung.

Wenig bekannt ist ebenso über die Krankheit Fibromyalgie selbst. Sie wird nur teilweise von der Medizin anerkannt, die Entstehungsursachen sind noch unklar, es gibt Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung und es herrscht Uneinigkeit über der Wirkung von Therapien. Bekannt ist nur, dass zur Bewältigung der Krankheit ein individuell angepasstes Behandlungskonzept für die Betroffenen gefunden werden muss (vgl. Kapitel 4).

Ob und welcher Zusammenhang zwischen dem „Phänomen“ der Besserung des Krankheitsbildes Fibromyalgie und dem gleichenberger Tal besteht, soll durch die Untersuchung der subjektiven Gesundheitskonzepte und -theorien von Fibromyalgie-PatientInnen herausgefunden werden.

Mit dieser Arbeit werden erstmalig subjektive Konzepte und Theorien von Fibromyalgie-PatientInnen zu Gesundheit und Krankheit untersucht. Sie sollen Aufschluss über das Verständnis von Fibromyalgie-PatientInnen von Gesundheit und Krankheit geben und welche Maßnahmen sie für eine Besserung ihres Gesundheitszustandes ergreifen. Sowohl innerhalb der Gesundheitsforschung als auch unter Laien existieren unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit, daraus entstehen verschiedene Theorien über den Erhalt, die Förderung und die Wiederherstellung von Gesundheit. Diese Theorien geben Aufschluss über das Gesundheitshandeln von Personen und beeinflussen dieses auch.

Die zentralen Fragestellungen dieser Diplomarbeit sind daher:

Welche Konzepte und Theorien haben Fibromyalgie-PatientInnen von Gesundheit und Krankheit?

Welche Maßnahmen ergreifen sie, um sich wieder gesünder zu fühlen?

Wie haben sie das „Phänomen“ im Gleichenberger Tal wahrgenommen?

Da es bislang noch keine Untersuchungen zu diesem Thema gibt, wurde zur Beantwortung dieser Fragen eine explorative Forschungsmethode gewählt. In qualitativen Interviews wurden Fibromyalgie-PatientInnen als ExpertInnen ihrer eigenen Gesundheit befragt und ihre individuellen Vorstellungen und subjektiven Überzeugungen erfasst. Anhand eines interpretativen Auswertungskonzeptes war es möglich soziale Dimensionen der Erzählungen aufzubrechen und dadurch eine induktive Generalisierung zu erzielen (vgl. Kapitel 7). Für eine umfassende Betrachtung der Themen wurden auch Meinungen von GesundheitsexpertInnen zu Fibromyalgie und zum „Phänomen“ im Gleichenberger Tal eingeholt (vgl. Kapitel 6).

Die Ergebnisse wurden in Hinblick auf eine potentielle gesundheitstouristische Nutzung des „Phänomens“ interpretiert (vgl. Kapitel 8). Wie aus Erfahrungsberichten hervorgeht, weist das Gleichenberger Tal Qualitäten auf, die Fibromyalgie-PatientInnen positiv ansprechen. Das Potential, das in dieser besonderen Wirkung liegt, könnte zukünftig gesundheitstouristisch genutzt werden, somit einen wirtschaftlichen Aufschwung in der Region begünstigen und zu einer Wertsteigerung des Gleichenberger Tals beitragen.

Aufbau der Arbeit

An die Einleitung schließt ein Theorieteil über Gesundheitsdefinitionen, subjektive Konzepte und Theorien zu Gesundheit und Krankheit und eine Beschreibung der Krankheit Fibromyalgie an. Die Literaturrecherche zu diesen Themengebieten erfolgte über elektronische Datenbanken, über elektronische Suchmaschinen und über das Bibliothekensystem der FH Joanneum.

Zum Themengebiet Definitionen zu Gesundheit wurde einschlägige Literatur aus Lehrveranstaltungen verwendet. Über den Bereich subjektive Theorien zu Gesundheit wurde vor allem deutsche Literatur zum Thema gesucht. Auf Empfehlung und aufgrund der Aktualität dominieren die Autoren Faltermaier (1998), Flick (1997) und Hurrelmann (2000). Diese Autoren untersuchten im deutschsprachigen Raum subjektive Theorien zu Gesundheit und Krankheit. Über die Krankheit Fibromyalgie wurde über die elektronische Suchmaschine *Google* nach dem Schlagwort Fibromyalgie gesucht. Weiters wurde in den Datenbanken der elektronischen Zeitschriften *Arthritis Rheum* und *Z Rheumatol* nach den Schlagwörtern „Fibromyalgie“, „Krankheitsbild Fibromyalgie“, „Krankheitsbewältigung Fibromyalgie“ gesucht. Artikel wurden aufgrund ihrer Aktualität und Qualität im Sinne von Referenzen aus anderer Literatur und persönlichen Empfehlungen ausgewählt.

Die Beschreibung des Gleichenberger Tals und die Methodik der Studie folgen dem theoretischen Teil. Über mögliche Erklärungen des „Phänomens“ wurden Interviews mit Geologen und Geomanten geführt. In der elektronischen Suchmaschine *Google* wurde nach Schlagwörtern wie „Fibromyalgie und Vulkanismus“, „Fibromyalgie und Klima“ gesucht, es wurden aber keine relevanten Ergebnisse dazu gefunden.

An den Methodenteil schließen die Darstellung der Ergebnisse und eine kursorische Interpretation der Ergebnisse in Bezugnahme auf eine gesundheits-touristische Nutzung des „Phänomens“ an. Die Literatur dazu wurde im Bibliothekensystem der FH Joanneum und in der elektronischen Suchmaschine *Google* unter den Schlagwörtern „Gesundheitstourismus“ und „Gesundheitstourismus in Österreich“ gesucht. Aufgrund von Referenzen aus Lehrveranstaltungen wurde die Literatur dazu ausgewählt. Den Abschluss der Arbeit bilden eine Zusammenfassung und Diskussion.

2 Gesundheitsdefinitionen

Was ist Gesundheit?

Die Weltgesundheitsorganisation definiert 1946 Gesundheit folgendermaßen: *'Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing, not merely the absence of disease or infirmity'* (WHO, 1998).

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.“ In dieser Definition wird Gesundheit in einem Gleichgewicht von physischem, sozialem und geistigem Wohlbefinden gesehen. Gesundheit ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern es spielen auch soziale und psychische Faktoren eine Rolle.

Weiter entwickelt wird der Gesundheitsbegriff von der Weltgesundheitsorganisation in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986, Gesundheit wird darin folgendermaßen beschrieben:

'Health is the extent to which an individual or group is able, on the one hand, to realise aspirations and satisfy needs; and, on the other hand, to change or cope the environment. Health is a resource for everyday life, not the object of living. It is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities.' (WHO, 1998).

„Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen, sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten“ (*Ottawa Charter zur Gesundheitsförderung*, o.D.).

Gesundheit meint also nicht nur mehr Wohlbefinden, sondern Gesundheit wird im Sinne von Funktionstüchtigkeit, als Mittel oder als Ressource des alltäglichen Lebens verstanden. Das heißt, die Eigenverantwortung der

Personen wird stärker betont, sie sollen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit erhalten. Personen kümmern sich aktiv um ihre Gesundheit. Zentrale Botschaften der Ottawa-Charta sind: Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Neuentwicklung von Gesundheitsdiensten (WHO, 1986).

Die WHO will mit der Ottawa-Charta Gesundheit aus den engen Bezügen des medizinischen Versorgungssystems lösen, in dem noch immer das Modell der Pathogenese vorherrscht. Dieses Modell orientiert sich an der Entstehung und Entwicklung von Krankheiten. Es vernachlässigt Ansätze der Prävention und Gesundheitsvorsorge und fördert die Selbstverantwortung der Menschen für ihre Gesundheit nicht (Faltermaier, Kühnlein & Burdaviering, 1998, S. 18).

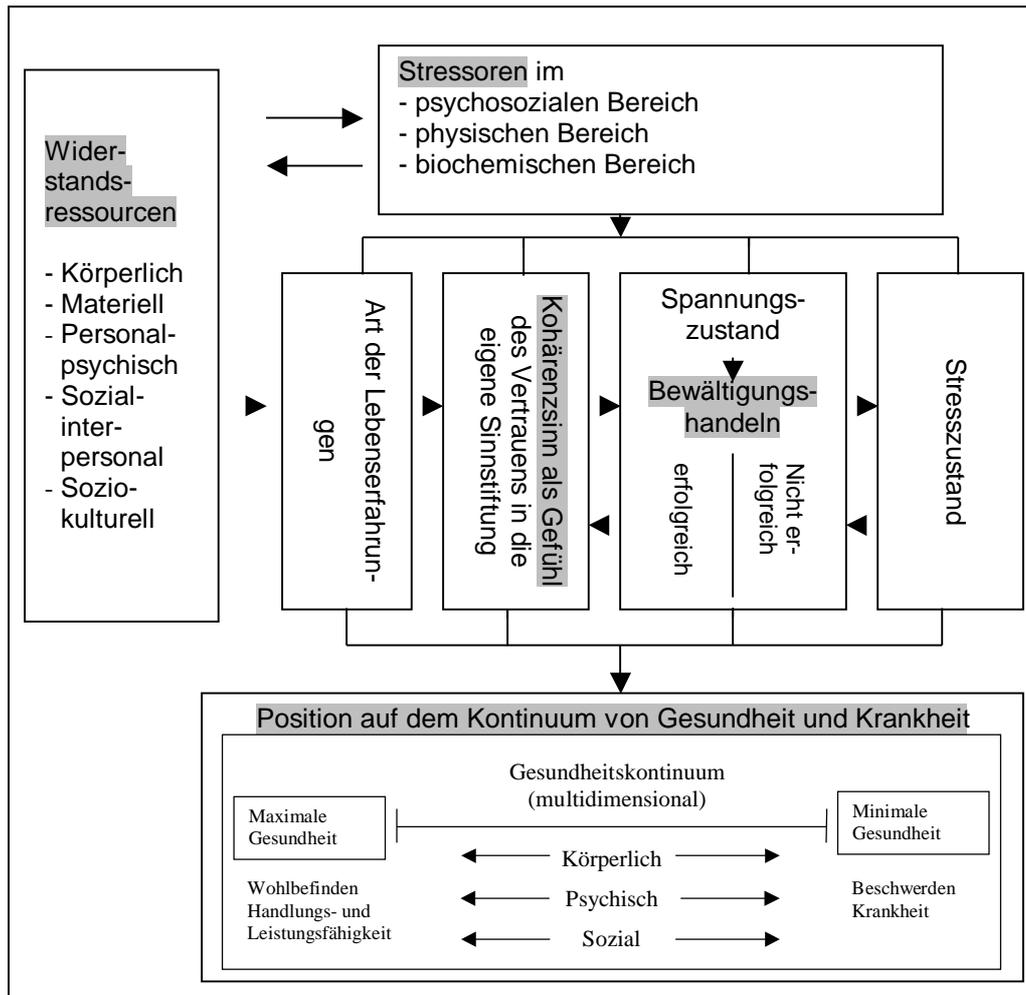
Das Salutogenese-Modell von Gesundheit

Ein Modell, das die Dimensionen von Gesundheit der Ottawa-Charta beinhaltet, ist das Salutogenese-Modell. Es wurde von Aaron Antonovsky (1979) als Gegenstück zum Pathogenese-Modell geschaffen. Das Modell erklärt, warum Menschen trotz einer Vielzahl von gefährdenden und belastenden Faktoren gesund bleiben und Störungen der Gesundheit im mikrobiologischen, biochemischen, physikalischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und ökologischen Bereich positiv ausgleichen können (Hurrelmann, 2000, S. 55 – 56).

Für Antonovsky ist Gesundheit eine dynamische Wechselbeziehung zwischen belastenden und entlastenden, schützenden und unterstützenden Faktoren. Diese Faktoren werden von ihm als Widerstandsressourcen, Stressoren, Bewältigung und Kohärenzgefühl bezeichnet. Der Umgang mit den Risiko- und Schutzfaktoren bestimmt die Gesundheit einer Person. Je nachdem, wie das Gleichgewicht dieser Faktoren gehalten wird, bewegt sich eine

Person auf dem Gesundheitskontinuum in Richtung maximale Gesundheit oder in Richtung minimale Gesundheit.

Abbildung 1: Erweitertes Modell der Salutogenese



Quelle: In Anlehnung an Antonovsky, zitiert nach Faltermaier et al. (1998, S. 22) und Hurrelmann (2000, S. 58).

Unter Stressoren versteht Antonovsky Anforderungen und Belastungen die das Gleichgewicht einer Person stören. Das können psychosoziale, physikalische und biochemische Stressoren sein z.B.: Andauernde Arbeitsbelastungen oder schädigende Umwelteinflüsse. Stressoren lösen im Organismus einen psychophysiologischen Spannungszustand aus, der bewältigt werden muss. Wird dieser Spannungszustand erfolgreich bewältigt, so bewegt sich die Person in Richtung maximale Gesundheit, wird er nicht erfolgreich

bewältigt, gerät die Person in einen Stresszustand, der auf Dauer zur Entwicklung einer Krankheit führen kann.

Widerstandsressourcen sind genetische, konstitutionelle, körperliche und psychosoziale Voraussetzungen, die eine Person für die Bewältigung von Stressoren aufweist.

Dem Bewältigungskonzept liegt die subjektive Wahrnehmung einer Person zugrunde, welche Widerstandsressourcen oder Kompetenzen ihr für die Bewältigung der Stressoren zur Verfügung stehen. Mit dem Einsatz der erkannten Ressourcen kann die Person die entstandene Spannung lösen.

Das von Antonovsky geprägte Kohärenzgefühl „Sense of Coherence“ beinhaltet die Überzeugung einer Person, dass das Leben begreifbar, sinnvoll und bewältigbar ist. Diese Überzeugung ist geprägt von den persönlichen Lebenserfahrungen. Personen mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl bewältigen die belastenden Anforderungen im Leben erfolgreicher und bewegen sich auf dem Gesundheitskontinuum eher in eine positive Richtung (Faltermaier et al. 1998, S. 20-28).

Obwohl in dem Modell der Salutogenese eine umfassende Konzeption von Gesundheit dargestellt wird, fehlt die direkte und bewusste Einflussnahme der Person auf das Gesundheitskontinuum. Faltermaier et al. erweitern das Modell der Salutogenese von Antonovsky um diesen Aspekt (vgl. Abbildung 1). Nach Faltermaier et al. sind Menschen in der Lage, sich reflexiv zur eigenen Gesundheit zu verhalten und bestimmte Vorstellungen zu entwickeln, wie sie selbst ihre Gesundheit beeinflussen können. Personen können sich der Zusammenhänge von eigenem körperlichen und seelischen Wohlbefinden und eigener Lebensweise bewusst werden und aus diesem Bewusstsein entsprechende Korrekturen durch gezielte gesundheitsbezogene Aktivitäten einleiten. Sie können Handlungsziele formulieren und diese über bewusstes Handeln umsetzen und sich somit auf dem multidimensionalen Gesundheitskontinuum in Richtung maximaler Gesundheit bewegen (Faltermaier et al., 1998, S. 28 - 29).

3 Subjektive Gesundheitskonzepte und -theorien

3.1 Einführung in das Themengebiet „subjektive Theorien“

Das Wissen von Laien über verschiedene Themenbereiche wird als subjektives Konzept oder Theorie bezeichnet. Erklärungszusammenhänge, die sich Laien beispielsweise über Gesundheit und Krankheit machen, werden darin beschrieben. Subjektive Konzepte und Theorien variieren nach Lebensalter und Geschlecht, aber auch nach sozioökonomischer Lage und soziokulturell-religiöser Orientierung (Naidoo & Wills, 2000).

Die Grundlage für die Forschung über subjektive Gesundheitskonzepte und –theorien ist die Studie der französischen Sozialpsychologin Claudine Herzlich von 1973. Sie untersuchte durch qualitative Intensivinterviews erstmals die Vorstellungswelt von Gesundheit und Krankheit bei Pariser Mittelschichtbürgern. Dabei wurde deutlich, dass für Laien Gesundheit und Krankheit keine einander ausschließenden Kategorien darstellen: Eine Person kann eine Krankheit haben und sich dennoch gesund fühlen, sie kann gesund sein und sich dennoch krank fühlen. Weiters zeigt sich, dass sich viele Menschen nicht eindeutig als gesund oder krank bezeichnen, sondern sich in ein Zwischenstadium einordnen; insofern weisen die Vorstellungen von Laien zu Gesundheit und Krankheit, eine starke Ähnlichkeit zu dem Salutogenese-Modell (vgl. Kapitel 2) von Antonovsky auf (Flick, 1998, S. 78).

Relevanz subjektiver Theorien

Wie in Kapitel 2 erwähnt, dominiert im medizinischen Versorgungssystem das Modell der Pathogenese. Dabei werden psychische und soziale Prozesse bei der Entstehung, dem Verlauf und der Behandlung von Krankheiten vernachlässigt. Das Medizinsystem kümmert sich nicht um den gesunden Menschen in seinem Lebensalltag, es ignoriert häufig das sogenannte „Laiengesundheitssystem“ und damit insgesamt den Bezug zu einer präventiven Praxis im Gesundheitssystem (Faltermaier et al., 1998, S. 11 – 13). Faltermaier et al. verwenden im Zusammenhang mit dieser Medizinkritik den

Begriff der Gesundheitsforschung, obwohl dieser Begriff in diesem Kontext unüblich ist, da sich die Gesundheitsforschung mit Gesundheitsförderung, Prävention und dem sogenannten „Laiensystem“ befasst. Sie ist gestützt auf das Salutogenese-Modell von Antonovsky. Im Gegensatz dazu widmet sich das Medizinsystem der Behandlung, Pathogenese und Ätiologie von Krankheiten.

Mit der Erforschung subjektiver Konzepte und Theorien zu Gesundheit und Krankheit, kann die Zielrichtung des Gesundheitshandelns im Alltag besser verstanden und damit gezielte Strategien für eine Gesundheitsförderung entwickelt werden, denn subjektive Konzepte und Theorien stellen eine Wissensbasis für das Gesundheitshandeln von Personen dar (Flick, 1998, S. 81).

3.2 Subjektive Krankheitstheorien

Alltags- oder Laienwissen zu Krankheit und Gesundheit wurde schon immer dazu benutzt, Krankheiten zu erkennen und zu bewältigen, so dass ein großer Teil der auftretenden Symptome und Probleme gar nicht bis in das professionelle medizinisch-therapeutische System gelangte. Mit der zunehmenden Etablierung der Medizin sind solche Wissensbestände mehr und mehr zurückgedrängt worden. Dieses Wissen spielt aber eine entscheidende Rolle für den Erfolg therapeutischer Angebote (Flick, 1998, S. 25).

In subjektive Krankheitstheorien fließen Vorstellungen zur Verursachung bzw. Entstehung bestimmter Krankheiten, zu ihrem Verlauf, zu möglichen Behandlungsformen bzw. –angeboten und deren Nützlichkeit bzw. Effizienz ein. Die subjektiven Krankheitstheorien können abhängig sein von folgenden Punkten:

- à Art und Dauer der Erkrankung
- à Lebensgeschichte und Persönlichkeit
- à Herrschende Wissenschaftstheorie

- à Magisches Denken (Anmerkung: Damit sind persönliche Vorstellungen über die Entstehung von Krankheiten gemeint, z.B.: Die Verbindung der Krankheit mit Schuld und Strafe)
- à Bedürfnis nach Erklärungen für Ursachen
(Becker, zitiert nach Flick, 1998, S. 16).

Zwischen subjektivem Krankheitserleben und medizinischem Krankheitsbefund bestehen häufig große Diskrepanzen: Verschiedene Untersuchungen zeigen eine Konkordanzrate von etwa 60 % zwischen Angaben der Befragten und dokumentierten medizinischen Befunden (Schwartz, 1998, S. 26). Becker (zitiert nach Flick, 1998, S. 16) sieht in dieser Kluft zwischen der Krankheitstheorie der ÄrztInnen und der PatientInnen eine der Hauptursachen, warum PatientInnen die ärztlichen Anweisungen und Verordnungen nicht einhalten und dadurch den „erwarteten Behandlungserfolg“ nicht erzielen können.

Krankheit kann als Beeinträchtigung, als Rollenverlust, Inaktivität, soziale Isolation und Abhängigkeit definiert werden. Auf der anderen Seite kann sie aber auch als Ruhepause, Chance für Ausstieg oder Reife erlebt werden, das heißt, Krankheit kann auch als positiv empfunden werden (Schwartz, 1998, S. 10).

3.3 Subjektive Gesundheitsvorstellungen

Nach einer Phase der Konzentration auf subjektive Krankheitstheorien wurde in der Gesundheitsforschung erkannt, dass nicht allein das Wissen über Krankheit relevant ist, sondern dass auch die subjektiven Vorstellungen von Gesundheit großen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und Gesundheitshandeln von Personen nehmen (Flick, 1998, S. 82).

Gesundheitsvorstellungen sind die Gesamtheit der Überzeugungen, Überlegungen und Ideen einer Person oder einer Gruppe von Personen, die sich auf Gesundheit beziehen; dazu gehört das subjektive Konzept von Gesundheit (was versteht eine Person unter Gesundheit, insbesondere bezogen auf

ihre eigene Gesundheit?) und die subjektiven Theorien von Gesundheit (welche Einflüsse sieht eine Person in bezug auf ihre Gesundheit?) (Faltermaier et al., 1998, S. 37).

3.3.1 Subjektive Konzepte von Gesundheit

Die Laienvorstellungen von Gesundheit umfassen ein breites Spektrum an subjektiven Konzeptionen von Gesundheit. Nach Faltermaier et al. (1998, S. 39) lassen sich vier Dimensionen bestimmen:

Dimension 1:

Gesundheit ist ein Phänomen, das nur negativ definiert wird; es bedeutet die **Abwesenheit einer Krankheit**. Gesundheit ist als solche nicht erlebbar, sie wird nicht bemerkt, der gesunde Körper wird nicht bewusst wahrgenommen. Infolgedessen fehlt ein positiver Inhalt; einziger Bezugspunkt für Gesundheit ist eine Krankheit: Tritt eine Krankheit ein, so ist automatisch die Gesundheit zerstört.

Dimension 2:

Gesundheit heißt **Leistungsfähigkeit**. Gesundheit bedeutet leistungsfähig zu sein und die Funktionen aufrechterhalten zu können, die sozial und gesellschaftlich gefordert werden; die normalen Rollenverpflichtungen können erfüllt werden. Eine zentrale Bedeutung hat dabei die Arbeitsfähigkeit, denn Arbeit ist der zentrale gesellschaftliche Leistungsbereich.

Dimension 3:

Gesundheit bedeutet eine Art körperlicher Stärke und ein **Reservoir an Energie** (bzw. Widerstandsfähigkeit gegenüber äußeren Einflüssen). Gesundheit in diesem Sinne ist ein persönliches Merkmal (jeder Mensch hat ein „Kapital“ an Gesundheit), das relativ stabil ist, das sich aber auch im Laufe des Lebens wesentlich verändern kann. Gesundheit kann etwa durch verschiedene Krankheiten geschwächt werden, sie kann sich aber auch nach einer vorübergehenden Erschöpfung der Energie wieder regenerieren.

Dimension 4:

Gesundheit bedeutet psychisches Wohlbefinden oder auch eine Art von erlebtem **Gleichgewicht**. Gesundheit lässt sich beschreiben als psychische Ausgeglichenheit (innere Ruhe) und als positive Stimmung (Lebensfreude und Zufriedenheit), sie enthält also sowohl den Aspekt einer psychischen Stabilität als auch eines positiven emotional-motivationalen Befindens. Mit der Kennzeichnung als Gleichgewicht ist Gesundheit im eigentlichen und höchsten Sinn gemeint. Sie wird zu einem Ideal, das angestrebt wird.

3.3.2 Subjektive Theorien von Gesundheit

Subjektive Theorien von Gesundheit sind die Vorstellungen, die Laien über die Bedingungen oder Ursachen von Gesundheit haben. Obwohl es derzeit noch wenige Studien über subjektive Theorien von Gesundheit gibt, konnten doch schon einige Erkenntnisse über die Bedingungen von Gesundheit gewonnen werden: Laien sehen sowohl psychosoziale Faktoren (psychische Ausgeglichenheit, positive soziale Beziehungen) als auch Faktoren der eigenen Lebensweise (gute Ernährung, körperliche Bewegung) als wesentliche Einflüsse auf die eigene Gesundheit. Die Lebensweise, psychische Einstellungen und Belastungen (im Beruf und in der Familie) sowie Zeit zur Ruhe und Entspannung spielen in allen Studien als Bedingungen von Gesundheit eine wichtige Rolle (Faltermeier et al., 1998, S. 41 – 45).

Laien sind in der Lage, komplexe und differenzierbare Theorien von Gesundheit zu entwickeln, die mit wissenschaftlichen Theorien durchaus vergleichbar, aber nicht immer systematisch und widerspruchsfrei formuliert sind. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie eine ganz persönliche Färbung aufweisen und in der Regel durch Lebenserfahrungen begründet sind. Die subjektiven Theorien beeinflussen die Richtung und Inhalte, die sich Menschen für ein Gesundheitshandeln als sinnvoll vorstellen. Sie sagen aber noch nichts darüber aus, ob gehandelt wird (Flick, 1998, S. 83).

3.4 Gesundheitsverhalten und Gesundheitshandeln

Unter Gesundheitsverhalten versteht man alle Verhaltensweisen, die ein gesunder (symptomfreier) Mensch zur Gesundheitserhaltung und Krankheitsvorbeugung durchführt.

Was Menschen alltäglich für den Erhalt ihrer Gesundheit tun oder nicht, wie sie mit ihrem Körper und Beschwerden umgehen, wie weit sie nahestehende Personen dabei einbeziehen, wann und mit welchen Erwartungen sie einen Arzt oder andere Experten aufsuchen, wie sie mit diesen kommunizieren und wie weit sie Behandlungsmaßnahmen akzeptieren und ihr Alltagsleben integrieren, hängt ab von einem komplexen Vorstellungssystem von Gesundheit und Krankheit (Flick, 1998, S. 76).

Das Gesundheitshandeln von Personen kann dann erreicht und erfolgreich beeinflusst werden, wenn die Gesundheitsvorstellungen der Zielgruppen bekannt sind.

Im Zusammenhang mit der Forschungsfragestellung dieser Studie sollen die subjektiven Gesundheitskonzepte und -theorien von Fibromyalgie-PatientInnen Aufschluss über ihr Gesundheitsverhalten geben und somit die Wirkung des „Phänomens“ der Besserung des Krankheitsbildes Fibromyalgie im Gleichenberger Tal beschrieben werden können.

4 Fibromyalgie

4.1 Das Krankheitsbild Fibromyalgie

Der Begriff Fibromyalgie in seine Wortteile zerlegt „Fibro“ (Faser), „Myos“ (Muskel) und „-algie“ (Schmerz) bedeutet Faser-Muskel-Schmerz.

„Fibromyalgie ist eine Erkrankung, deren Leitsymptom chronisch großflächige Schmerzen in der Muskulatur, mit besonderer Schmerzhaftigkeit auf mechanischen Druck vorwiegend im Bereich der Muskelsehnenübergänge (sog. Hauptschmerzpunkte) sind (Späth & Neeck, 2002, S. 661). Zusätzlich leiden fast alle Betroffenen unter Begleitsymptomen. Bis heute ist die Ursache dieser Krankheit nicht geklärt, es gibt aber viele Theorien über die Entstehung der Krankheit.

Fibromyalgie wurde erstmals 1904 unter dem Begriff „Fibrositis“ als eigene Krankheit in der Literatur erwähnt. In den nachfolgenden 70 Jahren entstanden viele andere Bezeichnungen für Fibromyalgie, z.B.: *Generalisierte Tendomyopathie*, *polytope Insertionstendomyopathie*, *Fibromyositis*, *Fibrositis (periartikulär) (rheumatisch)*, *Myofibrositis* u. a. Den Begriff Fibromyalgie schlug Hench im Jahre 1976 vor (Hench, zitiert nach Kissel, 2002, S 474). Yunus et al. prägten 1981 den Begriff „Primäre Fibromyalgie“ (Yunus et al., zitiert nach Kissel, 2002, S 474). 1990 wurden vom American College of Rheumatology die bis heute anerkannten Klassifikationskriterien für die Diagnose von Fibromyalgie erstellt (Wolfe et al., zitiert nach Kissel, 2002, S 474).

Die Krankheit Fibromyalgie ist laut ICD 10 (International Classification of Diseases WHO), dem internationalen Diagnoseschlüssel zur Klassifikation der Krankheit und verwandter Gesundheitsprobleme (BMSG, 2001) anerkannt, und gehört zur Entität „chronischer Befindlichkeitsstörungen“. Fibromyalgie und seine Synonyme sind unter der ICD 10 Nomenklatur M 79.0 zu finden.

4.1.1 Symptomatik

Charakteristisch für Fibromyalgie sind Schmerzen, die über den ganzen Körper verteilt sind. „Die Schmerzen sind oft von funktionellen, vegetativen und psychischen Störungen begleitet (Anmerkung: Zu den häufigsten psychischen Störungen zählen depressive Verstimmung, Angstgefühle und emotionale Labilität). Hinweise auf ein entzündlich-rheumatisches Geschehen fehlen. Die Überlappung mit der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist breit. Es finden sich weder typische morphologische noch spezifische metabolische Veränderungen“ (Egle et al., 2004, S. 138).

Der Krankheitsverlauf ist individuell und sehr verschieden. Meist treten zuerst Schmerzen in nur einem Körperbereich auf, vorwiegend sind das der Hals- und Lendenwirbelbereich. Verschlimmerungen des Krankheitsbildes können durch Wetterumschwünge, Kälte und Nässe, aber auch schlechtem Schlaf, Müdigkeit und durch berufliche und familiäre Stresssituationen ausgelöst werden. Hingegen tritt öfters eine Besserung der Schmerzen im Urlaub und in der Freizeit auf. Bei der Mehrzahl der PatientInnen kommt es im Laufe der Jahre zu einer Zunahme der Symptomatik. Begleitsymptome können Kopfschmerzen, Reizdarm, kalte Extremitäten, trockener Mund, Herzklopfen, Zittern, Reizblase und Kreislaufschwierigkeiten sein (vgl. Anhang A: Häufigkeit von Begleitsymptomen bei Fibromyalgie). Manche Fibromyalgie-PatientInnen berichten über viele dieser Begleitsymptome, andere über sehr wenige. Selten treten zu Beginn der Erkrankung bereits generalisierte Schmerzen auf (Egle, Hoffmann, Lehmann & Nix, 2003, S. 573 - 574). Es dauert durchschnittlich sieben Jahre, bis sich das Vollbild einer Fibromyalgie entwickelt hat (Müller & Lautenschläger, zitiert nach Egle et al, 2003, S. 574).

Aber „alle bisher erhobenen Hinweise und Daten zur Pathogenese der Fibromyalgie finden sich immer nur bei einem Teil der jeweiligen Studienpopulation, nie bei allen Betroffenen“ (Späth & Neeck, 2002, S 662). Das führt zu dem Problem, dass Betroffene oft einen jahrelangen „Leidensweg“ hinter sich haben, bis sie zur Diagnose Fibromyalgie kommen. Vorurteile wie „Fibromyalgie-PatientInnen sind nur depressiv“ oder „Fibromyalgie-

PatientInnen wollen nur die Erwerbsunfähigkeitsbescheinigung“ sind weit verbreitet. Dass ihnen nicht geholfen wird und dass sie auch nicht ernst genommen werden, begünstigt die Entwicklung der Krankheit nicht, sondern kann die Begleitsymptome sogar noch verstärken.

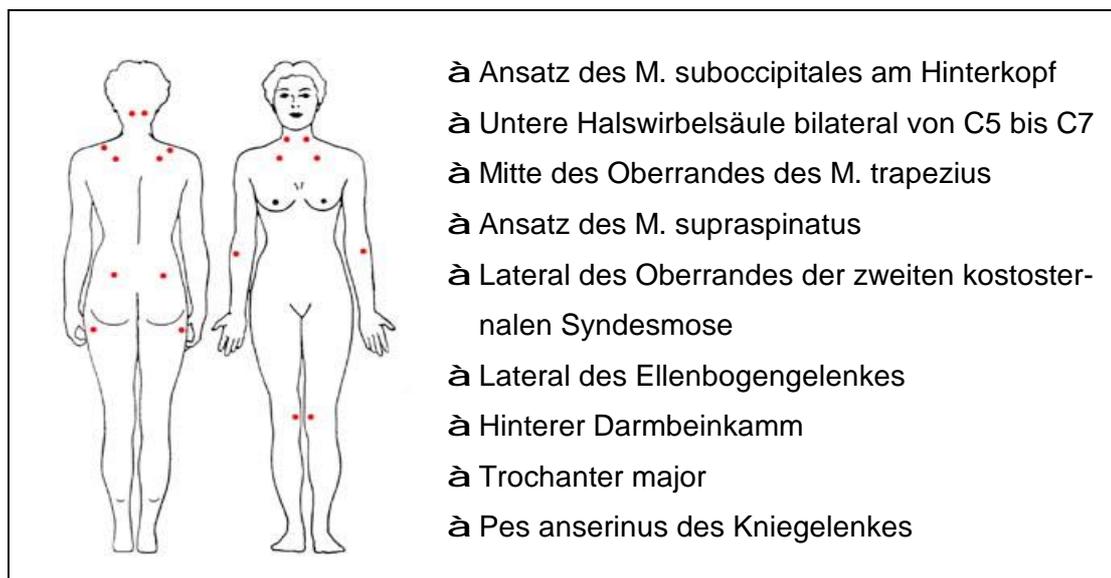
4.1.2 Diagnosestellung

Die Definition des American College of Rheumatology (ACR) bildet heute im medizinischen Alltag in den meisten Fällen die Grundlage für die Diagnose von Fibromyalgie. Diese Definition beschreibt Fibromyalgie wie folgt:

- à chronische, das heißt, länger als drei Monate andauernde generalisierte Schmerzen in mindestens drei Körperregionen,
- à Schmerzen in der rechten und linken Körperhälfte, oberhalb und unterhalb der Taille sowie im Achsenskelett,
- à Druckempfindlichkeit an 11 von 18 definierten „Tender points“ (Egale et al., 2004, S. 138)

Die „Tender points“ (vgl. Abbildung 2) sind genau lokalisierte Bereiche im Nacken, Rücken, Schultern und Hüften und können durch Palpation (Druck von 4 kg) überprüft werden.

Abbildung 2: Lokalisation der „Tender points“



Quelle: *Fibromyalgie. Häufigkeit und Entstehung.* (o.D.)

Neben den „Tender points“ existieren auch sogenannte „Kontrollpunkte“, deren Schmerzschwelle deutlich höher liegt, als die an den Druckpunkten. (vgl. Anhang B: Lokalisation der „Kontrollpunkte“). Bei einer Untersuchung werden die „Tender points“ und die „Kontrollpunkte“ überprüft, Fibromyalgie-PatientInnen reagieren nur auf die „Tender points“.

Differentialdiagnosen

Die Diagnose von Fibromyalgie ist sehr schwer zu stellen, da keine Nachweise in Blutbild, Magnetresonanztomografie (MR), Computertomografie (CT) vorzufinden sind und alle anderen Krankheiten, die mit einem ähnlichen Krankheitsbild einhergehen, ausgeschlossen werden müssen (vgl. Anhang C: Auszuschließende Krankheiten). Jedoch erlauben die Diagnosekriterien eine Abgrenzung zu anderen Störungen wie z.B.: Depression nicht (Späth & Neeck, 2002, S 662).

Eine genaue Differentialdiagnose ist nötig, um ein anderes Krankheitsbild nicht zu übergehen. Erschwerend in diesem Zusammenhang kommt jedoch hinzu, dass das Feststellen einer anderen eigenständigen Krankheit nicht unbedingt gegen die Anwesenheit von Fibromyalgie spricht. Zum Ausschluss anderer Krankheiten nimmt die/der untersuchende ÄrztIn, je nach körperlichem Untersuchungsbefund und dem daraus folgenden Verdacht, bestimmte Untersuchungen vor (vgl. Anhang D: Untersuchungen um Fibromyalgie auszuschließen).

Die Diagnostik sollte aber auch sehr früh alle Faktoren erfassen, die dazu beitragen können, dass sich der Schmerz ausbreitet, zu weiteren Störungen führt und chronisch wird. Es ist zwar noch kaum geklärt, wie die Chronifizierung bei Fibromyalgie zustande kommt, es ist aber klar, dass eine bereits bestehende Belastung an einer anderen Stelle des Organismus die Regulationsfähigkeiten zusätzlich beansprucht, sodass das Schmerzgeschehen deutlich schlechter eingegrenzt werden kann. Deshalb ist es wichtig, solchen möglichen Störfaktoren auf den Grund zu gehen. Hierbei kann es sich handeln um:

- à Veränderungen der Wirbelsäule
 - à Einseitige körperliche Belastungen oder Überlastungen, Fehlbelastung, mangelndes körperliches Training
 - à Seelische Dauerbelastungen, Konflikte in Familie, Partnerschaft, Beruf
 - à Geringes Achten auf den Körper oder die Gefühle, Schlafmangel
 - à Fehlernährung, Übergewicht
 - à Häufige Schmerzen in der Vergangenheit
 - à Depressionen
- (Felde & Novotny, 2002, S 32 - 37).

4.1.3 Ursachentheorien

Es gibt viele Theorien über die Ursache und Entstehung der Krankheit. Endgültige Daten zur Ätiologie der Fibromyalgie stehen noch aus. Nachfolgend werden mögliche Ursachen für die Entstehung von Fibromyalgie beschrieben:

Stoffwechselstörung

Diese Theorie besagt, dass ein verminderter Serotoninspiegel die Schmerzschwelle erniedrigen könnte (Russell, zitiert nach Gatzweiler, 1997, S. 11). Der Neurotransmitter Serotonin hat eine hemmende Wirkung auf die Übertragung nozizeptiver Impulse (führen Schmerzempfindungen herbei), während die Substanz P (ein synaptischer Überträgerstoff) die Weiterleitung solcher Impulse zum Gehirn fördert. Der Serotoningehalt ist bei vielen Fibromyalgie-PatientInnen erniedrigt und die Substanz P in ihrem Wert dagegen häufig erhöht. Es ist aber unklar, ob diese Abweichungen die Ursache oder die Folge der Krankheit sind. Damit in Zusammenhang steht die Störung zentraler Schmerzverarbeitungsmechanismen. Diese veränderte Schmerzwahrnehmung ließ sich auch durch Untersuchungen erfassen. Verglichen mit anderen Personen verhielten sich Fibromyalgie-PatientInnen am empfindlichsten gegenüber den Reizen Schmerz und Lärm (Felde & Novotny, 2002, S. 23).

Schlafstörung

Klinisch und experimentell lässt sich eine Dysfunktion des Schlaf-Wach-Rhythmus des Gehirns beweisen (Moldofsky, zitiert nach Gatzweiler, 1997, S. 12). Fibromyalgie-PatientInnen leiden häufiger als andere Menschen an Schlafstörungen. Diese Schlafstörungen könnten durchaus die Ursache der Fibromyalgie sein. Studien belegen, dass gestörter Schlaf das Immunsystem beeinträchtigen kann und nicht nur zu einer verstärkten Entzündungsbereitschaft führt, sondern auch die Schmerzschwelle absenkt (Felde & Novotny, 2002, S. 20). Aber auch die Schmerzen selbst können oft Schlafstörungen nach sich ziehen, und das kann zu einem Teufelskreis werden. Wer schlecht schläft, ist schmerzempfindlicher und weniger entspannt. Der Schmerz wird also vermehrt wahrgenommen und das wiederum führt zu noch stärkeren Schlafproblemen und mitunter auch zu anderen körperlichen Störungen (Richter, Die seelische Seite des Schmerzes, 2005, S. 15).

Vererbung

Weitere Studien lassen eine genetische Prädisposition bei Fibromyalgie-PatientInnen vermuten, das heißt, dass Fibromyalgie vererbt werden könnte (Pellegrino et al., Buskila et al. und Bondy et al., zitiert nach Egle et al., 2004, S. 141). Verwandte von Fibromyalgie-PatientInnen wiesen klinische Symptome der Fibromyalgie auf. Bei diesen Personen wäre es möglich sein, dass es zu einem Ausbruch kommt, aber es müsse zu keinem Ausbruch der Krankheit kommen.

Stresserfahrung

„Klinische Beobachtungen zeigen, dass Fibromyalgie häufig durch biologische (Infektion, Trauma) oder psychosoziale Stressoren ausgelöst wird. Fibromyalgie-PatientInnen berichten ein hohes tägliches Stressniveau und auch biografisch kumulativ ein höheres Ausmaß an kritischen Lebensereignissen“ (Egle et al., 2004, S. 140). Studien belegen, dass PatientInnen, die später Fibromyalgie entwickeln in der Kindheit oft traumatische Erlebnisse hatten wie z.B.: Verlust der Eltern, Vernachlässigung oder Missbrauch

(Mc. Beth et al., Imbierowicz & Egle und Goldberg et al., zitiert nach Egle et al., 2004, S. 140). Cohen et al. (2002) zeigen in ihrer Studie einen signifikanten Zusammenhang zwischen Fibromyalgie und Post-Traumatischen-Stressverarbeitungs-Störungen. Psychische Störungen können, müssen aber nicht zu den primären Ursachen von Fibromyalgie gehören (Felde & Novotny, 2002, S. 24).

Auch die für diese Arbeit befragten GesundheitsexpertInnen (vgl. Kapitel 6) konnten die Frage nach den Ursachen der Krankheit nicht eindeutig beantworten. Sie sprachen von der Theorie, dass Fibromyalgie eine Autoimmunerkrankung sei, bei der Abwehrstoffe gegen körpereigene Substanzen gebildet werden. Weiters dass Fibromyalgie durch Transmitterstörungen im Besonderen bei der Schmerzverarbeitung entstünde. Auch dass es sich um eine Entzündung der Sehnenansatzstellen handle wurde erwähnt. Eine Erhöhung von Mastzellen und Flüssigkeitsansammlungen zwischen den Körperzellen ginge mit einer Angegriffenheit von Muskelfasern und Veränderungen der Muskelzellen einher. Diese könnten eventuell durch Sauerstoffmangel verursacht sein. Eine Tonuserhöhung der Muskulatur könnte auf die schmerzbedingte Schonung der untrainierten Muskulatur zurückzuführen sein.

Diese und noch weitere Theorien machen die Komplexität der bei Fibromyalgie beteiligten biologischen, psychischen und sozialen Mechanismen deutlich. Auch wenn die Ursache dieser Krankheit noch nicht bekannt ist, so sind die Schmerzen für die jeweiligen Betroffenen doch sehr real existent.

4.2 Die Behandlung

Fibromyalgie ist keine lebensbedrohliche Krankheit, sie führt auch zu keinen Deformationen. Jedoch ist die Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigt, da sie mit ständigen Schmerzen leben müssen. Ihre Leistungsfähigkeit wird eingeschränkt, sie sind häufig nicht mehr in der Lage, ihren beruflichen Tätigkeiten nachzugehen und ihre Freizeit so zu gestalten, wie sie das möchten.

Die Betroffenen selber können den Krankheitsverlauf insofern beeinflussen, als dass sie die Krankheit akzeptieren und ihren bisherigen Lebensstil überprüfen. Hilfe finden Betroffene oft in Selbsthilfegruppen. Durch einen Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen wird es leichter mit der Krankheit zu leben und ein für sich selbst maßgeschneidertes Konzept zu finden. Und gerade bei der Fibromyalgie bedarf es eines sehr individuellen Therapiekonzepts. Bisher haben sich Behandlungsansätze am besten bewährt, die eine nichtmedikamentöse Therapie mit einer medikamentösen kombinieren.

Hierzu gehören:

- à Physikalische Maßnahmen: Behandlung mit Wärme, Kälte, Druck u.a. und Steigerung der körperlichen Fitness und Beweglichkeit
- à Entspannungs-Techniken
- à Psychotherapeutische Verfahren
- à Medikamentöse Therapien

Es gibt keine Behandlungsmethode, die bei Fibromyalgie immer richtig oder immer falsch ist. Je nach Beschwerden, je nach Verträglichkeit und Behandlungsziel müssen ÄrztInnen und PatientInnen gemeinsam herausfinden, was am besten wirkt. Ein realistisches Behandlungsziel besteht darin, die Symptome so in den Griff zu bekommen, dass es möglich ist, damit zu leben. Verschiedene Behandlungsansätze, die Linderungen und eine Erleichterung im Umgang mit der Krankheit bringen können, werden nun folgend beschrieben (Felde & Novotny, 2002, S. 38 – 97).

Physikalische Maßnahmen

Physikalische Therapiemaßnahmen werden meist als angenehm empfunden und damit das körperliche Wohlbefinden gesteigert. Sie können auch dazu beitragen, den PatientInnen mehr Vertrauen zum eigenen Körper zu vermitteln und die Mobilität zu steigern. Man kann hier passive und aktive Therapieformen unterscheiden. Passiv sind die Kälte- oder Wärmeanwendung und die Massage, aktiv sind gezielte Gymnastik und Bewegung, z.B.: Schwimmen, Walking, Wassergymnastik, Aqua Jogging, dosiertes Fitness-Training mit Dehnung und Kräftigung. Bewegung führt zu

mit Dehnung und Kräftigung. Bewegung führt zu einer vermehrten Ausschüttung von Beta-Endorphin, einem körpereigenen „Schmerzmittel“, das auch für eine bessere Stimmung sorgen kann. Darüber hinaus ist gezielte Bewegung auch wichtig, um schmerzbedingte Schrumpfen der Muskeln zu verhindern (Felde & Novotny, 2002, S 38- 41).

Wenn nur Massagen angewandt werden, besteht die Gefahr, dass sich passive Tendenzen im Krankheitsverlauf verstärken. Trotzdem werden Massagen (z.B.: Lymphdrainage, Fußreflexzonenmassage) und andere Anwendungen wie beispielsweise Akupunktur, Fangopackungen, Heublumenwickel, Wärme- oder Kältekammer, Infrarotbestrahlung, etc. oft als sehr angenehm empfunden. Allerdings kann es sein, dass solche Therapien nur eine vorübergehende Linderung bringen und nicht zu einer generellen Verbesserung der Situation beitragen. Fibromyalgie-PatientInnen müssen individuell durch Ausprobieren und Beobachten herausfinden, was für sie selbst die angenehmste und am besten wirkende Behandlung ist.

Entspannungs-Techniken

Weil sich aus Schmerz und Anspannung vielfach ein Teufelskreis bildet, wirken sich Entspannungsverfahren sehr positiv aus. Diese lindern Schmerzen, durchbrechen den Zirkel aus zunehmenden Schmerzen und zunehmender Verspannung, verbessern den Schlaf und wirken sich auch auf die vielen weiteren Symptome wie Reizdarm, Reizblase, Nervosität oder Kopfschmerzen günstig aus.

Für Fibromyalgie-PatientInnen ist es wichtig, geeignete Entspannungs-Techniken zu lernen, weil sie vielfach noch empfindlicher auf stressreiche Ereignisse und Belastungen reagieren als Menschen, die nicht an diesem Schmerzsyndrom leiden. Auch hier ist es wieder sehr wichtig herauszufinden, welche Technik dem persönlichen Umgang mit Stress am besten entgegenkommt. Entspannungs-Techniken, die sich bei Fibromyalgie bewähren können, sind: Atemübungen, Muskelentspannungs-Techniken wie die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Autogenes Training, Yoga,

Meditation, Hypnose, Biofeedback, Massagen, Musik- und Klangtherapien (Felde & Novotny, 2002).

Medikamentöse Therapien

Die größte Bedeutung in der medikamentösen Therapie kommt der Behandlung mit Antidepressiva zu. Sie wirken auf den Serotoninspiegel in den für das Fibromyalgie-Geschehen wichtigsten Gehirnbereichen ein. Sie können in kleinen Dosen die Schmerzschwelle anheben und so günstig auf Beschwerden wirken. Die verschiedenen medikamentösen Therapieansätze verhelfen meist aber nur einem Teil der Patienten zu einer Linderung der Beschwerden. Einfache Schmerzmittel können manchmal helfen, wirken aber oft ungenügend. Starke Schmerzmittel wirken weniger als bei akuten Schmerzen und können zudem abhängig machen. Auch Schlafmittel sollten nur nach Rücksprache mit der/dem ÄrztIn eingesetzt werden, da viele Schlafmittel den bei der Fibromyalgie gestörten Schlafrhythmus nicht korrigieren können. Entzündungshemmende Medikamente (z.B.: Rheumamittel) helfen meist nur wenig. Auch bei der medikamentösen Therapie muss individuell in Zusammenarbeit mit ÄrztInnen herausgefunden werden, womit die/der einzelne am besten zurechtkommt.

Psychotherapeutische Verfahren

Bereits früh nach der Diagnose Fibromyalgie sollen die PatientInnen mit der Tatsache umgehen lernen, dass sie an einer chronischen Krankheit leiden. Sie sollen das „Coping“, das Umgehen mit der Diagnose, den Symptomen und der Therapie erlernen, z.B.: Durch eine Patientenschulung. Folgende Themen sollten dabei behandelt werden:

- à Aufklärung über die Diagnose
- à Informationen zum Krankheitsbild der Fibromyalgie
- à Arbeit am individuellen Krankheitsverständnis
- à Umgang mit Schlafstörungen
- à Umgang mit vegetativen Störungen

(Felde & Novotny, 2002, S 81 – 85).

Weitere Ziele einer psychologischen und psychotherapeutischen Begleitung sind die Schmerz- und die Stressbewältigung. In sogenannten Schmerzbe-wältigungsgruppen sollen die psychosozialen Faktoren, die für das chroni-sche Schmerzsyndrom mit verantwortlich sind, erkannt werden. Die Patien-tInnen werden motiviert nicht allein das körperliche Schmerzerlebnis in den Vordergrund zu stellen, sondern auch auf die psychosozialen Hintergründe zu achten und diese entsprechend zu verarbeiten. Solche Maßnahmen, ge-meinsam mit bestimmten Entspannungs-Techniken, tragen schließlich zu einer Schmerzreduktion und zu besserer Lebensqualität bei (Richter, Die seelische Seite des Schmerzes, 2005, S 15).

Dass sich eine psychologische Therapieergänzung bewährt, zeigt beispiele-weise die Studie von Strobel (Strobel et al., 1998): Eine hochsignifikante Ver-besserung der Befindlichkeit der PatientInnen sowie eine hochsignifikante Reduktion der fibromyalgierelevanten Affektvariablen Angst und Depression, ebenso eine Besserung der vegetativen Symptomatik ließen sich nachwei-sen. Es handelt sich hier nicht um eine Psychotherapie mit dem Ziel, verbor-gene Störungen aufzudecken, sondern um eine unterstützende Begleitung mit dem Ziel, die chronische Krankheit besser zu akzeptieren und die Folgen tragen zu können.

Auch die für diese Studie befragten GesundheitsexpertInnen bestätigen, dass nur eine umfassende Behandlung eine Linderung der Beschwerden herbeiführen kann (vgl. Kapitel 6). Wichtig bei der Behandlung von Fibromy-algie-PatientInnen sei, dass sie ernst genommen würden, dass ein individuel-ler Therapieansatz gefunden wird und dass die PatientInnen eine psychische Überlagerung akzeptieren.

Der Umgang mit chronischen Schmerzen

Alle chronischen Störungen wirken sich auf das gesamte Gefüge von Körper, Geist und Seele aus. Wer mit einer im Alltag übersteigenden Belastung

konfrontiert ist wie sie beispielsweise der Schmerz darstellt, ist für andere Stressoren weniger belastbar.

Schmerz wird heute als psychophysisches Erlebnis verstanden, d.h. Schmerz hat immer beide Komponenten: sowohl eine körperliche – die Sinneskomponente – als auch eine psychische – die emotionale Komponente. Beim akuten Schmerz tritt oft die sensorische Seite in den Vordergrund, beim chronischen Schmerz spielt hingegen meist die emotionale Ebene die Hauptrolle. Die moderne Medizin geht davon aus, dass beim Schmerz biologische Prozesse genauso beteiligt sind wie psychische und soziale.

Auf der verzweifelten Suche nach Besserung und mit einem hohen Leidensdruck pilgern die Geplagten oft von Arzt zu Arzt. Chronische Schmerzen werden dann häufig wie akute behandelt und die emotionale Komponente wird dabei nicht berücksichtigt. Das erfolglose „Doktor-Shopping“ kann so zum Chronifizierungs-Faktor werden. Der chronische Schmerz bei dem die psychische Komponente oft im Vordergrund steht, wird dadurch nicht gelindert.

Schmerz kann aber auch soziale Auswirkungen haben: Wer ständig leidet, zieht sich zurück. Die Isolation aber kann depressiv machen – Depressionen wiederum führen eher zum chronischen Schmerzsyndrom (also Schmerzen ohne akuten Anlassfall). Auch Angst und Schmerz können sich gegenseitig potenzieren: Der Schmerz macht Angst, man geht von einer Untersuchung zur anderen, man verspannt sich immer mehr, die Schmerzen werden größer und mit ihnen die Angst (Richter, Die seelische Seite des Schmerzes, 2005, S 15).

Wer sich und auch seine Beschwerden nicht akzeptiert, kämpft gegen sich selbst und gerät mit der Zeit in einen Teufelskreis aus Frust, Angst, Hoffnungslosigkeit, Schmerz, Depression und in soziale Isolation. Deshalb ist es für eine Bewältigung der Krankheit wichtig, dass man sich gut informiert, eine

positive Einstellung hat, Änderungen plant und auch durchführt. Im Fall von Fibromyalgie ist das Wissen darüber, was im Körper abläuft, sehr wichtig, da es Angst nehmen kann und deutlich macht, dass eine Umstellung des Lebens notwendig wird. Auf die innere Stimme zu hören und sich intensiv um die Gesundheit und das Wohlbefinden zu kümmern sind Wege in Richtung positiver Krankheitsbewältigung (Felde & Novotny, 2002, S. 113 – 115).

4.3 Die Epidemiologie

Von der Krankheit Fibromyalgie sind vorwiegend Frauen in einem Verhältnis von sechs zu eins betroffen (Wolfe et al., zitiert nach Egle, 2004, S. 138). Die Erkrankung beginnt durchschnittlich um das 35. Lebensjahr, der Häufigkeitsgipfel wird im und nach dem Klimakterium erreicht. Bei 20 – 25 % der PatientInnen beginnen die fibromyalgischen Symptome bereits in der Kindheit und Jugend (Egle et al., 2004, S. 138).

Fibromyalgie ist eine Erkrankung, die nicht auf bestimmte soziologische und ethnische Gruppen sowie Rassen beschränkt ist. Ca. 1 bis 3% der Bevölkerung sollen an dieser Krankheit leiden (Egle et al., 2004, S. 138). Nach Wolfe et al. sollen in den USA 2% der Bevölkerung eine gesicherte Diagnose Fibromyalgie haben (Wolfe et al., zitiert nach Egle, 2004, S. 138). Diese Zahl wird häufig auf andere Länder bezogen, jedoch sind derzeit noch keine epidemiologischen Daten für Europa verfügbar. Gründe dafür könnten Probleme bei der Falldefinition und diagnostische Schwierigkeiten sein. Erst seit Einführung der ICD 10 Nomenklatur ist Fibromyalgie als Krankheit anerkannt.

4.4 Datenlage in der Steiermark

Um eine Vorstellung der Prävalenz von Fibromyalgie in der Steiermark zu haben, wurde im Gesundheitsinformationssystem Steiermark 2004 nach Daten recherchiert. Es wurde aber nicht der ICD 10 Code M79.0 für Fibromyalgie abgefragt, sondern der ICD 9 Code 729, weil für die Datenbankerstellung noch mit der ICD 9 Nomenklatur gearbeitet wurde. Der ICD 9 Code 729 heißt „andere Affektionen der Weichteile“. Also nicht nur Fibromyalgie kann unter dieser Klassifizierung enthalten sein, sondern auch andere Erkrankungen

aus dem Bereich der Weichteilbeschwerden, die bis zu diesem Zeitpunkt keinen eigenen ICD 9 Code hatten. Infolgedessen können die Daten stark verzerrt sein.

Bei den ermittelten Daten handelt es sich um Spitalsentlassungsdaten aus den Steirischen Fondskrankenanstalten. Diese Fondskrankenanstalten sind im Wesentlichen öffentliche und gemeinnützige Akutkrankenanstalten (ohne Unfallkrankenhäuser), die aus öffentlichen Mitteln über den Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds (SKAFF) finanziert werden.

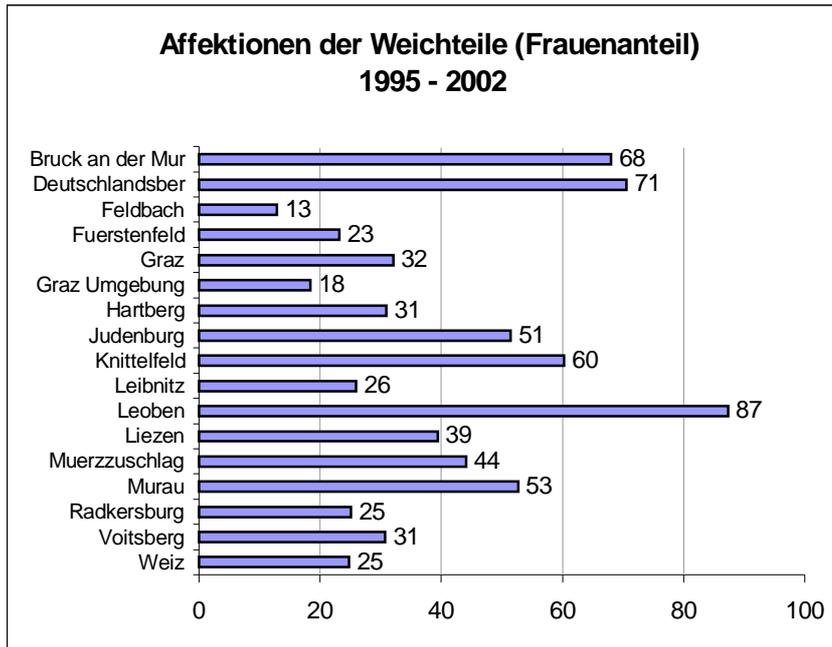
Die Fonds-Krankenanstalten umfassen nicht alle steirischen Krankenhäuser. Ambulanzen, Privatkrankenhäuser oder der niedergelassene Bereich sind nicht berücksichtigt. Bei den Zahlen ist zu beachten, dass eventuelle Doppel- oder Mehrfachaufnahmen nicht ausgeschlossen sind, da die Daten von den Krankenhäusern anonymisiert weitergegeben werden, das heißt: eine Person die innerhalb eines Jahres mehrmals in einem oder mehreren Krankenhäusern stationär behandelt wurde, ist eventuell auch mehrfach enthalten. Weiters sind steirische PatientInnen, die sich in anderen Bundesländern behandeln lassen, nicht registriert. Die Raten sind je 100.000 EinwohnerInnen und für den Zeitraum von 1995 bis 2002.

Trotz aller Einschränkungen der Validität könnte man erkennen, dass in den Bezirken Feldbach, Fürstenfeld, Radkersburg und Weiz eine besonders niedrige Fallrate von „anderen Affektionen der Weichteile“ vorherrscht (vgl. Abbildung 3 und 4). Über die Ursache dieser Anomalie können keine Vermutungen angeführt werden.

Weiters wurden GesundheitsexpertInnen aus der Region Gleichenberger Tal befragt, wie viele Fibromyalgie-PatientInnen sie derzeit betreuen würden (vgl. Kapitel 6). Eine genaue Zahl konnte nicht eruiert werden. Nach Dr. Kicker, Chefarzt der GKK Feldbach, gibt es derzeit aber in den Bezirken Fürstenfeld

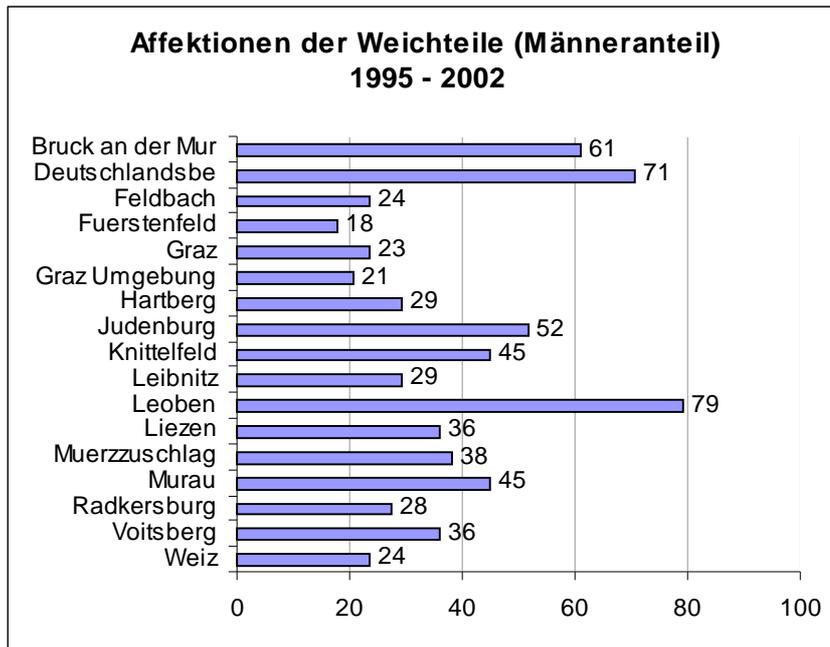
und Feldbach zusammen 10 oder 11 diagnostizierte Fälle von Fibromyalgie (ExpertInneninterview, 28. April 2005).

Abbildung 3: „Affektionen der Weichteile“ in der Steiermark (Frauenanteil)



Quelle: Aufbereitet nach GEISTtabfrage ICD 9 729 (Gesundheitsinformati-
onssystem Steiermark, 2004).

Abbildung 4: „Affektionen der Weichteile“ in der Steiermark (Männeranteil)



Quelle: Aufbereitet nach GEISTabfrage ICD 9 729 (Gesundheitsinformationssystem Steiermark, 2004).

5 Das „Phänomen“ im Gleichenberger Tal

Bei dem erwähnten „Phänomen“ handelt sich um eine unerklärliche Besserung des Gesundheitszustandes von Fibromyalgie-PatientInnen, die nur durch den Aufenthalt im Gleichenberger Tal hervorgerufen wurde. Diese Personen waren auf Erholungsurlaub in dieser Region und empfanden nach einigen Tagen eine Linderung ihrer Beschwerden, ihr Medikamentenkonsum konnte reduziert werden und sie fühlten sich wieder leistungsfähig.

„Mein Wohlbefinden steigerte sich sogar, sodass ich an den letzten, in den letzten drei Wochen, dann sage und schreibe, dann bin ich einen Tag mit meinem Mann fünfzehn Kilometer gelaufen“, (i-Ja) Also das hätte ich vielleicht mit dreißig machen können, oder fünfunddreißig,“(Interview F/388-394)

„In Bad Gleichenberg, erstmals war es ein eh sehr angenehmes Klima, . weil weil es erstens mal sehr warm war (i-Ja) Das war also sehr angenehm, . und ich konnte eh in Bad Gleichenberg meine Medikamente von dreimal einmal Tramagit auf erst mal von zweimal eine geben, dann auf einmal eine, und ich hab dann sogar drei Wochen . nach B a d Gleichenberg, sogar die Medikamente ganz weglassen können.“ (Interview H/221-230)

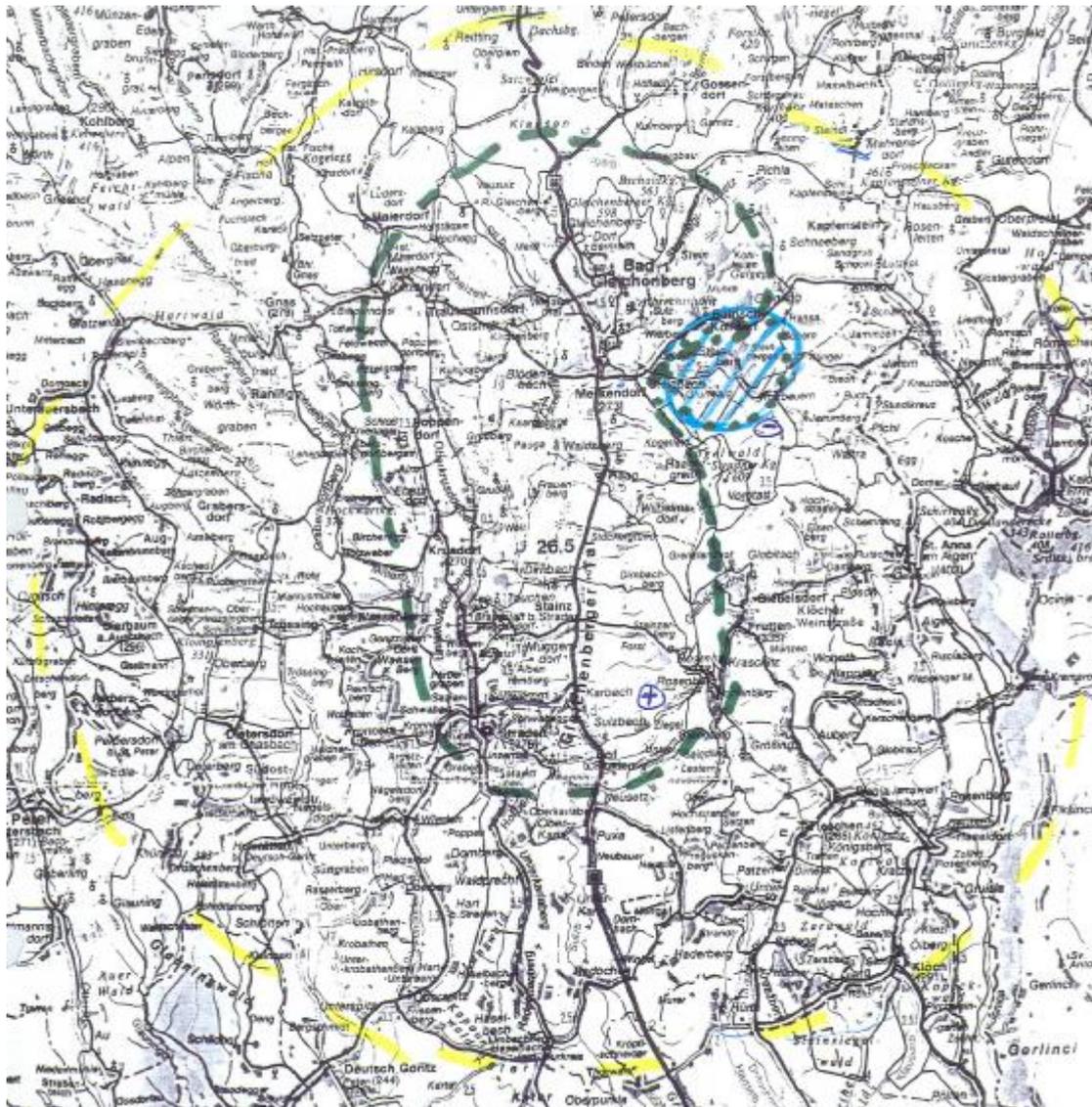
Welche Prozesse hinter diesem „Phänomen“ stehen, darüber können bislang nur Hypothesen erstellt werden, die aber noch nicht bewiesen sind.

Das Gleichenberger Tal

Das Gleichenberger Tal lässt sich aufgrund von Erfahrungsberichten von Fibromyalgie-PatientInnen in Zonen der Intensität des „Phänomens“ einteilen. Diese Zonen sind dadurch definiert, dass sie eine unterschiedliche Wirkung auf den Gesundheitszustand der PatientInnen hervorrufen (vgl. Abbildung 5):

In der gelben Zone soll sich eine Besserung innerhalb von wenigen Tagen einstellen. In der grünen Zone soll sich keine Verschlechterung des Zustandes ergeben. Diese Zone könne von den PatientInnen besucht werden, ohne dass Beschwerden auftreten. Die blauen Bereiche, die in der Karte eingezeichnet sind, sollen von den PatientInnen gemieden werden. Dort würden die Beschwerden verstärkt werden.

Abbildung 5: Karte mit Zonen im Gleichener Tal



Quelle: ÖK 50 7709. Ausschnitt, aufbereitet von Krotscheck, C., Präsentationskript „Kraftregion Sulzbachtal“, August 2004

5.1 Geophysikalische Besonderheiten

Die oben erwähnten Meidungspunkte könnten sich teilweise auf geophysikalische Phänomene zurückführen lassen. Wasseradern und Erdverwerfungen sind unterirdische Wasserläufe beziehungsweise geologische Bruchstellen, die eine biodynamische Wirkung auf das Vitalfeld von Pflanzen, Tieren und Menschen ausüben. Über das Vitalfeld wirkt Information auf den physischen Körper (Frohmann, 2000, S. 225). Die hohe Sensibilität auf geophysikalische Störungen, die von einigen PatientInnen berichtet wurde, könnte verantwortlich sein, dass sich Fibromyalgie-PatientInnen an diesen Stellen nicht wohl fühlen.

Der Geologische Aufbau des Gleichenberger Tals

Der Untergrund des Gleichenberger Tals besteht aus austro-alpinen Kristallinen. In der oben erwähnten blauen Zone gibt es zwischen dem Gleichenberger Kogel und dem Stradner Kogel eine Störung durch die Verschiebung des Untergrundes. Hier lässt sich ein Höhenunterschied des Untergrundgesteins von 400 m erkennen (vgl. Anhang E: Relief des präteritären Untergrundes). In dieser Zone ist auch die aeromagnetische Strahlung ausgesprochen hoch (vgl. Anhang F: Aeromagnetische Karte). Es konnten 200 nT gemessen werden, das ist der höchste Wert für die ganze Region (Anmerkung: nT [nano Tesla] ist nach internationalem Einheitensystem die Einheit der magnetischen Induktion oder Flussdichte (Meyers LexiRom, 1997)). Ein Grund für diese Anomalie könnte die Verschiebung des Untergrundgesteins sein. Das Vorkommen von Magnetit (Anmerkung: Namengebend ist sein natürlicher Magnetismus), Trachyandesit und Trachyt im Vulkangestein sind wahrscheinlich nicht für den Magnetismus in dieser Region verantwortlich (Manfred Messner, Geologe, persönliches Interview, 27. April 2005).

Das Klima im Gleichenberger Tal

Das Klima im Gleichenberger Tal kann dem pannonischen Klima zugerechnet werden. Der Talkessel, der nach Süden ausgerichtet ist, wird durch die Kogel im Norden vor Winden geschützt. Es entsteht dadurch ein spezielles

Kleinklima, das sich nur sehr langsam ändert. Ein Zehnjahresvergleich (1989 – 1999) der monatlichen Durchschnittstemperaturen von den Messstationen Bad Gleichenberg (303 m) und Fehring (260 m) zeigte, dass das geschützte Bad Gleichenberg tendenziell wärmer ist als das offene Fehring (Anmerkung: Üblicherweise werden solche Vergleiche über einen längeren Zeitraum und über mehrere Messstationen durchgeführt, das war aus zeitlichen Gründen für diese Arbeit nicht möglich.) (BMLF, 1993).

Zusätzlich wirkt sich das Vulkangestein des Gleichenberger Kogels auf die Luftfeuchtigkeit aus. Vulkangesteine können Niederschläge und Schmelzwasser nicht so gut speichern wie das bei Sedimenten der Fall ist, dadurch ist z.B.: Die Grundwasserneubildungsrate in solchen Gebieten deutlich geringer, das Wasser rinnt sehr schnell ab und die Feuchtigkeit bleibt nicht erhalten (Manfred Messner, Geologe, persönliches Interview, 27. April 2005). Acht von neun der für die Studie befragten Fibromyalgie-PatientInnen sind sehr wetterfühlig. Sie empfinden ein trockenes Klima wie es in Bad Gleichenberg vorherrscht, als sehr angenehm.

Der Vulkanismus im Gleichenberger Tal

Der Vulkan von Gleichenberg beherrschte Jahrtausende lang die Landschaft des steirischen Beckens. Der erste Ausbruch liegt ca. 17 Millionen Jahre zurück. Die Entstehung des Gleichenberger Vulkans hängt direkt mit der Alpenbildung zusammen. Gesteine der afrikanischen Platte wurden unter die europäische Platte geschoben. In der Tiefe kam es zur Aufschmelzung der Gesteine. Zusammen mit aufsteigendem Magma aus dem Erdmantel gelangten diese "afrikanischen Gesteine" an die Oberfläche und bildeten den Gleichenberger Vulkan.

Die Aktivität des Vulkans dauerte bis vor ca. 12 Millionen Jahre. Für ca. fünf Millionen Jahre war der Gleichenberger Vulkan die einzige Erhebung, die aus dem Meer ragte, das das Steirische Becken bedeckte. Weitere, jüngere vulkanische Aktivitäten in der Region, auch rund um den alten Vulkan in Bad Gleichenberg, gab es vor ca. zwei Millionen Jahren (Schillinger et al., 1999, S. 12 - 16).

Für Fibromyalgie-PatientInnen sollen sich Vulkane sehr positiv auf die Beschwerden auswirken, warum das so sein soll, konnte bislang noch nicht wissenschaftlich nachgewiesen werden.

5.2 Landschaftliche Qualitäten

Die landschaftlichen Qualitäten des Gleichenberger Tals können folgendermaßen beschrieben werden:

„Die sanften Steigungen der oststeirischen Hügel, mit einer saftig-grünen Landschaft, von Weinbergen umrahmt, die kleinstrukturierte Kulturlandschaft, das einfache Leben, die Ruhe und Beschaulichkeit, die Gemütlichkeit der Menschen und die kulinarischen Hochgenüsse geben der Region eine einzigartige Atmosphäre.“

Die Wissenschaft der Geomantie beschäftigt sich mit den Qualitäten einer Landschaft. Im Besonderen sind das die Wechselwirkung zwischen Mensch und Raum. Wechselwirkung meint hier, dass Menschen auf Orte reagieren. Körperliche, emotionale und mentale Reaktionen beeinflussen das Wohlempfinden und das soziale Miteinander, auch ohne dass sich Menschen dessen bewusst sind. Menschen haben Einfluss auf die Qualität eines Ortes. Durch ihr Handeln, Denken und Bewusstsein werden Spuren hinterlassen, aber auch geologische oder geschichtliche Informationen können in Landschaften gespeichert werden (Virko Kade, Geomant, persönliches Interview, 22. April 2005).

Erzählungen und Sagen über die Region Gleichenberger Tal bestätigen, dass diese Region eine besondere Geschichte aufweist. Die Gegend um Bad Gleichenberg ist schon seit dem dritten Jahrtausend v. Chr. besiedelt. Die Römer nutzten bereits um Christi Geburt das zutage tretende kohlenstoffreiche Heilquellwasser. Dieses wurde zu Ende des 18. Jahrhunderts wieder entdeckt und daraufhin einer der ältesten Kurorte Österreichs gegründet (Krenn, 1987, S 80 - 81). Weiters ist der Gleichenberger Kogel die älteste Erhebung des ganzen steirischen Beckens. Alleine diese Informationen weisen auf eine besondere Qualität des Gleichenberger Tals hin. Wie Menschen auf diese Informationen reagieren, hängt aber ab von ihrer Persönlichkeit,

der momentanen Befindlichkeit und anderen Aspekten ab. Sensible Menschen könnten diese Informationen stärker wahrnehmen.

In der Landschaft gibt es bestimmte Bereiche, die eine einheitliche Grundinformation auf allen Ebenen (z.B.: auf der Ebene von Geologie, Politik, Sprache, Geschichte etc.) aufweisen. Diese Bereiche sind lokal genau abgegrenzt und die in ihnen enthaltene Information kann bestimmte Bereiche im Körper eines Menschen besonders anregen. Der Ort Bad Gleichenberg könnte als das Herz der Region gesehen werden und auch im Körper das Herz (als Organ und als Ort der Seele) ansprechen und dadurch eine Linderung der Beschwerden bewirken. Die Information, die in und rund um Bad Gleichenberg gespeichert ist, kann von Gesunden, Kranken und aus Erfahrungsberichten von Fibromyalgie-PatientInnen aufgenommen werden und wirken und so von Belastungen befreien (Virko Kade, Geomant, persönliches Interview, 22. April 2005). Nach Ergebnissen der Herzforschung spielt das Herz eine wichtige Rolle für unsere Vitalität und psychische Stabilität. Es wurde herausgefunden, dass das Herz über hormonelle Botenstoffe das Gehirn beeinflusst und mitsteuert. Die Herzkammern produzieren ein Hormon (ANF = antinukleäre Faktoren), das über die Hypophyse (limbisches System) auf den Hormonhaushalt einwirkt. Es werden nicht-stoffliche Qualitäten wie sie psychisch-seelische und geistig-intuitive Informationen darstellen, in körperliche Informationen umgesetzt, wobei das Hormonsystem die Rolle des Vermittlers spielt. Es zeigt sich eine Verbindung vom physischen Herzen über das limbische System zur seelischen Dimension des Menschen (Frohmann, 2000, S. 50 - 51).

5.3 Erklärungen von GesundheitsexpertInnen

Für die Studie wurden GesundheitsexpertInnen der Region über die besondere Wirkung des Gleichenberger Tals für Fibromyalgie-PatientInnen befragt (vgl. Kapitel 6). Als wichtigstes Thema zu dieser Frage wird das Klima der Region genannt. Drei von sechs befragten GesundheitsexpertInnen führen das „Phänomen“ auf das spezielle Kleinklima zurück, das im Gleichenberger Tal herrscht. Es wird auch erwähnt, dass sich Wärme und trockenes Wetter positiv auf den Zustand von Fibromyalgie-PatientInnen auswirken.

Aber auch die besondere Landschaft mit den Vulkanen und die Vegetation werden als positive Faktoren genannt. Ein weiterer wichtiger Punkt sei der Kuraufenthalt generell. Die lockere Atmosphäre mit anderen Kurgästen, der Ortswechsel und die Aufmerksamkeit, die man als Kurgast erlange, könnten eine Besserung des Zustandes bewirken. (Anmerkung: Allen Statements der befragten GesundheitsexpertInnen ist gemein, dass sie nur Vermutungen sind. Die Befragten haben ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bis jetzt keine wissenschaftlichen Nachweise erbracht worden sind.)

6 Methodik der Studie

Die Methodik dieser Arbeit besteht aus zwei Teilen. Die in Kapitel 3 vorgestellten Theorien zu Gesundheit und Krankheit stellen die inhaltliche Basis für den ersten Teil der empirischen Arbeit dar. Anhand dieser Konzepte wurden die subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen von Fibromyalgie-PatientInnen und ihr gesundheitsbezogenes Handeln analysiert. Bislang wurde in der Gesundheitsforschung noch nicht nach subjektiven Gesundheitskonzepten und -theorien von Fibromyalgie-PatientInnen geforscht, deshalb eignet sich ein explorativer qualitativer Forschungsansatz um ein erstes Bild der subjektiven Wahrnehmungen und Erfahrungen von Fibromyalgie-PatientInnen zu erhalten. Für den zweiten Teil der Arbeit wurden Meinungsäußerungen von GesundheitsexpertInnen zu Fibromyalgie und zum „Phänomen“ im Gleichenberger Tal eingeholt. Diese Meinungen sollen eine systematische Betrachtung der Themen ermöglichen.

Wahl der Erhebungsmethode

Die Wahl des Forschungsdesigns für die PatientInneninterviews erfolgte in Anlehnung an die Forschungsarbeit von Faltermaier et al. (1998). Es wurde ein offenes Erhebungsverfahren und ein interpretatives Auswertungskonzept gewählt. Diese Forschungsmethode ermöglichte es den interviewten Personen ihren Lebenskontext und ihre Erfahrungen zur Sprache zu bringen, die für sie mit Gesundheit assoziiert sind und von sich aus subjektiv relevante Themen und Deutungen zu äußern. Die Datenerhebung erfolgte durch narrative Interviews, welche mittels Sequenz- und Grobanalyse analysiert wurden, um so auch die soziale Dimension der Erzählung aufzubrechen. Das Ziel dieser Methode ist eine induktive Generalisierung durch die Bildung von Kategorien und Typen.

Für die ExpertInneninterviews wurde ein Interviewleitfaden erstellt. Anhand dieses Leitfadens sollten diese Personen über ihre Erfahrungen mit Fibromyalgie in der Region berichten. Wie viele Fibromyalgie-PatientInnen sie betreuen (Einheimische und Gäste) und ob es Auffälligkeiten gibt bzw. ob sie

das Phänomen bestätigen können. Die ExpertInneninterviews wurden nach der Durchführung mittels Grobanalyse interpretiert.

6.1 PatientInneninterviews

6.1.1 Interviewmethode - Das narrative Interview

Das narrative Interview ist eine Spezialform des qualitativen Interviews. Im narrativen Interview wird die/der zu Befragende aufgefordert, zu dem im Gespräch benannten Gegenstand zu erzählen, was voraussetzt, dass die/der zu Befragende eine entsprechende Erzähl- bzw. kommunikative Kompetenz aufweist.

Die Betonung des Erzählprinzips im narrativen Interview hat zwei methodologische Vorteile:

- à Die Erzählungen kommen in ihrer Struktur den Orientierungsmustern des Handelns am nächsten
- à Das Erzählen beinhaltet implizit eine retrospektive Interpretation des erzählten Handelns (Lamnek, 1995, S. 70-71)

Während der Erzählphase ist die/der InterviewerIn angehalten, möglichst nicht durch Fragen einzugreifen. Ihr/Ihm kommt in dieser Phase die Rolle der/des ZuhörerIn zu, die/der sich darauf beschränkt, in nicht-direktiver Weise den Erzählfluss zu unterstützen. Erst in einer weiteren Phase, nach dem Abschluss der Erzählung, darf die/der InterviewerIn Nachfragen stellen. Dabei sollten direkte Fragen vermieden werden. In der Nachfragephase wird versucht, offene Punkte abzuklären und eventuell die interviewte Person zu neuen narrativen Sequenzen zu animieren. Direkte Fragen nach Motiven sollten allenfalls am Ende des Interviews gestellt werden (Diekmann, zitiert nach Spöhring und Mayring, 2004, S. 450).

Die Textform der Erzählung bietet gegenüber den anderen Textarten den Vorteil, dass die/der Befragte „die Erzählung, die sie/er seinen Zuhörern anbietet, logisch aufbaut. Die aus dem Aufbau folgende Aneinanderreihung von Ereignissen bringt die/den ErzählerIn immer wieder in Zugzwang, Einzelheiten eingehender zu erklären, um gedankliche Sprünge in der Erzählung zu

vermeiden“. Die/der Erzählende findet sich in einer Situation, in der sie/er zur Preisgabe immer neuer Informationen gebracht wird, wobei mit jedem neuen Detail die Plausibilität der Erzählung steigt. Auch unangenehme, tabuisierte, sozial unerwünschte Ereignisse oder Handlungen, die der/den Erzählenden peinlich berühren können, werden nun in diesem Kontext berichtet (Lamnek, 1995, S. 72).

Diese Erzählform wurde deshalb gewählt, weil die befragten Fibromyalgie-PatientInnen dadurch als ExpertInnen ihrer Lebenswelt über ihr Wissen, ihre Vorstellungen und ihre Erfahrungen von und mit Gesundheit und Krankheit berichten konnten und darüber wie sie eine Besserung ihres Gesundheitszustandes verspürt haben.

6.1.2 Zugang zum Feld

Um PatientInnen für die Studie zu gewinnen, wurden einschlägige Selbsthilfegruppen kontaktiert. Erfreulicherweise waren nach einer ersten Kontaktaufnahme mit der Selbsthilfegruppe Steiermark für Fibromyalgie einige PatientInnen bereit als InterviewpartnerInnen zu fungieren. Aber auch im Raum Bad Gleichenberg ansässige und dem Forschungsteam bekannte Fibromyalgie-PatientInnen erklärten sich zu einem Interview bereit. Als Kriterium für die Auswahl der InterviewpartnerInnen wurde die gestellte Diagnose Fibromyalgie gewählt.

Insgesamt wurden neun Personen mit Fibromyalgie interviewt: Es waren dies sieben Frauen und zwei Männer im Durchschnittsalter von 58 Jahren. Alle Befragten sind bereits im Ruhestand und waren zuvor als Angestellte und Beamte beschäftigt oder selbstständig. Sieben der Befragten sind verheiratet oder liiert. Durchschnittlich leben zwei Personen in den Haushalten der Interviewten. Das Ausbildungsniveau repräsentiert ein mittleres Qualifikationsniveau (Hauptschulabschluss mit abgeschlossener Lehre, Krankenpflegeschule, mittlere Reife). Im Durchschnitt vergingen elf Jahre seit Auftreten der Beschwerden und der Diagnosestellung von Fibromyalgie. Alle Befragten stellten sich sehr gerne zur Verfügung, da es ihnen ein Anliegen war, ihre Erfahrungen anderen mitzuteilen und gehört zu werden.

6.1.3 Datenerhebung

Ziel der Untersuchung war es, die InterviewpartnerInnen als ExpertInnen ihrer eigenen Gesundheit/Krankheit zu befragen und ihre individuellen Vorstellungen und subjektiven Überzeugungen zu erfassen.

Die erzählgenerierende Einstiegsfrage wurde der Studie von Faltermaier et al. (1998) entnommen, um dadurch einen Vergleich mit Gesunden zu haben und zu analysieren, ob sich Unterschiede in den subjektiven Gesundheitstheorien ergeben. Die Frage lautete:

„Wenn Sie auf Ihr Leben bis heute zurückblicken, können Sie bitte erzählen, welche Rolle Gesundheit für Sie spielt oder gespielt hat?“

Ziel dieser Einstiegsfrage war es, Gesundheit als übergeordnetes Thema des Interviews einzubringen und eine biographische Einbettung anzuregen. Die spezifische Zuschneidung des Themas sollte jedoch den GesprächspartnerInnen überlassen bleiben (Faltermaier et al., 1998, S. 65).

Erst zu einem späteren Zeitpunkt stellte die interviewende Person Fragen zu Themen, die bislang noch nicht genannt wurden. In dieser Studie betrafen diese Fragen hauptsächlich die Themen der Krankheit Fibromyalgie und das zu beschreibende „Phänomen“ der Linderung der Beschwerden im gleichenberger Tal. Folgende Frage wurde den InterviewpartnerInnen dazu am Ende des Gesprächs gestellt:

„Haben Sie davon gehört, dass es an bestimmten Orten eine Linderung der Krankheitsbeschwerden gibt?“

Im Anschluss an jedes Gespräch wurden soziodemografische Merkmale erhoben. Weiters wurde nach den Gesprächen ein Interviewprotokoll angefertigt, um die Auswertung zu erleichtern. Im Interviewprotokoll wurden Ort und Zeit des Interviews, besondere Themen im Gespräch und der Verlauf des Gesprächs, z.B.: ob es Unterbrechungen gab, festgehalten (in Anlehnung an Faltermaier et al., 1998).

Die Gespräche fanden an verschiedenen neutralen Orten statt (Gasthaus, Krankenhaus, Selbsthilfezentrum), aber auch in den Privat-Wohnräumen der Betroffenen. Drei Gespräche wurden aus zeitlichen und finanziellen Gründen per Telefon durchgeführt. Alle Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet

und anschließend transkribiert. Im Durchschnitt dauerten die Interviews 56 Minuten (zwischen 25 und 105 Minuten).

6.1.4 Datenaufbereitung und Auswertung

Alle InterviewpartnerInnen waren mit der Aufzeichnung der Gespräche auf Tonband einverstanden. Nach Abschluss der Interviewphase wurden die Interviews anhand der Richtlinien für die Gesprächstranskription nach Froschauer & Lueger (2003) verschriftlicht. Eigennamen, die Rückschlüsse auf die Personen hätten zulassen können, wurden kodiert. Diese Transkripte waren die Grundlage für die Auswertung. Es gingen neun Interviews in die Auswertung ein. Angestrebt wurde eine Beschreibung und Analyse vorhandener Ausprägungen. Für die Analyse der PatientInneninterviews wurden die Methode der Sequenzanalyse und die Methode der Grobanalyse angewandt. Mittels Sequenzanalyse wurden Interviewteile zum „Phänomen“ der Besserung des Krankheitsbildes Fibromyalgie untersucht, die Vorgangsweise bei dieser Analyseform wird im Folgenden beschrieben. Mit der Methode der Grobanalyse wurden jeweils die Eingangssequenz der PatientInneninterviews und das Gesundheitshandeln der PatientInnen analysiert, diese Methode wird in Kapitel 6.2.4 vorgestellt.

Auswertung mit Sequenzanalyse

Die Sequenzanalyse zielt ab auf die Erfassung von Sinngehalten, die sich in der selektiven Abfolge kleinster Gesprächseinheiten reproduzieren. Ausgangsannahme der Sequenzanalyse ist, dass sich die objektive Struktur eines latenten Sinnzusammenhangs relativ unabhängig von den Motiven, Intentionen oder Dispositionen der befragten Personen konstituiert. Die Wahl der Worte, ihre genaue Anordnung in einer Sinneinheit enthält mehr Bedeutungshinweise, als eine rein lexikalisch orientierte Analyse offerieren würde.

Vorgangsweise:

In der Vorbereitung wurde ein zu analysierender Gesprächsausschnitt im Umfang von etwa vier bis acht Zeilen ausgewählt. Die gewählte Textstelle wurde in Analyseeinheiten (Sinneinheiten) unterteilt, wobei das

Teilungskriterium eine syntaktische Regel oder Pause darstellte. Die auf diese Weise abgegrenzte Einheit musste gerade noch „Sinn“ ergeben. Die Sinneinheiten, die für diese Arbeit analysiert wurden, waren Interviewteile, in denen über das „Phänomen“ in Bad Gleichenberg gesprochen wurde oder über andere Orte, an denen Fibromyalgie-PatientInnen eine Linderung verspürten.

Die Analyse sollte von einer Gruppe (mindestens zwei, aber möglichst nicht mehr als vier Personen) erfolgen. Zusätzliche InterpretInnen wirken als korrigierend für individuelle Wahrnehmungen und Vorurteile. Die Sequenzanalysen wurden für diese Arbeit in vier von sechs Fällen von mehreren Personen durchgeführt, in zwei Fällen wurden sie aus zeitlichen und personellen Gründen nur von einer Person durchgeführt.

Für die Analyse wurde das Textmaterial systematisch „zerstückelt“.

Beispiel einer Sinneinheit:

„a wo's entspannt ist“ (Interview D/984)

Folgende Interpretationsschritte, die hier als Fragestellungen formuliert sind, erleichterten die Durchführung:

- à Welche vordergründige Information liegt der Sinneinheit zugrunde?
- à Welche Funktionen könnte die Äußerung für die befragte Person haben bzw. welche Intentionen könnten sie angeregt haben?
- à Welche latenten Momente könnten der Sinneinheit zugrunde liegen und welche objektiven Konsequenzen für Handlungs- und Denkweisen könnten sich daraus ergeben?
- à Welche Rollenverteilung ergibt sich aus der Sinneinheit?
- à Welche Optionen ergeben sich für die nächste Sinneinheit?

Speziell auf diese Arbeit bezogen ergab sich noch folgende Fragestellung:

- à Welche Aspekte in Bezug auf Gesundheit und Krankheit liegen der Sinneinheit zugrunde?

Um die einzelnen Schritte nachvollziehen zu können, wurde ein Auswertungsschema angelegt (vgl. Anhang G: Auswertungsschema Sequenzanalyse), in dem auch die wichtigsten Erkenntnisse schriftlich festgehalten wurden.

In der zusammenfassenden Interpretation wurden die getroffenen Annahmen einer Prüfung, Reformulierung, Korrektur und Ergänzung unterworfen.

Im Idealfall sollte am Ende eine durchgängige Sinnstruktur aller Aussagen stehen. Im Zentrum stehen jene Bedingungen, die zur Produktion dieses Textes führen, und jene Bedeutungen, die den Sinnhorizont für Akteure in einem sozialen System abgeben und die gleichsam „zwischen den Zeilen“ versteckt sind (Froschauer & Lueger, 2003, S. 110 – 142).

Die Ergebnisse der PatientInneninterviews werden in Kapitel 7 dargestellt.

6.2 ExpertInneninterview

6.2.1 Interviewmethode - Das Leitfadeninterview

Bei Leitfadeninterviews werden offen formulierte Fragen in Form eines Leitfadens zum Interview mitgebracht, auf die die/der Interviewte frei antworten soll. Der/dem InterviewerIn ist es freigestellt, in welcher Reihenfolge die Fragen gestellt werden, und ob ausschweifende Ausführungen der/des Interviewten begrenzt werden.

Eine Form des Leitfadeninterviews ist das ExpertInneninterview. Hier wird versucht mit Hilfe von ExpertInnen ein erstes Bild vom Untersuchungsgegenstand zu erhalten und Zusammenhänge zu klären. Die/der InterviewerIn muss fähig sein, das Interview indirekt zu steuern und sich mit den ExpertInnen auseinander zu setzen. Das ExpertInneninterview liefert gezielt Informationen über einen Gegenstandsbereich und im Fall von hoher Standardisierung ist eine vergleichende Analyse zwischen ExpertInnenaussagen möglich. Es kann aber vorkommen, dass die/der Befragte allgemeines ExpertInnenwissen ausbreitet, anstatt auf die Forschungsfrage einzugehen. Weiters kann es passieren, dass ExpertInnen aus verschiedenen Gründen ihr Wissen nicht preisgeben wollen (Froschauer & Lueger, 2003; Lamnek, 1995; Diekmann, 2004).

6.2.2 Zugang zum Feld

Allgemeinmediziner und Fachärzte der Neurologie, Psychologie und Innerer Medizin aus der Region und aus Graz wurden für die Studie befragt. Von elf ÄrztInnen, die gewählt wurden, weil sie mit Fibromyalgie-PatientInnen zu tun haben könnten oder von den interviewten Fibromyalgie-PatientInnen genannt wurden, haben sich sechs ÄrztInnen bereit erklärt die Fragen zu Fibromyalgie und zur Region Gleichenberger Tal zu beantworten.

6.2.3 Datenerhebung

Für die Erhebung der ExpertInnenaussagen wurde ein Interviewleitfaden erstellt (vgl. Anhang H: Interviewleitfaden ExpertInnen-Interview). Als Einstieg wurde gefragt, ob überhaupt Fibromyalgie-PatientInnen betreut werden, wenn das der Fall war, so wurde weiter gefragt, wie viele das seien und ob sie Einheimische oder Kurgäste seien. Es wurde nach den Beschwerden der PatientInnen gefragt und ob Gemeinsamkeiten bei den PatientInnen aufgefallen seien. Kurz sollte das Krankheitsbild Fibromyalgie erklärt werden und wodurch die PatientInnen eine Linderung der Beschwerden erlebt hätten. Zu den PatientInnen wurde noch gefragt, wie die/der ÄrztIn diese persönlich erlebt hätte. Zum „Phänomen“ der Besserung der Krankheitsbeschwerden von Fibromyalgie im Gleichenberger Tal wurde gefragt, ob sie davon gehört hätten, dass sich Klima und Geologie in der Region positiv auf Fibromyalgie-PatientInnen auswirkten, was sie davon hielten und ob sie PatientInnen kennen würden, die davon berichtet hatten.

6.2.4 Datenaufbereitung und Auswertung

Die Gespräche fanden in den Ordinationen der ÄrztInnen statt und wurden teils auf Tonband aufgenommen und teils mitprotokolliert, anschließend wurden sie mit der Methode der Grobanalyse ausgewertet und verglichen.

Auswertung mit Grobanalyse

Diese Form der Auswertung von Gesprächen dient dazu, einen Überblick über Themen zu verschaffen, diese in ihren Kernaussagen zusammenzufassen und den Kontext ihres Auftretens zu erkunden. Es ist zugeschnitten für die Analyse größerer Textmengen und orientiert sich an der Erschließung

prozessdynamischer Aspekte komplexer und intern hochdifferenzierter sozialer Felder.

Vorgangsweise:

Zur Analyse werden Texte in zusammengehörige thematische Einheiten zerlegt. Ein im Text angesprochenes Thema, das bis zum Wechsel zu einem anderen Thema reicht, bildet eine thematische Einheit. Als thematische Einheit wurde für diese Arbeit z.B.: die Eingangssequenz gewählt. Über die Untersuchung manifester und intentionaler Gehalte hinausgehend richtet sich die Analyse primär auf die strukturierenden latenten Merkmale des fokussierten sozialen Feldes. Hilfreich ist es, die Textauswahl auf drei Ebenen zu betrachten:

- à Die erste Ebene ist eine Reduktion des vorfindbaren Inhalts in Form einer Paraphrasierung.
- à Die zweite Ebene bezieht sich vorrangig auf den Äußerungskontext. Mehrere Kontexte sind zu unterscheiden: der unmittelbare Gesprächskontext als Rahmung der Aussage, der enge thematische Kontext des angesprochenen Sachverhalts, der Kontext persönlicher Momente in ihrer vermittelnden Funktion zwischen Systemstrukturen und den Wirklichkeitsformationen der handelnden AkteurlInnen, der erweiterte Kontext des fokussierten sozialen Systems und der globale Kontext der umgebenden Gesellschaftsformation.
- à Auf der dritten Ebene wird auf Grundlage der lebensweltlichen Strukturbedingungen auf einen hypothetischen Wirkungskontext geschlossen, der sich zergliedern lässt: in Interaktionseffekte, die den unmittelbaren Handlungszusammenhang auf Grundlage der angenommenen Lebensweltbedingungen betreffen und in Systemeffekte, die sich in Anbetracht der möglichen Interaktionseffekte auf den Gesamtzusammenhang der lebensweltlichen Aktivitäten in einem organisierten Zusammenhang beziehen (Froschauer & Lueger, 2003, S. 142 – 158).

Zur Erleichterung wurde auch bei dieser Analyseform ein Auswertungsschema angelegt (vgl. Anhang I: Auswertungsschema Grobanalyse). Untersucht

wurden mittels der Grobanalyse, wie schon oben erwähnt, die Eingangssequenzen der PatientInneninterviews, das Gesundheitshandeln der Fibromyalgie-PatientInnen und die ExpertInnenaussagen zur Krankheit Fibromyalgie und zum „Phänomen“ der Besserung des Krankheitsbildes Fibromyalgie in der Region Gleichenberger Tal.

Die Ergebnisse der ExpertInneninterviews wurden nicht separat in einem eigenem Kapitel dargestellt, sondern sie fließen in die inhaltlichen Kapitel der Diplomarbeit ein (vgl. Kapitel 4.1.3, S. 27; Kapitel 4.2, S. 31; Kapitel 5.3, S. 42 - 43).

6.3 Methodenkritik

Interviewdurchführung:

Bei qualitativen Interviews ist es üblich persönliche Gespräche zu führen. Aus zeitlichen Gründen war es bei dieser Studie nicht möglich, alle Gespräche vis-a-vis durchzuführen. Drei Interviews wurden per Telefon durchgeführt. Diese Gespräche waren deutlich kürzer und nicht so persönlich wie die anderen Interviews. Der Gesprächsverlauf wurde durch Fragen der Interviewerin aufrechterhalten, üblicherweise unterbricht die/der InterviewerIn das Gespräch nicht. Eine Ermunterung zum Weitersprechen über zunicken etc. war nicht möglich. Die Inhalte der Gespräche unterschieden sich aber nicht grundlegend von den persönlichen Interviews, es wurden vielleicht nur weniger intime und unangenehme Aspekte besprochen. Die Atmosphäre eines persönlichen Gesprächs und eine Vertrauensbasis zur interviewenden Person konnten nicht hergestellt werden.

Analyse der Interviews:

Die Analyse qualitativer Interviews sollte nicht von den interviewenden Personen durchgeführt werden. Da diese Studie aber nur in einem kleinen Rahmen stattfand, wurden die Analysen auch von der interviewenden Person durchgeführt. Um Vorannahmen zu vermeiden, sollten mehrere Personen, die auch aus verschiedenen Disziplinen kommen, das Material analysieren.

Wiederum aus zeitlichen Gründen war es bei dieser Studie nicht möglich, bei allen Analysesitzungen diese Anforderungen zu erfüllen.

Auswahl der InterviewpartnerInnen:

Die Zahl der befragten Personen für diese Studie, sowohl Fibromyalgie-PatientInnen als auch GesundheitsexpertInnen, ist so gering, weil nicht Repräsentativität im Vordergrund steht, sondern Qualität. Zusätzlich war es aber schwierig überhaupt GesundheitsexpertInnen für die Interviews zu gewinnen. Die Auswahlkriterien (Betreuung von Fibromyalgie-PatientInnen und Kennen der Region Gleichenberger Tal) schränkten die Zahl erheblich ein.

Die Methode der Studie hat eine umfassende Sichtweise auf das Phänomen ermöglicht.

7 Empirische Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung dargestellt. Hauptaugenmerk wurde auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Fibromyalgie-PatientInnen und Gesunden im Hinblick auf Gesundheits- und Krankheitskonzepte gelegt. Die Ergebnisse dieser Studie wurden mit jenen von Faltermaier et al. verglichen. Faltermaier et al. erforschten in ihrer Studie die Kompetenz von Laien bezüglich ihrer Gesundheit im Alltag. Wie sie sich vorstellen ihre Gesundheit zu erhalten, welches Wissen sie dafür haben, welche gesundheitsbezogenen Aktivitäten sie unternehmen und wie sie dazu ihren Alltag organisieren. Faltermaier et al. führten für ihre Studie 61 qualitative Interviews mit berufstätigen, gesunden Erwachsenen durch. Das Ziel von Faltermaier et al. war es, Kategorien und Typen zu den Hauptbereichen Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln zu bilden (vgl. Faltermaier et al, 1998). Um eine exemplarische Gegenüberstellung mit der Studie von Faltermaier et al. zu erreichen, wurden die Interviews mit derselben Einstiegsfrage begonnen (vgl. Kapitel 6.1.3).

7.1 Gesundheitsvorstellungen von Fibromyalgie-PatientInnen

7.1.1 Der Zugang zum Thema Gesundheit

Ob es überhaupt möglich ist über Gesundheit zu sprechen und über welche Themen der Einstieg erfolgt, war die erste Fragestellung in der Studie von Faltermaier et al. Es handelt sich bei den folgenden Kategorien um vier Zugänge zum Thema Gesundheit, die aus den Interviews mit Gesunden herausgearbeitet wurden. Unterscheiden lassen sich die vier Bereiche:

1. Störung von Gesundheit bzw. Krankheit,
2. Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen in der alltäglichen Lebensgestaltung,
3. Gesundheit im lebensgeschichtlichen Entwicklungs- und Veränderungsprozess,
4. Gesundheit als Frage von Normen und Werten

Die Ergebnisse der Fibromyalgie-PatientInnen zeigen, dass der Zugang zum Thema Gesundheit über dieselben Kategorien erfolgt, wie er bei Gesunden der Fall ist. Zur Demonstration werden jeweils relevante Interviewsequenzen aus den Interviews mit den Fibromyalgie-PatientInnen dargestellt. Es folgen die Ergebnisse:

Ad 1. Auf die Einstiegsfrage, welche Rolle die Gesundheit in der Vergangenheit und heute spielte, begannen vier Fibromyalgie-PatientInnen das Gespräch mit einer Erzählung über die Beeinträchtigungen, die sie schon seit der Kindheit oder seit einem gewissen Zeitpunkt haben. Beim Zugang zum Thema Gesundheit über die Verknüpfung mit Krankheit wird die Gesundheit als ein Teil der Krankheit gesehen und erst mit dem Eintritt der Erkrankung wird sie relevant.

Beispiel:

„Ich meine, ich hatte es <Anmerkung: die Krankheit> wahrscheinlich schon als Kind gehabt, man wusste das da natürlich nicht.“ (Interview I/35-36)

Die Person beginnt sofort über die Krankheit zu sprechen. Für sie ist der Bezugspunkt zur Gesundheit die Anwesenheit einer Krankheit.

Ad 2. Drei Betroffene wählten den Einstieg über die Erzählung konkreter persönlicher Verhaltensweisen. Das Thema Gesundheit wird aufgegriffen, in dem erzählt wird, was und wie viel für die Gesundheit getan wird. Damit sind Verhaltensweisen gemeint, die zum Erhalt der Gesundheit beitragen, es können aber auch Verweise auf ein Gesundheitsrisikoverhalten sein. Es wird ein Zusammenhang zwischen dem individuellen Verhalten und der eigenen Gesundheit hergestellt, das heißt: Gesundheit wird implizit als etwas wahrgenommen, das gestaltbar ist. Gleichzeitig wird Gesundheit auch als eine individuelle und/oder private Angelegenheit behandelt, deren Steuerung im persönlichen Einflussbereich ist.

Beispiel:

„Eigentlich immer .. positiv, also .. von Kindheit eigentlich gesund ernährt, (i-Mhm) Was ma halt so gred hat, (i-Mhm) Und .. jo eigentlich nix gmacht was uns .. krank machat, oder oder (i-Mhm) Nichts trinken weder graucht ... wie i gesund war, haben wir gsportelt (i-Mhm) I bin Rad gefahren des wars. (Interview E/14-25)

Die Person beginnt das Gespräch mit der Aufzählung ihrer Verhaltensweisen, die sie für gesundheitsfördernd oder für riskant hält. Sie weist auch darauf hin, dass dieses Verhalten von der Gesellschaft anerkannt wurde „*Was ma halt so gred hat*“ und sie sich deshalb richtig verhalten hat.

Ad 3. Über die persönliche Entwicklungsgeschichte näherten sich zwei Personen dem Thema. Gesundheit steht als veränderlicher Prozess innerhalb der biografischen Entwicklung im Vordergrund. Unterschiedliche Zeitpunkte der individuellen Lebensgeschichte und biografische Aspekte kommen zum Tragen. Die Entwicklungsperspektive dient weder der Einleitung für eine Krankengeschichte noch der Begründung für das aktuelle gesundheitsbezogene Verhalten.

Beispiel:

„. Eh, ja . Wenn ich . das so sagen darf, Gesundheit hat für mich immer das Oberste, war immer für mich das oberste Gebot (i-Mhm) Dadurch, dass ich eh, selber Krankenschwester, also gelernte Krankenschwester bin, Physiotherapeutin und noch ah, ja ich habe die Heilpraktikerschule gemacht und so weiter, . ist für natürlich mich Krankheit und Gesundheit . also . beziehungsweise Gesundheit das oberste Gebot.“ (Interview C/14-23)

Die Person beginnt den Einstieg des Gesprächs über die Größe der Rolle die Gesundheit im Leben spielt. Sie spricht aber über ihre persönlichen Erfahrungen mit Gesundheit weiter. In diesem Fall ist es der Beruf, der für die Person Gesundheit und Krankheit zum Thema macht.

Ad 4. Den Zugang zum Thema Gesundheit im normativen Kontext wählte in der vorliegenden Untersuchung keine Person, hier ist Gesundheit in der alltäglichen Lebensgestaltung kein wertfreies Thema. Eine globale Bewertung oder die Betonung der grundsätzlichen Rolle von Gesundheit wird den inhaltlichen Ausführungen vorangestellt.

Jedoch antworteten fünf Personen auf die Frage, welche Rolle Gesundheit spielt, mit kurzen Statements über die Wichtigkeit von Gesundheit, erst dann wurde mit der Erzählung begonnen. Es wurde damit nicht die Frage beantwortet, welche Rolle Gesundheit spiele, sondern wie groß diese Rolle sei.

Beispiele:

„... *Najo, . jetzt spielt's a große Rolle“ (Interview B/15)*

„*Also ne ziemlich große“ (Interview I/32)*

„*Ja, eigentlich ne große Rolle“ (Interview F/34)*

Anschließende Ausführungen dieser kurzen Erklärungen wurden in die oben aufgeführten Kategorien eingeordnet.

Die Ergebnisse der Studie von Faltermaier et al. über die Zugänge zum Thema Gesundheit weisen eine ähnliche Verteilung auf, wie die untersuchten Einstiege der Fibromyalgie-PatientInnen. Es dominieren die Zugänge über die Verknüpfung mit Krankheit und über die Erzählung konkreter persönlicher Verhaltensweisen.

7.1.2 Gesundheitskonzepte von Fibromyalgie-PatientInnen

Nach dem Zugang zum Thema Gesundheit über die Eingangssequenz wurde versucht über den gesamten Interviewtext verstreut Hinweise auf die Gesundheitskonzepte der Betroffenen zu finden.

Inhalte von subjektiven Gesundheitskonzepten:

Die Bestimmungen von Gesundheit ließen sich zuerst in positive und negative Definitionen von Gesundheit einteilen. Ein/e Fibromyalgie-PatientIn definierte Gesundheit eindeutig negativ. Gesundheit ist für diese Person die Abwesenheit von Krankheit. Alle anderen Befragten definierten Gesundheit für sich selbst als positiv, aber auch negative Aspekte sind in die Definition eingeflossen. Nach Faltermaier et al. kann Gesundheit sehr häufig positiv und negativ definiert werden, das heißt, es werden beide Bestimmungsmöglichkeiten gleichzeitig verwendet, sie schließen einander nicht aus, sondern ergänzen einander (Faltermaier et al., 1998, S. 89). Bei den Ergebnissen sind Analogien zwischen der Studie von Faltermaier et al. und anderer Forschungsliteratur erkennbar.

Die Inhalte der Konzepte von Fibromyalgie-PatientInnen lassen sich nach den vier Dimensionen von Gesundheit, die von Faltermaier et al. herausgearbeitet wurden (vgl. Kapitel 3.3.1), folgendermaßen einteilen:

Dimension 1 - Gesundheit ist die Abwesenheit von Krankheit:

Für eine Person bedeutet Gesundheit die Abwesenheit von Krankheit. Obwohl vier Personen den Zugang zum Thema Gesundheit über diese Dimension gewählt haben, hat sich diese Definition nur bei einer Person über das ganze Interview hindurch fortgesetzt. Die Person ist schon seit ihrer Kindheit von verschiedenen Beschwerden betroffen. Sie war nie beschwerdefrei. Die Krankheit Fibromyalgie dominiert das Leben dieser Person.

Dimension 2 - Gesundheit bedeutet Leistungsfähigkeit:

Über die inhaltliche Bestimmung der Leistungsfähigkeit definieren fünf Fibromyalgie-PatientInnen Gesundheit. Für sie bedeutet eine generelle Handlungsfähigkeit bzw. körperliches und psychisches Leistungsvermögen gesund zu sein. Die befragten Personen sind sehr aktive Personen. Sie haben, während sie noch gesund waren, sehr viel geleistet und kamen ihren gesellschaftlichen Verpflichtungen nach.

Beispiele:

„.. So also i man, do do hob i net sehr viel gschaut und mi a net gschont, .. und . ah . jo mein Bestreben war an und für sich a, dass es der Familie recht guat geht,“(Interview A/76-78)

„Es ist, dass ma sichts; (sehr leise). Weil man sieht ja sonst die Arbeit und kann net (sehr laut), des ist jo wieder deprimierend, net (i-Mhm) Mein Gott na, i i bin net faul, i möchte gern, aber es geht anfoch net“ (Interview E/592-597)

„ . Erholen für den nächsten Tag, dass ma am nächsten Tag hat wieder arbeiten hat gehn können, dann net, also des .. des war se hr schwierig, dann net, (i-Ja ... Also haben Sie dann nur mehr für die Arbeit glebt?) Jo, i hab fast nix mehr machen können, net“ (Interview D/627-632)

Jedoch sind die befragten Personen durch den Eintritt der Krankheit Fibromyalgie nicht mehr leistungsfähig. Sie mussten lernen mit der Krankheit umzugehen und die neue Situation zu akzeptieren.

Interessant ist, dass es für die befragten Fibromyalgie-PatientInnen so wichtig ist, den gesellschaftlichen Verpflichtungen der Leistungserbringung nachkommen zu müssen. Für diese fünf Personen, war es ein zentraler Punkt in ihrer Krankheitsgeschichte, dass sie nicht mehr leistungsfähig waren, nicht mehr dem Bild, als fleißig und arbeitswillig entsprechen zu müssen und zu

können. Dadurch, dass sie nicht mehr arbeiten konnten und das akzeptieren mussten, war es für sie möglich mit der Krankheit zu leben und wieder ein Leben mit einer hohen Lebensqualität zu erhalten.

Dimension 3 – Gesundheit bedeutet Stärke und Energie

Diese Dimension von Gesundheit, die Faltermaier et al. bei der Befragung von Gesunden identifizierten, stand bei keinem der durchgeführten Interviews im Vordergrund. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die für diese Studie interviewten Personen krank sind und sich durch die Krankheit Fibromyalgie nicht leistungsfähig und stark fühlen. Bei der Studie von Faltermaier et al. wurden die Gesundheitskonzepte von Gesunden erforscht.

Dimension 4 – Gesundheit als Gleichgewicht

Für zwei Personen ist die Wiedererlangung der Lebensfreude und einer guten Lebensqualität trotz der Einschränkungen durch die Krankheit Fibromyalgie sehr wichtig. Für diese Personen steht keine Leistung im Vordergrund sondern die Bewältigung von Alltagssituationen. Für sie ist ein „normales“ Leben auch mit Fibromyalgie möglich, sie gewinnen durch positives Denken Kraft. Das Bewusstsein spielt eine große Rolle.

Beispiel:

„Aber guat, i man, da kommt dann das innere Lächeln, . (i-Mhm) Und dann geht's a wieder. . (...) Wann ma so im inneren lächelt, dann wird a olles so wo hlig warm, wie auf Wolken. (i-Aha ... Interessant.) Jo, und des hilft auch über so einiges, a bissl die Schmerzen . ah . net so extrem erscheinen zu lassen.“ (Interview G/455-472)

Diese Person kommt durch die Methode des „inneren Lächelns“ wieder in ein Gleichgewicht und kann so auch schwierige Situationen bewältigen.

„Und dann muss ich halt a bissl, dann hab i wieder mein Medikament wo i a bissl mehr nehmen muss, und dann baut sich das so systematisch auf, . bis ich auf einmal wieder merk, jetzt wird's leichter, die Schmerzen werden weniger, und bis sie dann halt fast weg sind, und dann kommt natürlich a wieder die Lebensfreude, und ich bin a irrsinnig positiver Mensch, jo und dann denk i mia, najo, jetzt hab ich's hinter mir, jetzt geht's ma sicher wieder lang lang guat <lacht>“ (Interview B/94-102)

Für diese Person ist die Lebensfreude sehr wichtig. Eine gute Lebensqualität steht für sie im Vordergrund. Sie glaubt mit einer positiven Grundeinstellung auch schwierige Situationen bewältigen zu können.

Aus einem Interview war kein Konzept von Gesundheit eindeutig ersichtlich.

Grundsätzlich unterscheiden sich die Gesundheitskonzepte der Fibromyalgie-PatientInnen inhaltlich nicht merklich von denen, die Faltemaier et al. bei Gesunden herausgefunden haben.

7.2 Gesundheitshandeln von Fibromyalgie-PatientInnen

In diesem Kapitel werden die Strategien vorgestellt, die die befragten Personen entwickelt haben, um die Krankheit Fibromyalgie zu bewältigen. Es werden die individuellen Bemühungen, Verhaltensweisen und Lebensweisen behandelt, die aus Sicht der Fibromyalgie-PatientInnen dem Erhalt, der Förderung und der Wiederherstellung von Gesundheit und der Bewältigung der Krankheit dienen.

In den Interviews wurde nicht direkt nach den Aktivitäten gefragt, sondern die Strategien wurden aus den Gesprächen heraus erfasst. Es handelt sich dabei hauptsächlich um physische Aktivitäten, aber auch um mentale und soziale Strategien zur Krankheitsbewältigung. Eine Aufteilung erfolgte über die von Faltermaier et al. herausgearbeiteten Formen des Gesundheitshandelns:

1. eine Lebensweise ohne ausgeprägtes Gesundheitshandeln,
2. ein Gesundheitshandeln, das auf einen spezifischen Schwerpunkt konzentriert ist, und
3. ein Gesundheitshandeln, das umfassend in die Lebensweise einer Person integriert ist (Faltermaier et al., 1998, S. 118).

Eine Lebensweise ohne ausgeprägtes Gesundheitshandeln kam bei den befragten Fibromyalgie-PatientInnen nicht vor. Alle Personen haben gemein, dass sie sehr viel für ihre Gesundheit bzw. zur Bewältigung ihrer Krankheit tun. Das mag auch daran liegen, dass es zurzeit noch keine allgemeinwirksame Therapie für Fibromyalgie gibt, und die Personen deshalb selbstständig nach einem schmerzlindernden Lösungsansatz suchen. Vorzugsweise handelt es sich um Gesundheitshandeln mit einem spezifischen Handlungsschwerpunkt, welcher ernährungsbezogen, bewegungsbezogen oder naturbezogen ist. Aber auch ein Gesundheitshandeln, das in die jeweilige

Lebensweise integriert ist, kommt bei den Fibromyalgie-PatientInnen vor, es kann hier zwischen sozial motiviertem, psychisch sozialem und mehrdimensionalem Gesundheitshandeln unterschieden werden.

Die Betroffenen haben häufig angeführt, dass sie in der Vergangenheit schon viele Behandlungsformen ausprobiert hätten, welche aber keine positive Wirkung gezeigt haben. Auf diese Versuche wird nicht näher eingegangen, es werden nur die derzeit angewandten Methoden erläutert, mit denen die PatientInnen versuchen ihre Gesundheit zu beeinflussen.

Bevor es aber überhaupt zu einem Gesundheitshandeln der Betroffenen kommen konnte, mussten sie die Diagnose Fibromyalgie erhalten, um zu wissen, wogegen sie ankämpfen sollten. Viele Betroffene erwähnten, dass die Zeit, vom Beginn der Krankheit bis zu dem Zeitpunkt der Diagnosestellung, die schlimmste während des ganzen Krankheitsverlaufes gewesen sei. Sie fühlten sich hilflos und vom Gesundheitssystem allein gelassen. Einige waren der Verzweiflung so nahe, dass sie sogar Suizidgedanken hatten, weil sie die Schmerzen nicht mehr aushielten. Mit der Diagnosestellung war es dann für die meisten leichter, mit der Krankheit umzugehen, denn diese hatte nun einen Namen bekommen und die Betroffenen waren mit ihrem Schicksal nicht mehr allein. Es war für sie besonders wichtig, sich über Fibromyalgie zu informieren und über das Krankheitsbild, die Behandlungsmöglichkeiten und den aktuellen Forschungsstand Bescheid zu wissen. Durch diese Aufklärung über die Krankheit, war es ihnen leichter mit den Beschwerden umzugehen.

Aus den Interviews ließen sich folgende Schwerpunkte herausarbeiten:

Naturbezogenes Gesundheitshandeln:

Drei Personen konnten durch den Aufenthalt in speziellen Gegenden eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erreichen. Für zwei dieser Personen waren Wandern oder Spazieren gehen Aktivitäten bei denen die Natur besonders genossen wurde. Für diese Personen war auch Ruhe sehr wichtig. Dadurch konnten sie vielleicht ein inneres Gleichgewicht finden und mit

der Krankheit leichter leben. Der Aufenthalt in der Natur war das Wichtigste für diese zwei Personen, aber auch andere Aspekte wie Wärme, bestimmte Therapieformen wie Massagen und Bäder, Homöopathie und die Betätigung in Selbsthilfegruppen fördern ihre Krankheitsbewältigung. Für die dritte Person ist das Klima am wichtigsten. Sie fühlt sich in einem warmen, trockenen Klima am wohlsten. Sie versucht so oft wie möglich, solche Gebiete aufzusuchen, es ist ihr aber nicht möglich den Wohnsitz in eine solche Region zu verlegen, deshalb muss sie auch immer wieder mit Rückschlägen der Krankheit zurechtkommen. Insofern ist diese Person abhängig von ihrer geografischen Umgebung und kann selbst nicht für ihr Wohlbefinden sorgen. Beispiel einer Interviewsequenz über das Erleben der Natur:

„Wir haben die Landschaft richtig auf uns wirken lassen“ (Interview I/318-319)

„Und wir haben nichts eh besonderes unternommen, sondern haben eben nur da-gesessen, manchmal sind wir auf die Hügel da gegangen, da außerhalb, haben da auf ner Bank gesessen, haben über die Felder geguckt, das war richtig schön“ (Interview I/326-330)

Der Aufenthalt in der Natur und das Wirkenlassen der Natur sind für diese Person besonders und wirken sich positiv auf ihr Wohlbefinden aus.

Beispiel einer Interviewsequenz über das Klima:

„Eh nee, ich hatte, wenn, wenn also ein schöner Sommer ist zum Beispiel im letzten Jahr, dann hatte ich auch . me h r Beschwerdefreiheit. (i-Ja .. Also ist für Sie trockenes warmes Wetter?) Ich bin se h r stark abhängig vom Wetter, ja. (i-Mhm, mhm) Ja, sehr stark.“ (Interview H/282-288)

Für diese Person spielen meteorologische Faktoren eine sehr große Rolle. Sie selbst hat keine direkten Einflüsse darauf, jedoch kann sie durch Aufenthalte in für sie günstigen Regionen positive Wirkungen auf ihren Gesundheitszustand erzielen.

Bewegungs- und ernährungsbezogenes Gesundheitshandeln:

Mit einer Konzentration auf bewegungsbezogene Aktivitäten verschiedener Art und „gesunder“ Ernährung wirkt ein/e Fibromyalgie-PatientIn auf ihre Gesundheit ein. Vor allem Ausdauersportarten wie Nordic-Walking, Rad fahren und Schwimmen zählen zu den Hauptbetätigungen dieser Person. Mit den sportlichen Aktivitäten will diese Person wieder ihre Leistungsfähigkeit

zurückerlangen, aber auch das Wohlbefinden, das durch die körperliche Bewegung hergestellt wird, steht im Vordergrund. Eine bewusste Ernährung spielt zusätzlich eine große Rolle für die Person, wichtig sind für sie „gesunde“ Lebensmittel als Basis ihrer Ernährung. Sie versucht mit diesem bewussten Gesundheitsverhalten selbst Einfluss auf die Krankheit Fibromyalgie zu nehmen. Durch die eigenständige und selbst gewählte Lebensumstellung, welche vielleicht auch durch die Krankheit herbeigeführt wurde, kann die Person mit der Krankheit Fibromyalgie umgehen und fühlt sich wohler.

Beispiele von zwei Sequenzen aus dem Interview F:

„Alles was ich einkaufe, was ich esse (i-Ja) Dass das einfach ein Lebensmittel ist und kein Nahrungsmittel (i-Ja) Und dann, dann handelt man schon mal gut. Viel Gemüse, . (i-Mhm) Wenig Fleisch, (i-Mhm)“ (Interview F/56-65)

„(i-Ja, . und Sie merken, dass es da Ihnen dann <Anmerkung: nach dem Ausdauertraining> besser geht.) Ja. Also wenn ich nach Hause komme, dann merkt man richtig, dann geht das mit den Beinen wieder ein bisschen besser, weil eben die Beine, oft mit der . ja sind schwer und und und Schmerzen . im Knochenansatz und wahrscheinlich, und na ja (i-Mhm)“ (Interview F/99-106)

Diese Person lebt sehr gesundheitsbewusst und versucht trotz der Krankheit Fibromyalgie ihr körperliches Wohlbefinden immer wieder herzustellen und beizubehalten.

Psychisches und soziales Gesundheitshandeln:

Eine Person versucht bewusst durch positives Denken ihr psychisches Wohlbefinden zu beeinflussen. In ihrem sozialen Umfeld ist sie sehr auf Harmonie bedacht. Diese Person hat durch die Krankheit Fibromyalgie gelernt selbstbewusster zu werden, sie hat einen Weg gefunden mit der Situation umzugehen und hat daraus Kraft geschöpft. Die Person pflegt viele soziale Kontakte zu anderen Fibromyalgie-PatientInnen und versucht diesen zu helfen und Rat zu geben. Zusätzlich gelingt es dieser Person durch Meditation und andere Entspannungsmethoden ihr Wohlbefinden zu fördern.

Beispiel einer Sequenz über psychisches und soziales Gesundheitshandeln:

„<seufzt> Jo .. i versuch halt wirklich . jeden Tag in der Früh, wenn ich aufsteh und es regnet, und es ist a drückendes Wetter, und es ist so die Stimmung schon, ah, net so, dass ma so freudig ist, ah, so gut zu denken, des heißt, „ach-guat dass es einmal regnet, wir brauchen das Wasser auch“ und einfach halt, einfach positiv zu denken, jetzt net einfach wo wie man des sagt, die zwa Wörter, ah, sondern wirklich

so danach zu leben. (i-Mhm) Und ich bin a sehr dankbar, dass mir wieder so guat geht, und mei Familie unterstützt mich halt da sehr, ich hab ah in meinem sozialen Umfeld, also des ist wirklich ganz toll bei mir, und vor allen Dingen, meine Tochter, die is, die kann so guat umgehen damit a, und ich merk mein Mann a, wenn's ma wieder einmal net so guat geht, ich zieh mich dann schon zurück auch, und dann redet mia holt jeder zua, „und du wasst eh, jetzt is holt amol schlechter, aber wenn's schlecht ist, dann wird's bald wieder besser“ und halt immer in diese Richtung . ah . zu denken.“ (Interview B/146-165)

Mehrdimensionales Gesundheitshandeln:

Diese Form des Gesundheitshandelns ist dadurch gekennzeichnet, dass sie sehr breit auf mehreren Dimensionen (körperlich, psychisch, sozial) und in mehreren Bereichen (Beruf, Familie, Freizeit) in die Lebensweise einer Person integriert ist (Faltermaier et al., 1998, S. 133). Vier Fibromyalgie-PatientInnen beeinflussen über die drei Dimensionen Körper, Psyche und Soziales zusammen ihr Wohlbefinden. Die Bereiche „gesunde“ Ernährung, körperliche Bewegung, der Umgang mit der Krankheit, soziale Unterstützung, die Eigeninitiative und Selbstbestimmung sind die wichtigsten Einflussgrößen für ihr Gesundheitshandeln.

Beispiele von Interviewsequenzen über mehrdimensionales Gesundheitshandeln:

„ Aah, aber diese eigentliche Therapie mach ich einmal in der Woche (i-Mhm) . Und die tu i in Kombination mit dem, und . ein bisschen . die Ernährung aufpassen, und und und eben die Lebensführung und so weiter, mit mit diesen . Positionen oder mit diesen ‚Künsten‘ krieg ich diese Fibromyalgie wunderschön in den Griff. (i-Ja) Und ich kann auch wieder außer Haus gehen, (i-Ja) Diese berühmten sozialen Kontakte pflegen, die also auch sehr sehr notwendig sind“ (Interview G/130-142)

Textpassagen aus dem Interview E:

„ .. Und, . wir versuchen uns sehr sehr gesund zu ernähren, ... viel Obst und Gemüse, . vielleicht hilft des a, des haben ma zwar schon immer gmacht, aber jetzt noch bewusster <sehr laut>“(Interview E/613-616)

„Dass des des, versuch i mir jeden Tag in der früh, wenn i aufsteh, ah und i denk, schau heite fangts schon wieder an, und das is <unverständlich>, du kannst as Knie schon wieder net abbiegen, was is da wieder los, dann denk i, lass di jo nimmer durt eintreibn.“ (Interview E/842-846)

„... Und .. i mach a viel Bewegung“(Interview E/ 871)

„.... Nur net hinsetzen und warten und sagen es wird schon wieder, oder oder oder heite geht's gar net, trotzdem versuchen, des ist mein . persönliches . (i-Mhm) Mit dem tua i mir am leichtesten, dann.“ (Interview E/ 881-886)

Bei allen vier Personen kam es durch die Krankheit Fibromyalgie zu einer grundlegenden Lebensumstellung. Um diese Krankheit zu bewältigen, mussten sie lernen, auf alle Bereiche der Gesundheit zu achten. Sie konnten dadurch mit ihrer Situation umgehen und wieder eine zufriedenstellende Lebensqualität erreichen.

Die Grenzen der einzelnen Bereiche des Gesundheitshandelns sind aber nicht sehr starr und Überlappungen sind deshalb möglich.

7.3 Krankheitstheorien von Fibromyalgie-PatientInnen

Wie in Kapitel 3.2 erwähnt, liegen den subjektiven Krankheitstheorien die Vorstellungen der Laien über die Entstehung und die Ursachen einer Krankheit zu Grunde. Die Betroffenen versuchen eine Erklärung für ihre Erkrankung zu finden, wie sie entstanden ist, wie sie überwunden werden kann etc. Persönliche Erfahrungen und Wahrnehmungen, Information, die über GesundheitsexpertInnen, über den Familien- und Bekanntenkreis oder über Bücher und andere Medien generiert wird, stützen die eigenen Theorien.

Im Folgenden werden schwerpunktmäßig die Erklärungen der Fibromyalgie-PatientInnen über die Entstehung von Fibromyalgie, das krankheitsauslösende Ereignis und der sehr häufig angesprochene psychosomatische Aspekt von Fibromyalgie dargestellt:

Entstehungsursache

Über die Entstehung der Krankheit haben sich drei Personen in den Gesprächen geäußert: Eine Person glaubt, dass Fibromyalgie durch einen Defekt im Organismus entsteht, jedoch könnte auch eine genetische Disposition ausschlaggebend sein. Eine andere Person glaubt ein Hormonmangel sei die Ursache der Erkrankung. Eine weitere Person vertritt die Theorie des erniedrigten Serotoninspiegels, diese Person hält aber auch eine genetische Disposition nicht für unmöglich. Alle Betroffenen glauben nicht daran, dass ihr persönlicher Lebensstil oder ihr Verhalten in Bezug auf Gesundheitsrisiken, ausschlaggebend für die Krankheit waren. Aufgrund der Unsicherheit über

die Entstehungsursachen können sie sich nicht erklären, warum gerade sie an dieser Krankheit leiden.

Auslöser der Krankheit

Sieben von neun Betroffenen können ein Ereignis angeben, nach dem die Krankheit ausgebrochen ist. Diese krankheitsauslösenden Ereignisse sind Unfälle, Infektionskrankheiten oder durch Stress verursachte Symptome. Zwei Personen leiden schon seit ihrer Kindheit an Beschwerden, die aber nie einer Krankheit zugeordnet wurden.

Psychosomatischer Aspekt

Die meisten der Befragten lehnen den psychosomatischen Ansatz über die Entstehung der Krankheit ab, einige sehen zwar einen Zusammenhang der Krankheit mit der Psyche, es wird aber immer erwähnt, dass nicht klar sei, was zuerst da gewesen wäre, die Schmerzen oder die Depression. Durch die lange Dauer bis zur Diagnosestellung, im Durchschnitt 11 Jahre, haben diese Personen einen langen Leidensweg hinter sich. Die meisten Personen erwähnten, dass das Unverständnis und die Unwissenheit über Fibromyalgie vieler ÄrztInnen, dazu beigetragen haben, dass sich ihre Situation verschlechtert hatte. Sie fühlten sich nicht ernst genommen und allein in ihrer schweren Situation. Deshalb war für viele die Diagnosestellung sehr wichtig für die Besserung des Zustandes, weil sie dadurch erstmals wussten wogegen sie ankämpfen mussten und dass ihre Beschwerden nicht nur eingebildet waren.

7.4 Ausprägungen zum „Phänomen“

In diesem Unterkapitel werden die individuellen Erklärungen der Fibromyalgie-PatientInnen zu einer ortsabhängigen Besserung ihres Gesundheitszustandes erläutert. Sieben von neun befragten Personen konnten von einem solchen unerklärlichen „Phänomen“ berichten (vgl. Kapitel 4). Mit der Methode der Sequenzanalyse wurden bestimmte Textstellen der Interviews genau untersucht. Die Textstellen beziehen sich auf die Frage: „*Haben Sie*

davon gehört, dass es an bestimmten Orten eine Linderung der Krankheitsbeschwerden gibt?“

Einige Personen erinnerten sich erst auf diese Frage hin, dass es bestimmte Orte und Plätze gibt, an denen sie sich wohler fühlen oder sogar keine Beschwerden haben. Die Antworten auf diese Frage beziehen sich auf das Gleichenberger Tal, aber auch auf andere Gebiete. Es sind Hinweise auf die individuell empfundene Wirkung des „Phänomens“, die sich zu fünf inhaltlichen Dimensionen mit einer bestimmten Grundinformation zusammenfassen lassen und nun folgend interpretiert werden:

A - Persönliches Empfinden, persönliche Erfahrung:

Ein zentraler Aspekt der durchgehend vorgekommen ist, war der Hinweis, dass es sich bei dem erlebten „Phänomen“, um individuelle Empfindungen und Erfahrungen handelte. Empfindungen können nur von einer Person allein gemacht werden, sie sind nicht übertragbar und wiederholbar. Jeder Mensch hat unterschiedliche Empfindungen, nimmt etwas mit seinen Sinnen verschieden wahr und muss aber als Voraussetzung dafür, sensibel für das Wahrzunehmende sein. Diese Empfindungen können von anderen Menschen nie gleich nachvollzogen werden, es handelt sich um einzigartige Erfahrungen. Eine Schwierigkeit besteht oft darin, diese persönlichen Erfahrungen anderen Menschen glaubhaft mitzuteilen, vor allem dann, wenn es dafür keine Beweise gibt. Die Erzählungen der Fibromyalgie-PatientInnen handeln durchwegs von Empfindungen und Erfahrungen, die von niemand anderen nachvollzogen werden können, und die auch nicht mit irgendwelchen wissenschaftlichen Methoden bewiesen werden können.

B - Gültigkeit, Tatsache, Wertung:

Etwas das Gültigkeit hat, ist unbestritten, es besitzt eine Wertigkeit. Es wurde erforscht und bewiesen, dadurch hat es eine Relevanz. Auch Tatsachen sind unbestritten, etwas ist passiert und es kann nachvollzogen werden, wie etwas passiert ist. Etwas ist geschehen, Zweifel an einer Tatsache sind nicht möglich, sie müssen geglaubt werden. Durch eine Betonung wird etwas

Wichtiges hervorgehoben, z.B.: Kann auf eine Tatsache, die Gültigkeit besitzt, durch eine Betonung hingewiesen werden und andere darauf aufmerksam gemacht werden. Bei den Interviews mit den Fibromyalgie-PatientInnen ist aufgefallen, dass die persönlichen Erfahrungen und Empfinden als Tatsachen wahrgenommen wurden, und für die Personen absolute Gültigkeit besaßen. Mit einer Betonung dieser Tatsachen, sollte die Wichtigkeit der Erlebnisse für die Fibromyalgie-PatientInnen hervorgehoben werden.

C - Orts- und Situationsveränderung:

Zentral waren alle Hinweise auf das „Phänomen“ und Orte die damit in Zusammenhang stehen. Auch Orte sind einzigartig und verändern sich ständig. Jeder Mensch nimmt Orte verschieden wahr und verbindet mit den Orten verschiedene Erfahrungen und damit auch Gefühle. Hat man negative Erlebnisse an einem Ort, so werden negative Gefühle überwiegen und der Ort bleibt mit diesen Empfindungen im Gedächtnis. Hat man aber positive Erlebnisse an einem Ort, so verbindet man den Ort selber mit diesen positiven Gefühlen und er bleibt auch positiv in Erinnerung. Das wird dann geschehen, wenn sich Menschen wohl fühlen und angenehme Erfahrungen machen. Eine selbstbestimmte Ortsveränderung kann solche Empfinden entstehen lassen. Es ändern sich äußere Gegebenheiten z.B.: Landschaft, Klima etc., diese Veränderungen werden bewusst oder unbewusst wahrgenommen, die Aufmerksamkeit konzentriert sich auf das Neue und alltägliche Dinge, Sorgen und Probleme werden in den Hintergrund gerückt oder gar vergessen. Es ist möglich vom Alltag „abzuschalten“ und neue Gedanken und Gefühle zuzulassen. Alle Fibromyalgie-PatientInnen haben die Orte, die in Zusammenhang mit dem „Phänomen“ stehen, bewusst aufgesucht, sie machten Urlaub an diesen Orten. Durch die Situationsveränderung war es möglich vom Alltagsleben, und damit auch von der Krankheit, Abstand zu nehmen und sich auf das eigene Ich zu konzentrieren.

D - Aktivität, Kraft, Erfolg:

Aktiv ist ein Mensch, wenn er die Kraft hat etwas selbst zu tun. Etwas wird gewollt und es wird selbst entschieden das zu tun und zu können. Die Kraft die man dazu benötigt kann körperlich und geistig sein. Wenn der Wille vorhanden ist, etwas zu wollen, so ist es auch möglich das zu erreichen. Ein Erfolg wird sich aber erst dann einstellen, wenn man mit dem zufrieden ist, was man erreicht hat und sich damit wohlfühlt. Die Fibromyalgie-PatientInnen erwähnten in den Gesprächen, dass sie plötzlich wieder Kraft gehabt hätten, aktiv waren und das als großen persönlichen Erfolg empfanden. Diese Tatkraft kann damit zusammenhängen, dass sich die Personen mit sich selbst auseinandersetzen, sich auf das wesentliche konzentriert haben und zufrieden waren.

E - Entspannung, Erleichterung, innere Ruhe, frei sein:

Auch diese Themengruppe zog sich durch die untersuchten Textstellen. Entspannung ist mit einem inneren Wohlbefinden und Gleichgewicht gleichzusetzen. Die innere Kraft wird gestärkt und es wird leichter mit schwierigen Situationen umzugehen. Verantwortung, Sorgen und Kummer fallen von einem ab. Man ist im Einklang mit sich selbst, und alle sozialen, psychischen und physischen Aspekte sind im Gleichgewicht. Ein positives Lebensgefühl stellt sich ein. Es ist alles möglich. Alltägliche Probleme und Verpflichtungen stehen nicht mehr im Vordergrund, sondern das eigene Ich, das eigene Wohlbefinden werden wichtig. Ein Loslösen von der Alltagswelt, ein in sich hineinfühlen und die innere Ruhe zu finden, wurde von den Fibromyalgie-PatientInnen als eine sehr positive Erfahrung wahrgenommen. Die Personen fühlten sich frei von ihren Beschwerden, nicht die Krankheit stand im Zentrum ihrer Aufmerksamkeit, sondern sie selbst.

Als Folgerung der Interpretation der Ausprägungen zum „Phänomen“ kann gesagt werden, dass Fibromyalgie-PatientInnen, wenn sie auf Orte wie das Gleichenberger Tal positiv reagieren, folgende Gemeinsamkeiten aufweisen:

Es ist ihnen wichtig, dass sie etwas für ihre Gesundheit tun, sie wollen einen Zustand erreichen, in dem ihre Schmerzen erträglich sind. Fibromyalgie ist eine Krankheit, die niemand nachvollziehen kann. Die PatientInnen wollen sich in ihrer Haut und auch in ihrer Umgebung wieder wohlfühlen, sie wollen sich aufgenommen, wahrgenommen und ernstgenommen fühlen. Durch eine Konzentration auf das eigene Ich, auf die eigene Person, rückt der Alltag und somit auch die Krankheit Fibromyalgie in den Hintergrund. Diese Personen erreichen durch Entspannung ein inneres Gleichgewicht, das ihnen hilft, wieder in Einklang mit Körper, Geist und Seele zu kommen, und somit die Krankheit zu bewältigen.

Die Darstellung der Ergebnisse in Bezugnahme auf eine gesundheitstouristische Nutzung für die Region gleichenberger Tal, wird im anschließenden Kapitel 8 erläutert.

8 Gesundheitstouristischer Ausblick

Nicht nur für kranke Menschen ist die Wiederherstellung von Gesundheit wichtig, auch für gesunde Menschen wird der Erhalt und die Förderung von Gesundheit immer wichtiger und stellt sogar den höchsten Wert dar (Allensbach, zitiert nach Zukunftsinstitut, 1999, S. 12). Das Gesundheitsbewusstsein der Menschen ist gestiegen. In der Bevölkerung ist immer mehr ein proaktives Gesundheitsverhalten, das sich der Vorsorge und einem Krankheitsvermeidungs-Lebensstil verschrieben hat, erkennbar. Seelisches und körperliches Wohlbefinden stehen im Mittelpunkt. Laut Zukunftsforschung wird der Trend zu mehr Gesundheit auch im Urlaub zunehmen (BMWA, 2002, S. 8).

„Gesundheitstourismus ist ein Oberbegriff für einen touristischen Aufenthalt mit dem Ziel der Erhaltung, Stabilisierung und Wiederherstellung von Gesundheit, bei dem aber – um ihn von einem normalen Ferienaufenthalt zu unterscheiden - Gesundheitsdienstleistungen einen Schwerpunkt bilden.“ Die angesprochenen Gesundheitsdienstleistungen können sich auf verschiedene physische oder psychische Teilbereiche beziehen, was auf einen ganzheitlichen Gesundheitsansatz im Sinne der WHO hinweist (Kaspar, zitiert nach Keul, Bachleitner & Kagelmann, 2001, S. 73).

Zwischen folgenden Formen des Gesundheitstourismus kann unterschieden werden: Kurtourismus, Gesundheitsurlaub, Verwöhnungs-(Wellness-)Urlaub und Gesundheit und „Wellness“ als Teilelemente anderer Urlaubsstile. Charakteristisch für eine Kur ist die Anwendung einer ärztlich vorgeschriebenen Kombination von medizinischen Kurmitteln zur Rehabilitation oder Prävention. Nebenaktivitäten sind in der Regel untergeordnet. Ein Gesundheitsurlaub ist mehr auf einzelne Programme oder auf die Kombination ausgewählter Schwerpunkte spezialisiert. Zu den Inhaltspunkten zählen beispielsweise Check-ups, Risikoanalysen und Prävention, Stressmanagement, Schönheit, Schlankheit, Ernährung, Fitness, spirituelle und esoterische Themen und zusätzlich Verwöhnungs- und Entspannungsaktivitäten, die dem

Gesundheitsprogramm angepasst sind. Verwöhnungs-(Wellness-)Urlaube sind weniger medizinisch orientiert, sondern eher genussorientiert. Im Vordergrund stehen Elemente wie Animation, Unterhaltung, Outdoor-Sportarten z.B.: Golf, Wandern, etc., und zum Teil kulturelle Aktivitäten. Bei der letzten Form, Gesundheit und „Wellness“ als Teilelemente anderer Urlaubsstile, entstehen Angebotskombinationen mit verschiedenen Hauptaktivitäten z.B.: Wandern, Erholung, Golf, Radsport etc. (Keul et al., 2001, S. 76).

Damit aber ein gesundheitstouristischer Urlaub für die Besucher zufriedenstellend sein kann, und sie vielleicht auch wiederkommen, müssen gewisse Voraussetzungen erfüllt werden. Diese Voraussetzungen betreffen die nötige Bettenkapazität, einen gewissen Qualitätsstandard, ein angemessenes Ambiente, die erforderliche Infrastruktur und professionell geschultes Personal mit entsprechendem Know-how. Nur wenn diese Grundlagen erfüllt werden können, kann ein Angebot auch erfolgreich sein (Keul, Bachleitner, Kagemann, 2001, S. 70).

Nach Ansicht verschiedener Forschungsinstitute zählen Gesundheit und Tourismus zu den wichtigsten Wachstumsfeldern für die kommenden Jahrzehnte. Die Tendenz zum Urlaub zwischen Entspannung und Erlebnis, etwas Gutes für die Gesundheit im Urlaub zu tun und der Trend zur Individualisierung wird die Zukunft prägen. Die Gründe hierfür sind nach Meinung des Freizeitforschers Horst Opaschowski vielfältig: wachsende Technisierung des Arbeitsplatzes, sinkende soziale Kontakte durch mehr Singlehaushalte, Zwang zur stärkeren Eigenverantwortung in der medizinischen Vorsorge und steigende Lebenserwartung (BMWA, 2002, S. 8).

Das Gesundheitshandeln der Bevölkerung spiegelt sich im Gesundheitstourismus wider. Seien das nun Gesunde, wie in der Studie von Faltermaier et al. erforscht, oder chronisch Kranke, wie im Fall der vorliegenden Arbeit Fibromyalgie-PatientInnen, das Wohlbefinden, die Harmonie von Körper, Geist und Seele spielen eine immer größer werdende Rolle. Immer mehr

Menschen sind bereit, für Gesundheitsvorsorge und -erhaltung Geld auszugeben. Die Eigenverantwortung der Menschen für ihre Gesundheit steigt, wie das auch in der WHO-Definition von Gesundheit idealisiert wird.

In der Region gleichenberger Tal sind alle Formen des Gesundheitstourismus möglich, auch wenn der traditionelle Kurtourismus in Bad Gleichenberg, wie in ganz Österreich, im Rückgang ist. (Anmerkung: Eine Veränderung von minus 1,7 % der Übernachtungen wurde im Kalenderjahr 2003 im Vergleich zu 2002 in Bad Gleichenberg verzeichnet, auch die Jahre davor sind durch einen stetigen Rückgang der Übernachtungen gekennzeichnet (Statistik Austria, 2004, S. 173)). Jedoch könnte in Verwöhnungs-(Wellness)Urlauben ein großes Potential liegen, wenn Angebote geschaffen werden, die sich auf das Gesundheitshandeln von Fibromyalgie-PatientInnen beziehen. Nachfolgend werden Möglichkeiten angeführt, wie die Region auf die Bedürfnisse von Fibromyalgie-PatientInnen eingehen könnte. Es handelt sich dabei nur um Vorschläge auf Basis der Ergebnisse von Kapitel 7.2.

Gesundheitshandeln als Lebensweise – auch im Urlaub

Die Personen, die für diese Studie befragt wurden, haben durch Ausprobieren Strategien für ihr Gesundheitshandeln bzw. zur Krankheitsbewältigung gefunden. Es ist ihnen sehr wichtig etwas für ihre Gesundheit zu tun, sei das nun durch gesunde Ernährung, körperliche Betätigung, alternative und traditionelle Therapieformen, Entspannungs-Techniken, Aufenthalte in der Natur, Kontakte zu anderen Menschen etc. Sie haben erkannt, dass sie selbst ihr Wohlbefinden beeinflussen können. Und wenn sie auch immer wieder Rückschlüsse verzeichnen müssen, geben sie nicht auf. Auf die Hauptbereiche des Gesundheitshandelns der befragten Fibromyalgie-PatientInnen, wird im Folgenden näher eingegangen:

Schwerpunkt Bewegung

Durch systematisches Körpertraining werden die Leistung des Herzens, das Allgemeinbefinden, der Stoffwechsel verbessert und der Sauerstoffumsatz gesteigert (Dörr & Gassner, 1997, S. 207). Vor allem Ausdauersportarten

werden von den befragten Fibromyalgie-PatientInnen als bewegungsbezogenes Gesundheitshandeln genannt. Es sind dies: Schwimmen, Rad fahren, Wandern, Nordic-Walking und Spazieren gehen. Für alle dieser Aktivitäten bietet das Gleichenberger Tal optimale Voraussetzungen. Es existiert ein gut ausgebautes Radwegenetz, es werden Wanderwege angelegt, die Therme Bad Gleichenberg wird neu gestaltet, etc. Die bereits bestehenden Einrichtungen können genützt werden, damit sich ihre Erbauung und Instandhaltung rentiert. Ein Sportartikelverleih, der Fahrräder, Inline-Skates oder Nordic-Walkingstöcke verleiht und eventuell auch Kurse anbietet, würde es den Gästen erleichtern auch im Urlaub aktiv zu sein. Kombitickets, die z.B.: die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel mit verschiedenen Angeboten kombinieren, könnten auch zur Nützung der bestehenden Einrichtungen beitragen.

Zu den aktiven Bewegungsformen sollten auch passive Behandlungsformen angeboten werden. Vor allem dann, wenn sich Fibromyalgie-PatientInnen erst im Anfangsstadium ihrer Krankheit befinden. Oft sind sie dann nicht in der Lage aktives Körpertraining durchzuführen, sie sollten langsam, mit passiven Anwendungen dorthin geführt werden, dass sie sich wieder ohne Beschwerden bewegen und dadurch ihr körperliches Wohlbefinden steigern können. Welche passiven Anwendungen das sein können, wurde in Kapitel 4.2 erwähnt, aber zur Demonstration der Bandbreite von Behandlungen, hat die Selbsthilfegruppe Fibromyalgie Steiermark eine Liste mit den persönlich bevorzugten Anwendungen und Einrichtungen erstellt, die sie sich für ein gesundheitstouristisches Angebot wünschen:

- à Fitnessräume, mit Gymnastikgruppen, aber auch Einzelheilgymnastik mit Übungen, die man zu Hause machen kann
- à Unterwassertherapien
- à Entspannungsgruppen, Qi Gong, T'ai Chi und ähnliches
- à Elektrotherapie, Infrarotkammer
- à Kälte- und Wärmetherapie, auch Moorbäder, Heublumenwickel
- à Massagen, wie Lymphdrainage, aber den PatientInnen angepasst
- à Psychologische Betreuung

Als wichtig wird auch noch erwähnt, dass PatientInnen die Möglichkeit haben, von BezugstherapeutInnen behandelt zu werden, „da sonst PatientInnen immer wieder das gleiche erzählen müssten“. Laut persönlichen Informationen der Selbsthilfegruppe Fibromyalgie für Steiermark und Kärnten ist für bestimmte Massagen z.B.: für Fußreflexzonenmassagen und Ayurveda-Anwendungen eine Aufzahlungsbereitschaft vorhanden.

Diese Wünsche könnten von der Therme Bad Gleichenberg wahrgenommen werden und spezielle Angebotspakete für Fibromyalgie-PatientInnen entwickelt werden.

Schwerpunkt Ernährung

Einige für diese Studie befragte Fibromyalgie-PatientInnen legen großen Wert auf einen „gesunden“ Lebensstil bei dem eine „bewusste“ Ernährung eine zentrale Rolle spielt. Es gibt zwar keine spezielle Fibromyalgie-Diät, aber es gibt verschiedene Erkenntnisse, die nahe legen, dass eine gesunde und abwechslungsreiche Ernährung das Krankheitsbild günstig beeinflussen kann. Für das Gelenkrheuma (rheumatoide Arthritis) konnte wissenschaftlich ein Zusammenhang zwischen reichlichem Obst- und Gemüseverzehr, verminderter Entzündungsaktivität und Schmerzen belegt werden.

Das Gleichenberger Tal, das im „Vulkanland Steiermark“ liegt, ist geprägt von einer kleinstrukturierten Landwirtschaft, deren Erzeugnisse eine hohe Qualität aufweisen. Durch eine Bewusstmachung der Qualität der Produkte bei Gastronomen und eine Angebotserstellung, die auf die Bedürfnisse der Fibromyalgie-PatientInnen zugeschnitten ist, könnten die Erzeugnisse aus der Region einen höheren Absatz erzielen und somit zur Stärkung der regionalen Wirtschaftskreisläufe beitragen.

Praktisch könnten hier ernährungswissenschaftliche Informationen an Gastronomen weitergegeben werden, die es ermöglichen Angebote auf Basis regionaler Produkte zusammenzustellen. Es würde somit den Fibromyalgie-PatientInnen ermöglicht im Urlaub ihren gesunden Lebensstil beizubehalten und sogar zu fördern.

Schwerpunkt Natur

Die äußere Beschaffenheit des Gleichenberger Tals mit dem einzigartigen Zusammenspiel von Klima, Vulkanismus und Landschaft machen die Qualität dieser Region aus. Menschen können diese Qualität spüren und aufnehmen. Wie in Kapitel 7.2 erwähnt, reagieren einige befragte Fibromyalgie-PatientInnen sehr sensibel auf geologische und klimatologische Faktoren. Sie bevorzugen ein trockenes, warmes Klima. Das Klima kann das Wohlbefinden der befragten PatientInnen erheblich beeinflussen.

Zusätzlich wirkt der Aufenthalt in der Natur beruhigend. Die Konzentration auf das Wesentliche, die Ruhe, das Wirken lassen der Landschaft fördert das Wohlbefinden der befragten Fibromyalgie-PatientInnen. Die einzigartige Harmonie der Kulturlandschaft in der Region Gleichenberger Tal, mit dem Zusammenspiel von Äckern, Wiesen, Weingärten und Wäldern, wird von den Besuchern sehr geschätzt und als entspannend wahrgenommen. Mehrfach wurde erwähnt, dass die Natur wichtig sei und dass ein Aufenthalt an der frischen Luft, oder Bewegung im Freien wohl tue.

Um den Bedürfnissen der Fibromyalgie-PatientInnen nachkommen zu können, sollten von der Region Karten über Wander- und Radwege zur Verfügung gestellt werden, möglich wären auch geführte Wanderungen z.B.: Zu besonderen Kraftplätzen. Verschiedene Entspannungseinheiten z.B.: Yoga, Qi Gong etc. könnten outdoor an schönen Plätzen der Region durchgeführt werden. Weiters könnten Informationsbroschüren über regionale Besonderheiten beispielsweise über Bauwerke, Ortschaften etc. angeboten werden.

Die Region Gleichenberger Tal bietet viele Möglichkeiten um den Bedürfnissen der Fibromyalgie-PatientInnen nachzukommen. Oben genannte Angebote sollen aber nicht ausschließlich für kranke, sondern auch für gesunde Menschen attraktiv sein. Gesundheit stellt den höchsten Wert für die Bevölkerung dar. Diese Tatsache muss erkannt werden.

9 Zusammenfassung und Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde das „Phänomen“ der Besserung des Krankheitsbildes Fibromyalgie in der Region gleichenberger Tal auf Basis qualitativer Interviews beschrieben. Erstmals wurden dazu die subjektiven Gesundheitskonzepte und -theorien und das Gesundheitshandeln von Fibromyalgie-PatientInnen erforscht.

Der Vergleich zu Gesunden, der über die Studie von Faltermaier et al. möglich war, machte deutlich, dass Fibromyalgie-PatientInnen ähnliche Vorstellungen von Gesundheit haben wie Gesunde. Es wurden die gleichen Zugänge zum Thema Gesundheit gewählt und auch die Gesundheitskonzepte von Fibromyalgie-PatientInnen weisen eine starke Ähnlichkeit zu jenen von Gesunden auf. Bei den erfassten Krankheitstheorien ist aufgefallen, dass Fibromyalgie-PatientInnen sehr gut über die Krankheit Bescheid wissen und sich Gedanken über Entstehungsursachen etc. machen. Diese Information erleichtert ihnen den Umgang mit der Krankheit.

Das Gesundheitshandeln der Fibromyalgie-PatientInnen wird von einem mehrdimensionalen Ansatz dominiert. Das mehrdimensionale Gesundheitshandeln kombiniert die drei Dimensionen Körper, Psyche und Soziales. Einflussfaktoren dafür sind: gesunde Ernährung, körperliche Bewegung, soziale Unterstützung, Eigeninitiative und Selbstbestimmung. Dieses Ergebnis zeigt, dass die befragten Fibromyalgie-PatientInnen sehr aktiv sind und wissen, dass für die Krankheitsbewältigung ein umfassender Ansatz nötig ist, der auch in der WHO-Definition von Gesundheit proklamiert wird. Weiters ist es wichtig, dass die PatientInnen eigenständig nach Bewältigungsstrategien suchen und für sich individuelle Lösungen finden. Jene PatientInnen, die diese Wichtigkeit der Mehrdimensionalität erkannt haben, haben auch wieder eine gute Lebensqualität trotz Krankheit erreicht.

Ein wissenschaftlicher Beleg, dass es ein „Phänomen“ in der Region gleichenberger Tal gibt, konnte nicht erbracht werden, das war auch nicht das Ziel dieser Arbeit. Jedoch zeigte sich, dass Fibromyalgie-PatientInnen klima-

tische und geophysikalische Besonderheiten und landschaftliche Qualitäten wahrnehmen und diese auch ihr Wohlbefinden beeinflussen. Sieben von neun Befragten konnten von einer solchen Wirkung berichten, die nicht nur in der Region Gleichenberger Tal stattgefunden hatte. Die Empfindungen wurden als sehr positiv wahrgenommen.

Das Gleichenberger Tal weist Qualitäten auf, die das Wohlbefinden von Fibromyalgie-PatientInnen fördern. Die Region hätte die Möglichkeit diese Wirkung gesundheitstouristisch zu nützen, jedoch ist eine Konzentration nur auf die Wirkung des „Phänomens“ nicht empfehlenswert. Denn wenn PatientInnen von diesem „Phänomen“ hören, aber vor Ort keine Linderung verspüren, so würde das dem Ruf der Region schaden. Bei den Befragten handelt es sich um Fibromyalgie-PatientInnen, die bereits die Diagnose Fibromyalgie haben und schon seit einigen Jahren mit der Krankheit kämpfen. Es ist wichtig, dass jede/r PatientIn selbst angemessene Behandlungskonzepte findet und eventuell den eigenen Lebensstil reflektiert und so in die Richtung eines mehrdimensionalen Gesundheitshandelns kommt. Für die Region wäre deshalb eine Orientierung am Gesundheitshandeln der Fibromyalgie-PatientInnen erfolgsversprechender. Gesundheitstouristische Angebote die dem mehrdimensionalen Gesundheitshandeln angepasst sind, könnten auch andere Personen, Gesunde und Kranke, ansprechen. Aber auch die vor Ort lebende Bevölkerung könnte sich der vorherrschenden landschaftlichen Qualitäten bewusst werden und ihr Gesundheitsverhalten in Richtung eines mehrdimensionalen Gesundheitshandelns ändern. Somit könnte die Region Gleichenberger Tal zu einer authentischen Gesundheitsregion werden.

Literaturverzeichnis

- Aschemann-Pilshofer, B. & Bodingbauer, E. (2002). *Die Situation Muskelkranker Menschen am Beispiel der Steiermark. Versorgungslage, Lebenszufriedenheit und Bedürfnisse*. Graz: Wissenschaftsladen Graz, Institut für Wissens- und Forschungsvermittlung.
- BMLF. Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft (1993). *Hydrographisches Jahrbuch von Österreich 1989 Band 97*. Wien: Hydrographisches Zentralbüro im Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft.
- BMWA. Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2002). *Bestandsaufnahme der Entwicklungspotenziale im Gesundheitstourismus. Erstes Modul 2002. Kurzfassung der Ergebnisse*.
- BMSG. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2001). *ICD 10 Internationaler Diagnose Schlüssel, Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und deren verwandter Gesundheitsprobleme*.
- Cohen, H., Neumann, L., Haiman, Y., Matar, M.A., Press, J. & Buskila, D. (2002). Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder in Fibromyalgia Patients: Overlapping Syndromes or Post-traumatic Fibromyalgia Syndrome? *Semin Arthritis Rheum*, 32/1, 38 – 50.
- Dann, H.D. (1991). Subjektive Theorien zum Wohlbefinden. In: A. Abele & P. Becker (Hg.). *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik*. Weinheim und München: Juventa, (S. 97-114).
- Diekmann, A. (2004). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Dörr, G. & Gassner, A. (1997). *Gesundheitsurlaub und Kur. Erholung für den Körper, Ferien für die Seele*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Egle, U.T., Ecker-Egle, M.L., Nickel, R. & van Houdenhove, B. (2004). Fibromyalgie als Störung der zentralen Schmerz- und Stressverarbeitung. Ein neues biopsychosoziales Krankheitsmodell. *Psychother Psych Med*, 54, 137 – 147.
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Lehmann, K.A. & Nix, W.A. (2003). *Handbuch Chronischer Schmerz. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie aus bio-psycho-sozialer Sicht*. Stuttgart: Schattauer.
- Faltermaier, T., Kühnlein, I. & Burda-Viering, M. (1998). *Gesundheit im Alltag – Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*. Weinheim und München: Juventa.

Felde, E. & Novotny, U. (2002). *Schmerzkrankheit Fibromyalgie. So kommen Sie rasch zur richtigen Diagnose. Lindern Sie erfolgreich Ihre Schmerzen. Mit vielen wertvollen Ratschlägen für Alltag, Familie und Beruf. Das offizielle Buch der Deutschen Fibromyalgie-Vereinigung.* Stuttgart: TRIAS.

Fibromyalgie. Häufigkeit und Entstehung. (o.D.). Download vom 20.01.2005, von <http://www.medizinfo.de/rheuma/fibromyalgie.htm>

Fibromyalgie. (o.D.). Download vom 22.01.2005 von <http://www.fibromyalgie.com/>

Flick, U. (1997). Gesundheitsvorstellungen im Alltag: Forschungsansätze und ihre Bedeutung für Verhaltens- und Gesundheitswissenschaften. In: R. Weitkunat, J. Haisch, M. Kessler (Hg.) (1997). *Public Health und Gesundheitspsychologie.* Bern: Huber.

Flick, U. (Hg.) (1998). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit.* Weinheim und München: Juventa.

Frohmann, E. (2000). *Gestaltqualitäten in Landschaft und Freiraum. Abgeleitet von den körperlich-seelisch-geistigen Wechselwirkungen zwischen Mensch und Lebensraum.* Wien: Österreichischer Kunst- und Kulturverlag

Froschauer, U. & Lueger, M. (2003). *Das qualitative Interview.* Wien: WUV-Universitätsverlag.

Gatzweiler, R. (1997). *Fibromyalgie und Fibromyalgie-ähnliche Symptome: Eine klinische Analyse von 40 Patienten.* (Dissertation, Bonn: Rheinische Friedrich-Willhelms Universität).

Herzlich, C. (1973). *Health and Illness. A Social Psychological Analysis.* London: Academic Press

Hurrelmann, K. (2000). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Grundlagentexte Soziologie.* Weinheim und München: Juventa.

Kenner, T. (1997). Gesundheit und Wohlbefinden – Was heißt Leistungsfähigkeit. In: W. Kremsner & R. Kurz (Hg.). *Wellness. Wege zu höherer Lebensqualität. Ganzheitliche Bezüge von Geist, Körper und Seele.* GEFAS Steiermark. (S. 32 – 34).

Keul, A.G., Bachleitner, R. & Kagelmann, H. (Hg.), (2001). *Gesund durch Erleben? Beiträge zur Erforschung der Tourismusgesellschaft.* (2. Auflage). München: Profil.

Kissel, J.T. (2002). The Problem of Fibromyalgia. *Muscle Nerve*, 25, 473 – 476.

- Lamnek, S. (1995). *Qualitative Sozialforschung. Bd.2 Methoden und Techniken*. (3. korrigierte Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Leitzmann, C., Müller, C., Michel, P., Brehme, U., Hahn, A. & Laube, H. (2001). *Ernährung in Prävention und Therapie*. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Meyers LexiRom. (1997). *Lexikon in drei Bänden*. Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2000). *Health Promotion. Foundations for practice. Second edition* (2. Auflage). Edinburgh und London: Baillière Tindall, published in association with the Royal College of Nursing.
- Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO. (1986). Download vom 23. Juni 2005, von http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German
- Richter, C. Die seelische Seite des Schmerzes. Stiefkind. Bei der Beurteilung des Schmerzes wird oft auf die Gefühlskomponente vergessen (2005, 25. April). *Die Presse*, S. 15.
- Schillinger, C., Messner, M., Almer, G., Müller, N. & Schober, F.J. (1999) *Straden*. Gnas: Weishaupt Verlag.
- Schwartz, F.W., Siegrist, J. & Troschke von, J. (1998). Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In: F.W. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (Hg.) (1998). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Wien und Baltimore: Urban & Schwarzenberg, (S. 8 - 30).
- Späth, M. & Neeck, G. (2002). Zur Begutachtung der Fibromyalgie. *Z Rheumatol*, 61, 661 – 666.
- Strobel, E.S., Wild, J. & Müller, W. (1998). Interdisziplinäre Gruppentherapie für die Fibromyalgie. *Z Rheumatol*, 57, 89 – 94.
- Statistik Austria. (2004). *Tourismus in Österreich 2003*. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.
- WHO. (1998): *Health Promotion Glossary*. Genf: World Health Organisation.
- Zukunftsinstitut. (o.D.). *Trend-Dossier. Was ist Wellness? Anatomie und Zukunftsperspektiven des Wohlfühl-Trends*. (o.D.).

Anhang

Anhang A: Häufigkeit von Begleitsymptomen bei Fibromyalgie

Abgeschlagenheit	78,2 %
Morgensteifigkeit	76,2 %
Schlafstörungen	75,6 %
Parästhesien (<i>Kribbeln, Prickeln, Taubsein</i>)	67,1 %
Kopfschmerzen	54,3 %
Angst	44,9 %
Funktionelle Abdominalbeschwerden	35,7 %

Quelle: In Anlehnung an Wolfe et al., zitiert nach Egle, Hoffmann, Lehmann & Nix, 2003, S. 573.

Anhang B: Lokalisation der „Kontrollpunkte“

à	Stirnmitte, 2 cm oberhalb des Augenhöhlenrandes
à	Schlüsselbein - Übergang laterales/mittleres Drittel
à	Unterarmmitte, zwischen Speiche und Elle dorsal, 5 cm oberhalb des Handgelenks
à	Daumennagel
à	Thenarmitte (Daumenballen)
à	M. biceps femoris (Mitte Oberschenkel)
à	Tuber calcanei (Übergang von der Ferse zur Fußsohle)

Quelle: *Fibromyalgie*, (o.D.).

Anhang C: Auszuschließende Krankheiten

à Myofaszielles Schmerzsyndrom, welches auch als eine Form der lokalisierten Fibromyalgie betrachtet wird
à Polymyalgia rheumatica
à Rheumatoide Arthritis, Polymyositis, andere Erkrankungen des Bindegewebes und Stützapparates, okkulte rheumatische Erkrankungen, lokale Tendomyosen
à Endokrine, metabolische Myopathien. Hypo-/Hyperthyreoidismus, Hypo-/Hyperparathyreoidismus, Hypophosphatämie, Hypoglykämie, Malabsorption, Phosphorylase-Mangel, Phosphofruktokinase-Mangel, Fettspeicher-Myopathien
à Angstneurose, endogene Depression, vegetatives Psychosyndrom
à Okkulte Karzinome (besonders des GI-Traktes), Myelom, Maglignom
à Systemische Erkrankungen, Sjögren`s Syndrom, Kollagenosen, diffuse Mononeuritis multiplex, generalisierte Neuritis
à Borreliose
à Medikamenten-Nebenwirkung (Clofibrat, β -Blocker, Azidothymidin, eosinophile Myalgiesyndrom assoziiert mit der Einnahme von Tryptophan)
à Psychogener Rheumatismus
à Benign myalgic encephalomyelitis, Synonym: epidemic neuromyasthenia, Iceland disease
à Postviral Fatigue Syndrom (=Myalgic Encephalomyelitis)
à Chronic Fatigue Syndrome (CFS).

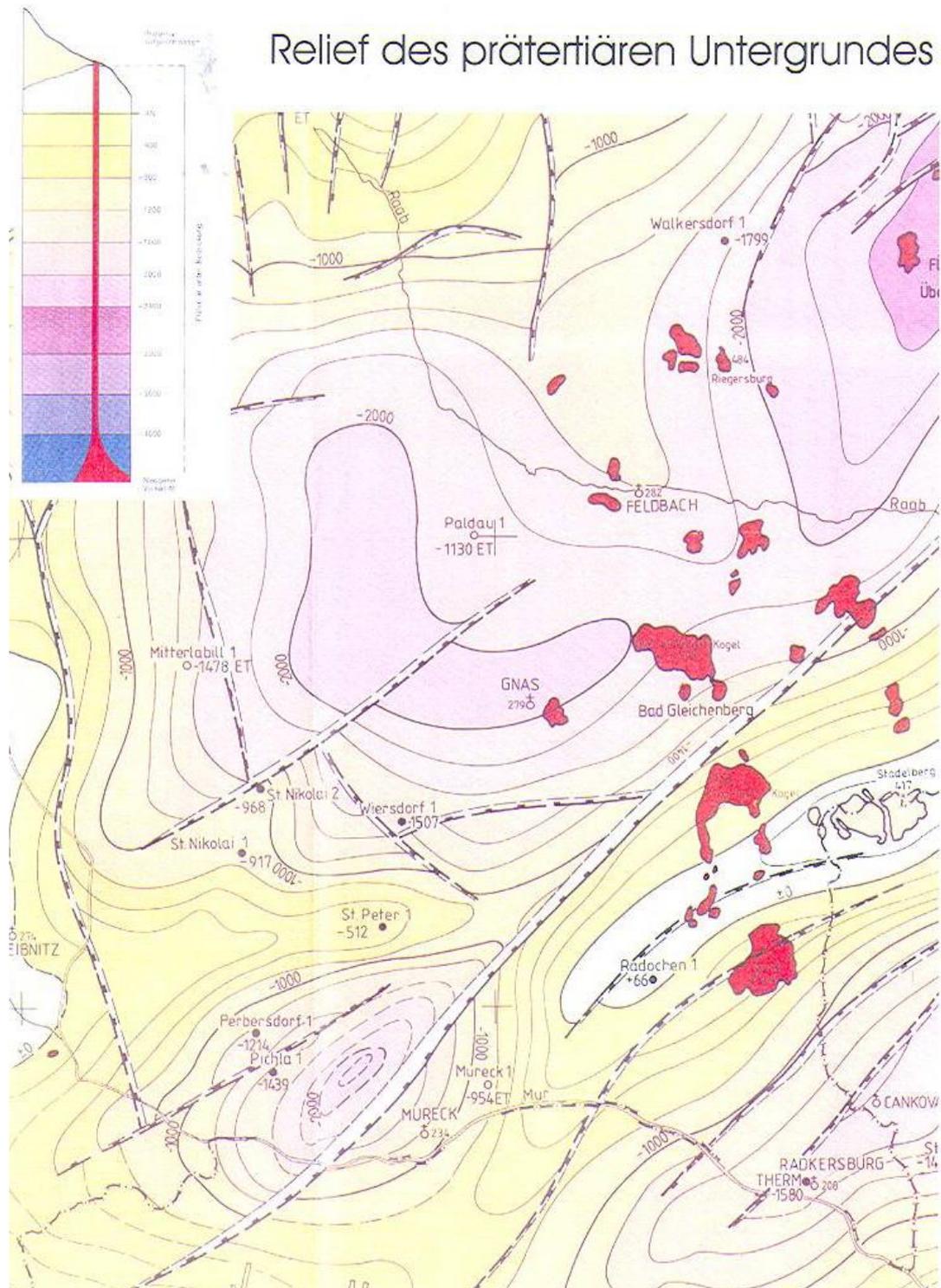
Quelle: Gatzweiler, 1997, S. 14 – 15.

Anhang D: Untersuchungen um Fibromyalgie auszuschließen

Entzündungszeichen im Blut (Blutsenkung, C-reaktives Protein), Rheumafaktor: Hinweis auf echtes Gelenkrheuma und andere rheumatisch-entzündliche Krankheiten
Kreatinphosphokinase, alkalische Phosphatase als Muskel-Enzyme (für Hinweis auf Muskelkrankheiten)
Kalzium, Phosphat, Natrium und Kalium u.a. zum Ausschluss einer hormonell bedingten Knochenstoffwechselstörung
Antikörper im Blut zum Ausschluss von Immunkrankheiten, die sich auf die Gelenke auswirken
Schilddrüsenhormone zum Ausschluss einer Schilddrüsenüber- oder – unterfunktion
Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule, eventuell Knochendichtemessung, zum Ausschluss eines Knochenschwundes (Osteoporose), einer Geschwulst oder einer Tochterabsiedelung (Metastase)
Skelett-Szintigrafie zum Ausschluss einer Knochenentzündung oder eines Tumors
Entnahme von Gehirnwasser (Liquorpunktion) zum Ausschluss einer Entzündung oder Immunreaktion im zentralen Nervensystem
Psychiatrische Untersuchung zum Ausschluss einer Depression, die sich durch Schmerzen zu erkennen gibt
Erfassen der Schmerzstärke durch eine visuelle Analogskala. Einordnen des Schmerzes in eine Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (maximal vorstellbarer Schmerz)
Erfassen der Schmerzstärke durch so genannte Druckdolorimetrie (Druckschmerzmessung mit definiertem Druck von 3 – 4 kg) zur Verlaufsbeurteilung
Evtl. Hauttemperaturmessung an den „Tender points“

Quelle: Felde & Novotny, 2002, S. 34 – 35.

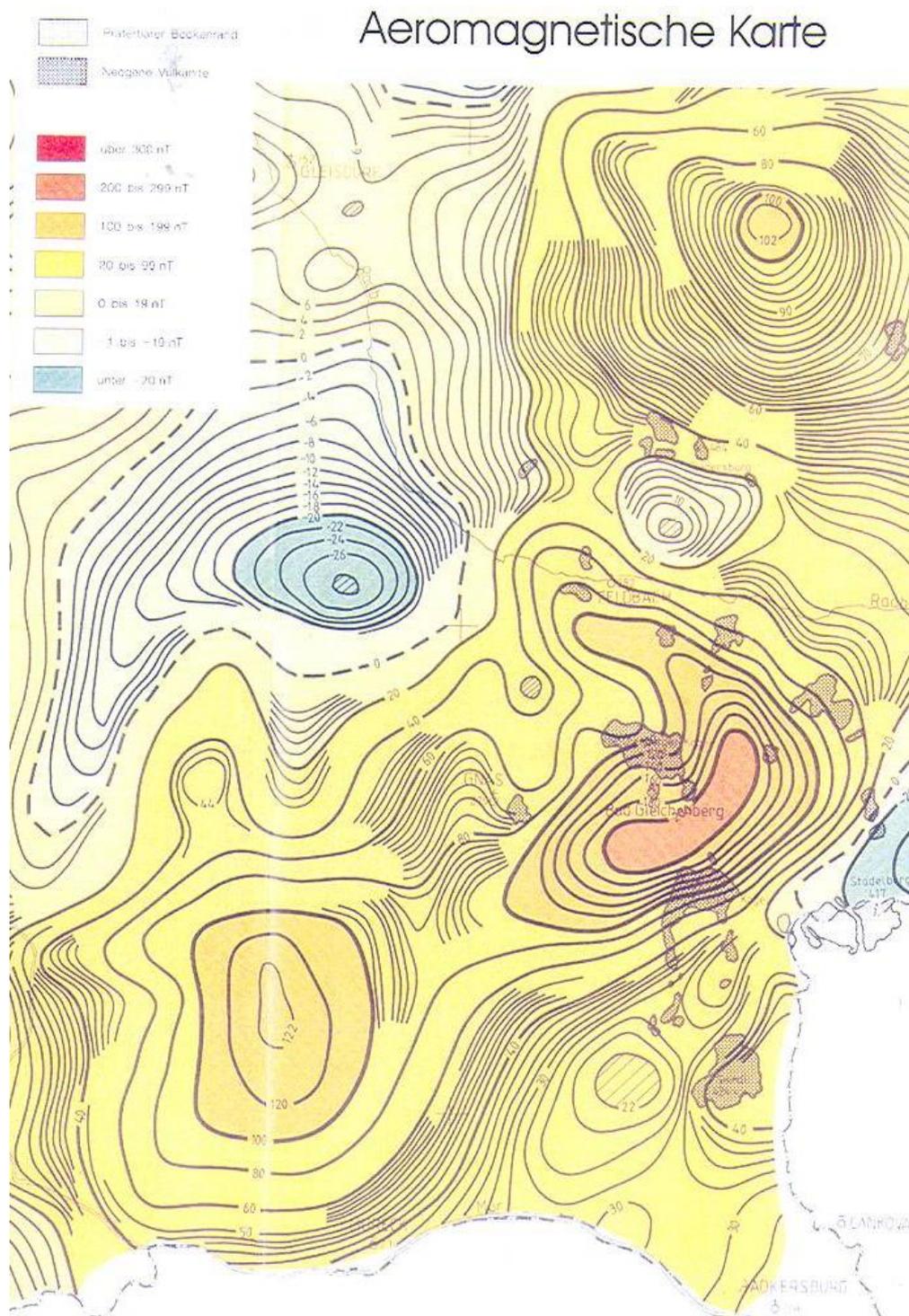
Anhang E: Relief des prätertiären Untergrundes



Quelle: Auszug aus: *Steirisches Becken und Südburgenländische Schwelle. Geologische Karte des prätertiären Untergrundes*. Herausgegeben von der Geologischen Bundesanstalt Wien (1998); Maßstab 1:200 000.

Anhang

Anhang F: Aeromagnetische Karte



Quelle: Auszug aus: *Steirisches Becken und Südburgenländische Schwelle. Aeromagnetsiche Karte*. Herausgegeben von der Geologischen Bundesanstalt Wien (1998); Maßstab 1:200 000.

Anhang G: Auswertungsschema Sequenzanalyse

Paraphrase	Intentionen / Funktionen	Latente Bedeutungen	Rolle nverteilung	Aspe kte in Bezug auf Gesu ndheit und Krankheit	Anschlussoptionen / Pr üfung

Auswertungsschema Sequenzanalyse
Interview Nr.:
Interviewzeile:
Sequenz:

Quelle: Froschauer & Lueger, 2003, S. 155.

Anhang H: Interviewleitfaden ExpertInnen-Interview

Ich bin Studentin des Studienganges Gesundheitsmanagement im Tourismus der Fachhochschule Technikum Joanneum Bad Gleichenberg. Im Rahmen meiner DA erforsche ich subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien von Fibromyalgie-PatientInnen und speziell in der Region Gleichenberger Tal.

Ich bitte Sie als Gesundheitsexperte, einige Fragen zum Thema Fibromyalgie (FIM) zu beantworten:

1. Betreuen Sie FIM PatientInnen?

Wie viele?

Sind das hauptsächlich Einheimische aus dem Bezirk Feldbach?

Über welche Beschwerden klagen Ihre PatientInnen?

Gibt es Gemeinsamkeiten die Ihnen bei den FIM-PatientInnen aufgefallen sind?

Können Sie mir kurz das Krankheitsbild Fibromyalgie erklären? (Ev. Ursache, Symptome)

Wie haben Sie diese PatientInnen erlebt?

Wodurch erfahren ihre PatientInnen eine Linderung ihrer Beschwerden?

2. Haben Sie davon gehört, dass sich Geologie und Klima im Gleichenberger Tal positiv auf Fibromyalgie-PatientInnen auswirken sollen?

3. Was halten Sie davon von dieser Annahme?

4. Kennen Sie PatientInnen die davon berichten?

Anhang

Anhang I: Auswertungsschema Grobanalyse

Auswertungsschema Grobanalyse Interview Zeilen:	Paraphrase	Äußerungskontext	Wirkungskontext	
			Interaktionseffekte	Systemeffekte
	Textrahmen	Lebenswelt		

Quelle: Froschauer & Lueger, 2003, S. 155.