

FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

WAS ERHÄLT MENSCHEN GESUND?

Antonovskys Modell der Salutogenese –
Diskussionsstand und Stellenwert

Erweiterte Neuauflage

BAND 6

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

BZgA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden z.B. Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

**FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BAND 6**

WAS ERHÄLT MENSCHEN GESUND?

Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert

Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann
im Auftrag der BZgA.

Erweiterte Neuauflage.

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6
Was erhält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese –
Diskussionsstand und Stellenwert
Köln: BZgA

Herausgeberin:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln
Tel.: 02 21/89 92-0
Fax: 02 21/89 92-300

Alle Rechte vorbehalten.

Satz: Salice-Stephan, Köln
Druck: Schiffmann, Rösrath

Auflage: 10.2.10.09

ISBN 978-3-933191-10-6

Band 6 der Fachheftreihe ist erhältlich
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,
und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/
den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60606000

Die englische Ausgabe dieses Fachheftes ist unter der
Bestellnummer 60804070 erhältlich.

VORWORT

ZUR ERWEITERTEN NEUAUFLAGE

Seit seinem ersten Erscheinen im Jahre 1998 hat das vorliegende Fachheft zu Aaron Antonovskys Modell der Salutogenese eine sehr hohe Nachfrage erfahren. Die Bedeutung dieses Gesundheitskonzepts wie auch das große Interesse daran haben die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bewogen, ergänzend und begleitend zu der Veröffentlichung dieser Expertise 1999 und 2000 Veranstaltungen zur Salutogenese durchzuführen.

Die eineinhalbtägigen Veranstaltungen wandten sich vor allem an Fachkräfte aus der Gesundheitsförderung, die Angebote konzipieren und gestalten bzw. über Strategien, Methoden und Maßnahmen verantwortlich entscheiden, um das Verständnis für das Modell zu vertiefen. Gleichzeitig boten die Veranstaltungen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Gelegenheit, mit dem Autorenteam der Expertise wie auch mit Kolleginnen und Kollegen die Konsequenzen für ihre Arbeitsbereiche zu diskutieren und anhand von Praxisbeispielen konkrete Umsetzungsmöglichkeiten salutogenetischer Aspekte zu erfahren.

Die hiermit vorliegende Neuauflage von Band 6 der Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ wurde nun im Anhang um eine ausführliche Dokumentation dieser Veranstaltungen ergänzt, um hierdurch zur Diskussion über die Bedeutung des Salutogenesemodells für die Gesundheitsförderung beizutragen.

Köln, Oktober 2001

Prof. Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

VORWORT

Eine wichtige Aufgabe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist es zu überprüfen, inwieweit neue Gesundheitskonzepte und -modelle zu einer Weiterentwicklung von Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung beitragen können.

Das Modell der Salutogenese des amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky gehört zu den einflussreichsten Gesundheitskonzepten der letzten Jahre und stößt daher auch bei den in der Gesundheitsförderung tätigen Personen auf wachsendes Interesse. Deshalb hat die BZgA eine Expertise in Auftrag gegeben mit dem Ziel, den Nutzen dieses Konzepts für die Gesundheitsförderung zu eruieren.

In der vorliegenden Expertise stellen Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann von der Universität Freiburg das salutogenetische Konzept vor und vergleichen es mit verwandten Konzepten. Sie erläutern den Stand der empirischen Fundierung, geben einen Überblick über Stellenwert und Nutzung in verschiedenen Anwendungsfeldern und formulieren abschließend ihre Empfehlungen.

Mit diesem sechsten Band ihrer Fachheftreihe legt die BZgA einen weiteren Beitrag vor, der zur Diskussion über geeignete Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung und zu deren kontinuierlicher Qualitätssteigerung beitragen soll.

Köln, November 1998

Prof. Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

STECKBRIEF DER UNTERSUCHUNG

Projekttitel:	Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert
Ziele:	<ul style="list-style-type: none">• Sichtung des Schrifttums zur Salutogenese• Auswertung im Hinblick auf den Nutzen des Konzepts für die Gesundheitsförderung.
Material:	Forschungsmonografien Fachzeitschriften Lehrbücher
Quellen:	Literaturrecherchen in den Datenbanken Psyndex, Psyclit, Medline (alle 1990–1998), Current Contents (1993–1997), Dissertations Abstracts (1989–1997), WISO III, PAIS, Social Sciences Index, ERIC; Recherchen im Internet
Durchführungszeitraum:	September 1997 bis Februar 1998
Projektdurchführung:	Psychologisches Institut der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg Abteilung für Rehabilitationspsychologie Belfortstraße 16 D-79085 Freiburg Tel.: 07 61/2 03 30 46 Fax: 07 61/2 03 30 40
Projektleitung:	Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Autorinnen/Autor des Berichts:	Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel, Dipl.-Psych. Dr. Regine Strittmatter, Dipl.-Psych. Hildegard Willmann, Dipl.-Psych.
Auftraggeberin:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Ostmerheimer Str. 220 D-51109 Köln Tel.: 02 21/89 92-3 28 Fax: 02 21/89 92-3 00
Projektleitung:	Stephan Blümel

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	9
1 ENTSTEHUNGSHINTERGRUND	13
2 DAS KONZEPT DER SALUTOGENESE	23
2.1 Die salutogenetische Fragestellung	24
2.2 Kritik an Gesundheitsforschung und -versorgung	26
2.3 Das salutogenetische Modell der Gesundheit	28
2.3.1 Das Kohärenzgefühl	28
2.3.2 Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum	32
2.3.3 Stressoren und Spannungszustand	32
2.3.4 Generalisierte Widerstandsressourcen	34
2.3.5 Das salutogenetische Modell im Überblick	35
3 STAND DER FORSCHUNG	39
3.1 Kohärenzgefühl: Stand der empirischen Fundierung	40
3.2 Kohärenzgefühl im Vergleich mit verwandten Konzepten	52
3.3 Stress- und Resilienzforschung	60
4 STELLENWERT UND NUTZUNG DES KONZEPTS IN VERSCHIEDENEN ANWENDUNGSFELDERN	67
4.1 Gesundheitsförderung und Prävention	69
4.2 Psychosomatik und Psychotherapie	73
4.3 Rehabilitation	77
5 ZUSAMMENFASSUNG DER EXPERTISE	83
5.1 Zusammenfassung und Bewertung der Fachdiskussion	84
5.2 Zusammenfassung und Bewertung von Stellenwert und Nutzung des Konzepts	93
5.3 Ausblick und Empfehlungen	97

6 ANHANG	103
6.1 Dokumentation der Literaturrecherche	104
6.2 Originalarbeiten von Aaron Antonovsky	105
6.3 Zitierte Literatur	107
6.4 Studien zum Kohärenzgefühl – Übersicht	115
6.5 Fragebogen zur Lebensorientierung (SOC-Skala)	134
7 ANHANG II – BZGA-VERANSTALTUNG ZU ANTONOVSKYS MODELL DER SALUTOGENESE	139
7.1 Aaron Antonovskys Modell der Salutogenese	140
Einführender Vortrag von Jürgen Bengel und Regine Strittmatter	
7.2 Die salutogenetische Perspektive in der Praxis von Gesundheitsförderung und Prävention – drei Projektberichte	151
7.2.1 Konzept der Primärprävention des Suchtverhaltens im Kindesalter am Beispiel der BZgA-Kampagne „Kinder stark machen“	152
Dagmar Grundmann, Stephan Blümel	
7.2.2 Salutogene Aspekte des Modellprojekts „Kinder stark machen – Suchtprävention im Kindergarten“	156
Sabine Menne, Burkhard Nolte	
7.2.3 „Gesundheit aktivieren“ – Ein neuer DRK-Kurs für chronisch kranke Menschen	162
Elisabeth Krane, Hildegard Klus	
7.3 Perspektiven und Konsequenzen für die Arbeitsfelder der Teilnehmerinnen und Teilnehmer – Kurzberichte aus den Arbeitsgruppen	166
7.4 Resümee der Workshops	171

EINLEITUNG

Das Thema Salutogenese hat in jüngerer Zeit in den Sozialwissenschaften und in der Medizin – vor allem in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung – viel Aufmerksamkeit erfahren. In die gesundheitswissenschaftliche und gesundheitspolitische Diskussion eingebracht hat dieses Konzept der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1923–1994). Er kritisiert eine rein pathogenetisch-kurative Betrachtungsweise und stellt ihr eine salutogenetische Perspektive gegenüber. Die Frage, warum Menschen gesund bleiben, soll Vorrang vor der Frage nach den Ursachen von Krankheiten und Risikofaktoren bekommen. Dementsprechend fragt die salutogenetische Perspektive primär nach den Bedingungen von Gesundheit und nach Faktoren, die die Gesundheit schützen und zur Unverletzlichkeit beitragen. Die Frage nach den Wirkfaktoren für die Erhaltung von Gesundheit stellt sie in den Mittelpunkt. Teilweise wird bereits von einem Paradigmenwechsel gesprochen: von einem krankheitszentrierten Modell der Pathogenese hin zu einem gesundheitsbezogenen, ressourcenorientierten und präventiv ansetzenden Modell der Salutogenese.

Das Konzept der Salutogenese wurde von A. Antonovsky in seinen beiden Hauptwerken „*Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*“ (1979) und „*Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*“ (1987, beide San Francisco, Jossey-Bass) formuliert.

Im deutschen Sprachraum sind 1997 drei Bände zum Thema erschienen: A. Antonovsky, „*Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*“, erweiterte Herausgabe von A. Franke (Tübingen, dgvt-Verlag), H. H. Bartsch & J. Bengel (Hrsg.), „*Salutogenese in der Onkologie*“ (Basel, Karger) sowie F. Lamprecht & R. Johnen (Hrsg.), „*Salutogenese – Ein neues Konzept in der Psychosomatik?*“ (Frankfurt, VAS). 1998 sind W. Schüffel et al. (Hrsg.), „*Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis*“ (Berlin/Wiesbaden, Ullstein & Mosby) und J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), „*Gesundheits- oder Krankheitstheorie?*“ (Berlin, Springer) erschienen.

Es fällt auf, dass die Überlegungen Antonovskys erst relativ spät nach Erscheinen der beiden Hauptwerke (1979/1987) in die gesundheitswissenschaftliche Diskussion einbezogen worden sind. Vereinfacht lassen sich in der Aufnahme seiner Überlegungen und Thesen zwei Tendenzen beobachten: Einige Autoren und auch Kritiker des Gesundheitssystems benutzen das Konzept häufig nur als Schlagwort, um ihre Position zu untermauern; dabei werden sowohl bereits etablierte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung als salutogenetisch bezeichnet als auch neue präventive Angebote unter dem Schlagwort der Salutogenese eingeführt. Andere Autoren führen empirische Studien insbesondere zum Kohärenzgefühl durch; sie fragen, inwieweit das Konzept methodisch erfasst werden kann, welche Zusammenhänge mit Merkmalen der psychischen und physischen Gesundheit und Krankheit bestehen, oder ob es als Erfolgskriterium – zum Beispiel in der Psychotherapie und Psychosomatik – verwendet werden kann.

Da die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) prüfen möchte, inwieweit die „*salutogenetische Perspektive neue Interventions- und Handlungsmöglichkeiten in der Gesundheitsförderung eröffnen kann*“, schrieb sie eine Expertise zum Thema Salutogenese aus; die Expertise soll den Stellenwert des salutogenetischen Modells diskutieren und seine möglichen Konsequenzen für die Praxis der Gesundheitsförderung erörtern: „*Die Expertise soll einen Überblick und eine Auswertung des Schrifttums im Hinblick auf den Nutzen des Konzepts für die Gesundheitsförderung liefern.*“

Die von unserer Arbeitsgruppe vorgelegte Expertise soll den Leserinnen und Lesern das salutogenetische Konzept von Antonovsky beschreiben und dessen wissenschaftliche Bearbeitung dokumentieren. Sie soll die Grundgedanken des Konzepts verständlich machen und es in die Entwicklung der Gesundheitswissenschaften einordnen. In der notwendigen Kürze und möglichst verständlich wollen wir versuchen, Antworten auf folgende Fragen zu geben:

- Was sind die zentralen Aussagen und Annahmen des Modells?
- Welche Bedeutung schreiben die Gesundheitswissenschaften diesem Konzept zu?
- Welche empirischen Belege liegen für das Konzept vor?
- Welche Konsequenzen lassen sich für die Forschung und für die medizinische, psychosoziale und präventive Versorgung ziehen?

Grundlage der Expertise bildet eine umfassende Literaturrecherche in gängigen Literaturdatenbanken sowie im Internet: Mit den Suchstichworten „*salutogenesis, salutogenic, sense of coherence, Antonovsky*“ wurden Psyndex (1990–1998), Psyclit (1990–1998), Medline (1990–1998), Current Contents (1993–1997), Dissertations Abstracts (1989–1997), WISO III, PAIS, Social Sciences Index und ERIC abgefragt. Ferner wurden gesundheitswissenschaftliche Zeitschriften und Lehrbücher auf das Stichwort „*Salutogenese*“ hin durchgesehen.

Die Expertise gliedert sich in einen Textband und in eine Dokumentation der Quellen. Die ersten drei Kapitel des Textbandes sind der Theoriebildung und dem Forschungsstand gewidmet; *Kapitel 1* beleuchtet den Entstehungshintergrund des salutogenetischen Modells, *Kapitel 2* stellt das Konzept der Salutogenese vor, und *Kapitel 3* gibt den Stand der Forschung wieder. Im Hinblick auf den Stellenwert und die Nutzung des Konzepts (*Kapitel 4*) werden drei Anwendungsbereiche vorgestellt: Gesundheitsförderung und Prävention (*Abschnitt 4.1*), Psychosomatik und Psychotherapie (*Abschnitt 4.2*) sowie Rehabilitation (*Abschnitt 4.3*). Jedes der Kapitel enthält am Ende Hinweise auf weiterführende und vertiefende Literatur, die den Leserinnen und Lesern die weitergehende Beschäftigung mit dem Thema erleichtern sollen.

Der abschließende Teil (*Kapitel 5*) stellt die Zusammenfassung der Expertise und eine Bewertung des Konzepts dar. Er fasst die in den ersten drei Kapiteln vorgestellte Fachdiskussion sowie Stellenwert und Nutzung des Konzepts zusammen und schließt mit einem Ausblick und mit Empfehlungen. Im Anhang (*Kapitel 6*) wird die der Expertise zugrunde

liegende Literaturrecherche dokumentiert, eine Bibliografie der Arbeiten von Antonovsky vorgelegt sowie die zitierte Literatur bibliografiert. Ferner werden die im dritten Kapitel zitierten empirischen Studien zum Kohärenzgefühl nochmals in einer Übersicht zusammengestellt. Im letzten Abschnitt ist schließlich der Fragebogen zur Lebensorientierung (SOC-Skala) wiedergegeben.

Die Autorinnen und der Autor haben sich um eine für die Zielgruppe verständliche Formulierung bemüht. Fachbegriffe sind – soweit erforderlich – erläutert. Kapitel 3 zum „Stand der Forschung“ kann diesem Anspruch nicht voll genügen, da hier forschungsmethodische und fachspezifische Begriffe gebraucht werden, ohne die diese Themenbereiche nicht adäquat zu beschreiben und zu diskutieren wären. Die Übersetzungen aus dem englischsprachigen Originalwerk von Antonovsky orientieren sich am Glossar von Franke (1997).

Wir danken Dr. Michael Broda (Bad Bergzabern), Prof. Dr. Rainer Hornung (Zürich, Schweiz), Prof. Dr. Friedrich Lösel (Erlangen) und Prof. Dr. R. Horst Noack (Graz, Österreich) für wertvolle Hinweise sowie Dr. Martina Belz-Merk, Dipl.-Psych. Ulrike Frank, cand. phil. Marcus Majumdar und cand. phil. Christian Schleier (alle Freiburg) für wichtige Ergänzungen und Kommentare.

ENTSTEHUNGSHINTERGRUND



1

ENTSTEHUNGSHINTERGRUND

Bevor wir in Kapitel 2 das Konzept der Salutogenese ausführlich darstellen, soll in diesem Kapitel die Geschichte oder besser der Entstehungshintergrund und der Kontext beschrieben werden, in dem Aaron Antonovsky seine Überlegungen formuliert und seine Forschungsarbeiten durchgeführt hat. Das Modell der Salutogenese und die Thesen von Antonovsky sind nur zu verstehen, wenn man sie vor dem Hintergrund der Entwicklungen und Strömungen in der Gesundheitsversorgung und in den Gesundheitswissenschaften der letzten 50 Jahre betrachtet und interpretiert. Dazu sollen hier folgende, parallel verlaufende Entwicklungen beschrieben werden:

- die Kritik am System der Gesundheitsversorgung,
- die Auseinandersetzung mit dem Gesundheits- und Krankheitsbegriff,
- die Entwicklung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells und
- die Veränderungen in Prävention und Gesundheitsförderung.

Auch der Lebensweg von Antonovsky hatte selbstverständlich Einfluss auf die Entstehung des Modells der Salutogenese und soll abschließend kurz skizziert werden.

KRITIK AM SYSTEM DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Unser System der Gesundheitsversorgung bzw. Krankenbehandlung ist geprägt durch ein Handeln und Denken, das häufig als pathogenetische Betrachtungsweise gekennzeichnet wird: Im Mittelpunkt stehen die Beschwerden, Symptome oder Schmerzen des Patienten bzw. der Patientin. Alle Anstrengungen des medizinischen Systems, der Ärzte und Ärztinnen sowie Therapeuten und Therapeutinnen, richten sich auf die Diagnose und das möglichst schnelle Beseitigen der Symptome und Beschwerden.

Die Erwartungen des Patienten/der Patientin an die Möglichkeiten des medizinischen Versorgungssystems sind hoch. In den vergangenen Jahrzehnten konnten beeindruckende Erfolge in Diagnostik und Therapie vieler Erkrankungen erzielt werden. Nichtsdestotrotz wurde in den letzten Jahren zunehmend Kritik an der sogenannten Apparatemedizin und der primären Orientierung an Symptomen laut. Unter dem Eindruck einer immer stärkeren Technisierung der Medizin wurde die Vernachlässigung der Person, also die Vernachlässigung der Ganzheitlichkeit, beklagt. Ferner sei unser gesundheitliches Versorgungssystem zu teuer, könne nicht angemessen auf die Zunahme chronischer Erkrankungen reagieren und würde sich nicht genügend mit ethischen Fragestellungen befassen. Gefordert wird eine „sprechende Medizin“, die sich nicht nur an der Krankheit und Behinderung orientiert und mit hohem technischen Aufwand diagnostiziert; die Medizin soll dem Gespräch zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patienten ei-

nen hohen Stellenwert geben und auch die gesunden Anteile des Patienten bzw. der Patientin wahrnehmen und fördern. Es wird gefordert, dass neben dem organmedizinischen Befund den psychosozialen Aspekten, die für die Krankheitsanpassung und Heilung von Bedeutung sind, besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird (Wie fühlt sich der Patient bzw. die Patientin, in welchem Umfeld lebt er/sie, wie geht er/sie mit seiner/ihrer Erkrankung um?). Die Kritik an unserem medizinischen Versorgungssystem geht einher mit einer Diskussion um den Gesundheits- und Krankheitsbegriff und mit einem komplex gewordenen Verständnis davon, was Krankheit verursacht und eine Heilung oder Linderung ermöglicht.

AUSEINANDERSETZUNG MIT DEM GESUNDHEITS- UND KRANKHEITSBEGRIFF

Auf den ersten Blick scheinen die Begriffe Gesundheit und Krankheit eindeutig definiert. Gesundheit lässt sich mit Wohlbefinden und Abwesenheit von Beschwerden und Symptomen beschreiben. Mit Krankheit dagegen verbindet man Beschwerden, Schmerzen und Einschränkungen. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass sowohl im privaten wie im gesellschaftlichen Bereich die Begriffe Gesundheit und Krankheit sehr unterschiedlich definiert sein können. Für manche ist Gesundheit gleichbedeutend mit Wohlbefinden und Glück, andere verstehen darunter das Freisein von körperlichen Beschwerden. Wieder andere betrachten Gesundheit als Fähigkeit des Organismus, mit Belastungen fertigzuwerden. Diese subjektiven Vorstellungen entwickeln sich in der Sozialisation jedes Einzelnen und in einem spezifischen gesellschaftlichen Kontext und Klima; die Wahrnehmung körperlicher Beeinträchtigungen wird durch die soziale und individuelle Einschätzung beeinflusst. Dieser Einschätzungsprozess ist zwar nicht unabhängig von der Schwere der Symptome, doch hat die Wahrnehmung von persönlichen und sozialen Ressourcen entscheidenden Einfluss auf die subjektive Befindlichkeit und auf das gesundheitsbezogene Verhalten des Einzelnen.

Ansätze zur Definition von Gesundheit

Es gibt eine Vielzahl von Ansätzen zur Definition von Gesundheit und Krankheit. Sie orientieren sich an unterschiedlichen Gesundheitsnormen. Die jeweiligen Definitionen von Gesundheit und Krankheit haben einen bedeutenden Einfluss darauf, welche Mittel als angemessen und notwendig für die Wiederherstellung, für den Erhalt und die Förderung von Gesundheit angesehen werden. Zudem entscheiden sie darüber, welche Einflussmöglichkeiten und Verantwortlichkeiten für die Krankheitsentstehung und Heilung dem Patienten bzw. der Patientin (Ausmaß an Selbstverantwortung) zugeschrieben werden können oder sollen.

Eine Idealnorm von Gesundheit bezeichnet einen Zustand der Vollkommenheit, den zu erreichen wünschenswert oder wertvoll ist. Mit ihrer Definition von Gesundheit als Zustand des vollkommenen psychischen und physischen Wohlbefindens hat die World Health Organisation (WHO, 1948) eine Idealnorm gesetzt. Allerdings muss sich eine solche Definition den

Vorwurf von Realitätsferne gefallen lassen, da absolute Zustände nicht zu erreichen sind. Die statistische Norm von Gesundheit wird durch die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Eigenschaft des Organismus bestimmt: Was auf die Mehrzahl der Menschen zutrifft, wird als gesund definiert. Abweichungen von diesen Durchschnittswerten sind dagegen als krank zu bezeichnen. Für die Einordnung einer Person als krank oder gesund sind also die Bezugspopulation (Referenzgruppe, z.B. nach Alter und Geschlecht) und die festgelegten Grenzwerte relevant.

Als funktionale Norm orientiert sich Gesundheit daran, ob eine Person in der Lage ist, die durch ihre sozialen Rollen gegebenen Aufgaben zu erfüllen. Die Bestimmung funktionaler Normen setzt wiederum die Gültigkeit übergeordneter Werte voraus (vgl. Erben, Franzkowiak & Wenzel, 1986; Wetzel, 1980).

Innerhalb des medizinischen Systems sind die Definitionen von Gesundheit in der Regel Negativbestimmungen, d.h. Gesundheit wird als Abwesenheit oder Freisein von Krankheit beschrieben. Beim Vorhandensein von Beschwerden und Symptomen wird eine Person als krank eingestuft. Dieses Begriffsverständnis der Experten und Expertinnen, der Ärzte und Ärztinnen sowie Therapeuten und Therapeutinnen trifft auf die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sogenannter Laien, der Patientinnen und Patienten. Eine rein biomedizinische Betrachtungsweise vernachlässigt wichtige Dimensionen des Befindens, wie z.B. Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden. Personen mit physischen Schädigungen können sich unter psychischen Gesichtspunkten als gesund bezeichnen, wenn sie sich trotz der Erkrankung ihre Genuss- und Leistungsfähigkeit erhalten können.

Gesundheit ist also kein eindeutig definierbares Konstrukt; sie ist schwer fassbar und nur schwer zu beschreiben. Heute besteht in den Sozialwissenschaften und der Medizin Einigkeit darüber, dass Gesundheit mehrdimensional betrachtet werden muss: Neben körperlichem Wohlbefinden (z.B. positives Körpergefühl, Fehlen von Beschwerden und Krankheitsanzeichen) und psychischem Wohlbefinden (z.B. Freude, Glück, Lebenszufriedenheit) gehören auch Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung dazu. Gesundheit hängt ab vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung und dem Umgang mit Belastungen, von Risiken und Gefährdungen durch die soziale und ökologische Umwelt sowie vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung, Erschließung und Inanspruchnahme von Ressourcen. Die sozialwissenschaftlichen Definitionsversuche des Phänomens Gesundheit zeichnen sich dabei durch eine Komplexität aus, die historisch betrachtet als neu zu bezeichnen ist.

ENTWICKLUNG EINES BIOPSYCHOSOZIALEN KRANKHEITSMODELLS

Biomedizinisches Krankheitsmodell

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts entwickelte sich unter dem Einfluss naturwissenschaftlichen Denkens ein Krankheitsverständnis, das als biomedizinisches Krankheitsmodell

bezeichnet wird (vgl. Faltermaier, 1994). Dieses Modell geht davon aus, dass der menschliche Körper mit einer Maschine vergleichbar ist, deren Funktionen und Funktionsstörungen verstanden werden können, indem die Organsysteme und -strukturen sowie die physiologischen Prozesse möglichst genau analysiert werden. Krankheitssymptome (körperliche Beschwerden, körperliche Veränderungen, aber auch psychische Auffälligkeiten) werden durch organische Defekte erklärt. Diese anatomischen oder physiologischen Defekte bilden die eigentliche Krankheit. Für die Entstehung des Defekts wird angenommen, dass es eine begrenzte Zahl von Ursachen gibt, wie dies z.B. bei Bakterien oder Viren der Fall ist. Entscheidend ist das Erkennen des Defekts und die Suche nach Möglichkeiten, ihn zu beheben. Diese Grundannahmen bestimmen den Umgang mit körperlichen Beschwerden: Die Bestimmung, ob eine Person als krank bezeichnet werden kann, hängt davon ab, ob anatomische oder physiologische Veränderungen festgestellt werden können. Der kranke Mensch als Subjekt und Handelnder wird weitgehend ausgeklammert. Er ist passives Objekt physikalischer Prozesse, auf die seine psychische und soziale Wirklichkeit und sein Verhalten keinen Einfluss haben. Medizinische Forschung, die dem biomedizinischen Krankheitsmodell folgt, konzentriert sich auf die Entdeckung bisher unbekannter Defekte und den Nachweis, dass diese die Ursache für eine Erkrankung sind. Die medizinische Behandlung zielt darauf ab, den Defekt zu beheben. Dieses Krankheitsverständnis hat in vielen Bereichen zu großen medizinischen Fortschritten geführt, z.B. bei der Behandlung von Stoffwechselstörungen oder der Bekämpfung von Infektionskrankheiten.

Erweiterung des biomedizinischen Modells

Kritik am biomedizinischen Krankheitsmodell wurde schon früh laut und führte insbesondere in den 70er-Jahren zu heftigen Debatten. Der Sozialmediziner Engel (1979) stellte ihm ein erweitertes, biopsychosoziales Modell gegenüber, in dem sowohl somatische (körperliche) als auch psychosoziale Faktoren zur Erklärung von Erkrankungen herangezogen werden. Sozialwissenschaftliche, psychologische und psychosomatische Forschungsbefunde belegen, dass psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung und im Verlauf von Krankheiten von Bedeutung sind. Auch das Erstellen einer Diagnose und die Behandlung der Erkrankung werden davon beeinflusst. Bereits die Wahrnehmung von Symptomen, das Schmerzerleben, die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung, das Befolgen von ärztlichen Anordnungen, um nur einige wenige Beispiele zu nennen, werden entscheidend von psychischen und sozialen Faktoren beeinflusst.

Auch die psychobiologische Bewältigungs- und Stressforschung beginnt zu fragen, welche protektiven (schützenden) Ressourcen (Quellen von Unterstützung) der Organismus unter Belastungsbedingungen beispielsweise über das Immunsystem aktivieren kann. Sie folgt damit nicht mehr ausschließlich einem Vulnerabilitätskonzept (Vulnerabilität = Verletzlichkeit), das untersucht, wie psychische Belastungen über psychophysiologische Prozesse pathogenetisch wirksam werden. Heute sind in diesem interdisziplinären gesundheitswissenschaftlichen Feld zahlreiche Fächer, wie z.B. die Medizinische Psychologie, die Gesundheitspsychologie, die Verhaltensmedizin und die Psychoneuroimmunologie, aktiv. Letztere ist beispielsweise ein relativ junges Forschungsgebiet; es integriert

Wissen und Methodik der Psychologie und verschiedener medizinischer Teildisziplinen, um zu untersuchen, welche Wechselbeziehungen zwischen verschiedenen Systemen des Körpers bestehen (v.a. zentrales und autonomes Nervensystem, Hormonsystem und Immunsystem; Schulz, 1994).

Mit der Erweiterung des biomedizinischen Modells um psychische Bedingungsfaktoren ist jedoch nicht immer eine grundsätzliche Neuorientierung in der Auseinandersetzung mit Gesundheit verbunden. Oft orientieren sich die Formulierungen biopsychosozialer Modelle ebenfalls an einem Defizitmodell des Menschen. Deutlich wird diese Tendenz bei der gesundheitspolitischen Forderung nach präventiven Konzeptionen und Maßnahmen. Auf den ersten Blick erscheint dies als eine Neuorientierung und Distanzierung vom kurativen System. Bei näherer Betrachtung sind die pragmatischen Präventionskonzepte, die sich unter dem Begriff der Früherkennung und Gesundheitserziehung subsumieren lassen, geprägt von medizinischem Denken, auch wenn gerade bei Letzteren psychologisches Wissen integriert ist (Borgers, 1981; Oyen & Feser, 1982). Trotz der vielfältigen Kritik und obwohl gerade bei den zunehmenden chronisch-degenerativen Erkrankungen die Bedeutung von psychosozialen und kulturellen Faktoren nachgewiesen ist, bestimmt nach wie vor das biomedizinische Krankheitsmodell die heutige Schulmedizin und Prävention.

ENTWICKLUNG DER PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

In der gesamten Geschichte der Medizin hat es Anstrengungen gegeben, Krankheiten zu verhüten. Ganz besondere Bedeutung für die gesellschaftliche Entwicklung haben Maßnahmen, die die hygienische Versorgung der Bevölkerung betreffen, und Massenimpfungsprogramme, wie sie nach dem Zweiten Weltkrieg eingeführt wurden. Heute stehen vor allem die Vermeidung chronisch-degenerativer Erkrankungen (Verschleißerkrankungen) und sogenannter Zivilisationskrankheiten im Mittelpunkt präventiver Anstrengungen.

Risikofaktorenmodell

Basis für präventive Maßnahmen ist dabei nach wie vor das Risikofaktorenmodell, das in den 50er-Jahren bei der Erforschung der koronaren Herzerkrankung auf der Grundlage von Ergebnissen epidemiologischer Studien und Statistiken von Lebensversicherungsgesellschaften entwickelt wurde. Es zeigten sich Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren, wie z.B. hohe Blutfettwerte, Tabakkonsum, Bluthochdruck, Übergewicht, psychischen Stressoren und dem Auftreten von koronaren Herzerkrankungen, vor allem in Form von Herzinfarkten. Je mehr Risikofaktoren, insbesondere bei Männern, vorliegen, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, einen Herzinfarkt zu bekommen.

Wie bei jedem statistischen (Wahrscheinlichkeits-)Modell treffen solche Voraussagen nur bei einem bestimmten Prozentsatz der untersuchten Personen zu, d.h. aus dem Zusammentreffen (Korrelation) von Risikofaktoren und Erkrankung können keine ursächli-

chen, kausalen Interpretationen oder Vorhersagen über die Morbidität (Häufigkeit bzw. Wahrscheinlichkeit, eine Krankheit zu bekommen) beziehungsweise Mortalität (Häufigkeit bzw. Wahrscheinlichkeit, an einer bestimmten Krankheit zu sterben) Einzelner abgeleitet werden. Die Wirkung der Risikofaktoren ist für den einzelnen Menschen nicht zwangsläufig; es kann nur eine erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit angenommen werden. Einige Forschungsergebnisse zum Stellenwert verschiedener Risikofaktoren und deren Wechselwirkungen sowie der Festlegung von kritischen Werten (ab wann ist ein Risikofaktor gefährlich?) und Einwirkungszeiten (wie lange muss ein Risikofaktor bestehen?) sind widersprüchlich.

Da Risikofaktoren als beginnende Krankheiten aufgefasst werden, konzentriert sich die Prävention auf die Vermeidung von Risikofaktoren und auf individuelle Verhaltensänderungen. Bisher sind im Risikofaktorenmodell überwiegend sogenannte verhaltensgebundene Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck) enthalten, während die kontext- und verhältnisbezogenen (z.B. chronische Arbeitsbelastung, Umwelteinflüsse; siehe zusammenfassend Franzkowiak, 1996) noch vernachlässigt werden. Nicht zuletzt aus diesem Grund setzt man in der Umsetzung des Modells vor allem auf individuelle Verhaltensänderungen.

Programm zur Gesundheitsförderung

Spätestens seit der WHO-Konferenz von Alma Ata im Jahre 1978 und der ehrgeizigen Proklamation „*Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000*“ wird eine Ergänzung des biomedizinischen Risikofaktorenmodells und den mit diesem Modell verbundenen Implikationen als wichtig erachtet.

Mit der Ottawa-Charta stellte die WHO 1986 das *Programm zur Gesundheitsförderung (Health Promotion)* vor, dessen zentrale Merkmale mit dem Begriff des Lebensweiskonzepts charakterisiert werden können (Franzkowiak & Wenzel, 1982; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1983).

Gesundheitsförderung als ein sozial-ökologisches Gesundheits- und Präventionsmodell betrachtet Gesundheit nicht als Ziel, sondern als Mittel, um Individuen zu befähigen, individuelles und gesellschaftliches Leben positiv zu gestalten. Präventive Maßnahmen werden somit nicht durch das professionelle System verordnet. Sie zielen auf die aktive und selbstverantwortliche Beteiligung der Laien an der Herstellung gesundheitsfördernder Bedingungen und auf den Dialog und die Interaktion zwischen Laien und Professionellen. Mit dieser Zielsetzung zeigt die Gesundheitsförderung große Nähe zum Empowermentansatz, der aus der amerikanischen Gemeindepsychologie stammt (Rappaport, 1985; Stark, 1996). Empowerment meint die Stärkung von Kompetenzen, Eigenverantwortlichkeit und Selbsthilfefähigkeit von Personen oder Gruppen. Damit ist Gesundheitsförderung auch eine politische, gesellschaftsverändernde Aufgabe, was die praktische Umsetzung ihrer Ziele nicht gerade vereinfacht.

Der Ansatz der Gesundheitsförderung greift die oben genannten Entwicklungen im Gesundheits- und Krankheitsverständnis auf. Er legt einen komplexen, mehrdimensionalen Gesundheitsbegriff zugrunde und baut auf einem biopsychosozialen Krankheitsmodell

auf. Neben individuumsbezogenen Ansätzen betont das Konzept der Gesundheitsförderung vor allem die Notwendigkeit struktureller Veränderungen. Die Erweiterung des klassischen Risikofaktorenmodells um psychosoziale Determinanten sowie umfeld- und verhältnisbezogene Faktoren und die Entwicklung einer Theorie des Zusammenwirkens von Risiko- und Protektivfaktoren lässt sich gut mit den Forderungen einer Gesundheitsförderung und den Prinzipien der Stress-Coping-Modelle verbinden.

ZUR BIOGRAFIE VON AARON ANTONOVSKY

Aaron Antonovsky wurde 1923 in Brooklyn, USA, geboren. Nach dem Militärdienst im Zweiten Weltkrieg schloss er sein Soziologiestudium mit dem Grad des Ph. D. (vergleichbar dem deutschen Dokortitel) ab. Seine Interessenschwerpunkte waren in dieser Zeit Kultur und Persönlichkeit, schichtspezifische Prozesse und ethnische Beziehungen (Antonovsky, 1991).

1960 emigrierte Antonovsky gemeinsam mit seiner Frau nach Israel und nahm eine Stelle am Institut für Angewandte Sozialforschung in Jerusalem an. Eher zufällig stieß er hier zur Medizinsoziologie, indem er sich an verschiedenen Forschungsprojekten aus diesem Feld beteiligte, u.a. an einer epidemiologischen Studie über Multiple Sklerose. In den folgenden Jahren unterrichtete er in der Abteilung für Sozialmedizin und arbeitete an verschiedenen Forschungsprojekten zum Zusammenhang von Stressfaktoren und Gesundheit bzw. Krankheit.

In Anlehnung an Lazarus (1966) begann Antonovsky ein Stresskonzept zu vertreten, in dem Stressoren nicht mehr als grundsätzlich krankmachend gesehen wurden, sondern als Stimuli, die einen Zustand der Anspannung auslösen, ohne dass dies unbedingt zu Stress führen muss. Damit vollzog sich auch der Wechsel von den sozialepidemiologischen Forschungsinteressen Antonovskys hin zu einer psychologischen Fragestellung nach individuellen Verarbeitungsmustern angesichts von Anspannungszuständen. In diesem Zusammenhang hatte Antonovsky auch die Vorstellung einer spezifischen Wirkung von Stressoren verworfen und vertrat die Auffassung, dass die Art der Erkrankung von einer individuellen dispositionellen Vulnerabilität (überdauernde Verletzlichkeit) bestimmt wird und nicht von dem Profil der belastenden Einflüsse.

Ausschlaggebend für seine weitere Forschungstätigkeit waren Überlegungen, die Antonovsky aufgrund einer Untersuchung an Frauen verschiedener ethnischer Gruppen über die Auswirkungen der Wechseljahre entwickelte. Die untersuchten Frauen der Geburtsjahrgänge 1914–1923 waren in Zentraleuropa geboren und teilweise in einem Konzentrationslager inhaftiert gewesen. Wie erwartet war die Gruppe der ehemaligen Inhaftierten signifikant stärker gesundheitlich belastet als andere Frauen. Aber immerhin 29 % (!) der inhaftierten Frauen berichteten trotz dieser traumatischen Erlebnisse über eine relativ gute psychische Gesundheit. Antonovsky fragte sich, wie es diese Frauen geschafft hatten, trotz der extremen Belastungen gesund zu bleiben. Dieser Perspektivenwechsel



sollte seine ganze weitere Forschungstätigkeit bestimmen. Er veröffentlichte in der Folgezeit viele theoretische und empirische Arbeiten zum Konzept der Salutogenese, insbesondere seine beiden Bücher von 1979 und 1987.

Neben seiner Forschungstätigkeit war Antonovsky ab 1972 am Aufbau einer gemeindeorientierten medizinischen Fakultät in Beer Sheba in Israel beteiligt. Zwei Gastprofessuren führten ihn 1977/78 und 1983/84 wieder in die USA. Antonovsky starb 1994 im Alter von 71 Jahren.

VERTIEFENDE UND WEITERFÜHRENDE LITERATUR

Faltermaier, T. (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln (S. 13–32). Weinheim: Beltz.

Zimmerli, W. C. (1997): Gesundheit als offenes System. In: Bartsch, H. H. / Bengel, J. (Hrsg.): Salutogenese in der Onkologie (S. 5–19). Basel: Karger.

**DAS KONZEPT
DER SALUTOGENESE**



2

DAS KONZEPT DER SALUTOGENESE

Ziel dieses Kapitels ist es, die Grundgedanken der Salutogenese und das salutogenetische Gesundheitsmodell anschaulich darzustellen. Daher beschränkt es sich auf die Originalliteratur von Antonovsky. Die Beschreibung bezieht sich – wenn nicht anders gekennzeichnet – auf das 1987 erschienene Buch von Aaron Antonovsky „*Unraveling the mystery of health*“, das seit 1997 unter dem Titel „*Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*“, herausgegeben von A. Franke, in deutscher Übersetzung vorliegt. Zunächst wird die Leitfragestellung der Arbeiten von Antonovsky und seine Kritik an der Gesundheitsforschung und Gesundheitsversorgung referiert. Anschließend wird das salutogenetische Modell der Gesundheit vorgestellt, in dessen Mittelpunkt das Konstrukt „*Kohärenzgefühl*“ steht.

2.1

DIE SALUTOGENETISCHE FRAGESTELLUNG

Warum bleiben Menschen – trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse – gesund? Wie schaffen sie es, sich von Erkrankungen wieder zu erholen? Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremster Belastungen nicht krank werden?

Das sind die zentralen Fragen, die für Antonovsky zum Ausgangspunkt seiner theoretischen und empirischen Arbeiten wurden. Antonovsky hat für die Blickrichtung, die in dieser Fragestellung enthalten ist, den Neologismus „*Salutogenese*“ (*Salus*, lat.: Unverletztheit, Heil, Glück; *Genese*, griech.: Entstehung) geprägt, um den Gegensatz zur bisher dominierenden „*Pathogenese*“ des biomedizinischen Ansatzes und des derzeitigen Krankheitsmodells, aber auch des Risikofaktorenmodells, hervorzuheben.

Salutogenese bedeutet für Antonovsky nicht nur die Kehrseite einer pathogenetisch orientierten Sichtweise (Antonovsky, 1989). Pathogenetisch denken heißt, sich mit der Entstehung und Behandlung von Krankheiten zu beschäftigen. Salutogenese bedeutet nicht das Gegenteil in dem Sinne, dass es nun um die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit als einem absoluten Zustand geht. Salutogenese meint, alle Menschen als mehr oder weniger gesund und gleichzeitig mehr oder weniger krank zu betrachten. Die Frage lautet daher: Wie wird ein Mensch mehr gesund und weniger krank?

Die vorherrschende Denk- und Handlungsprämisse der Medizin vergleicht Antonovsky mit der salutogenetischen Perspektive in einer Metapher: Die pathogenetische Herangehensweise möchte Menschen mit hohem Aufwand aus einem reißenden Fluß retten, ohne

sich darüber Gedanken zu machen, wie sie da hineingeraten sind und warum sie nicht besser schwimmen können. Aus Sicht der Gesundheitserziehung hingegen springen Menschen aus eigenem Willen in den Fluss und weigern sich gleichzeitig, das Schwimmen zu lernen. Antonovsky benutzt für die Salutogenese eine andere Version dieser Metapher:

„... meine fundamentale philosophische Annahme ist, daß der Fluß der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, daß ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluß, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: ‚Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluß befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?‘“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 92)

In diesen Bildern werden verschiedene Ebenen deutlich, die die Arbeit Antonovskys und auch die Diskussion um seine Ideen prägen: Die Metapher des Flusses als Abbild des Lebens und die Vorstellung, dass ein Mensch immer in einem mehr oder weniger gefährlichen Fluss schwimmt, spiegeln seine philosophischen Anschauungen wider. Forschungsfragen können sehr unterschiedlich gestellt und formuliert werden, je nachdem, ob man untersuchen will, wer am schnellsten ertrinkt oder womit man jemanden am ehesten aus dem Fluss ziehen kann, oder ob man sich fragt, welche Faktoren das Schwimmen erleichtern. Ob Menschen kurz vor dem Ertrinken aus dem Fluss gezogen werden, ob der Flusslauf entschärft oder den Menschen das Schwimmen beigebracht wird, hängt von gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen ab. Die individuelle Fähigkeit „zu schwimmen“ entspricht einer Persönlichkeitseigenschaft, die von Antonovsky *Kohärenzgefühl* genannt wird (vgl. Abschnitt 2.3.1.). Die Verknüpfung der verschiedenen Eigenschaften des Flusses und der schwimmenden Menschen ergibt sein psychologisches Modell zur Erklärung von Gesundheit.

Antonovskys Vorstellung über die Entstehung von Gesundheit ist von systemtheoretischen Überlegungen beeinflusst: Gesundheit ist kein normaler, passiver Gleichgewichtszustand, sondern ein labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Geschehen. Das Grundprinzip menschlicher Existenz ist nicht Gleichgewicht und Gesundheit, sondern Ungleichgewicht, Krankheit und Leiden. Unordnung und die Tendenz zu mehr Entropie sind allgegenwärtig: *„Der menschliche Organismus ist ein System und wie alle Systeme der Kraft der Entropie ausgeliefert.“* (Antonovsky, 1993a, S. 7) Der Begriff der Entropie stammt aus der Thermodynamik und meint die Tendenz von Elementarteilchen, sich auf einen Zustand immer größerer Unordnung hinzubewegen. Je weniger dies der Fall ist, umso mehr besitzt das System Ordnung und Organisation. Diese Fähigkeit eines Systems zur Organisation wird als negative Entropie bezeichnet. Im übertragenen Sinne verwendet Antonovsky die Begriffe der Entropie als Ausdruck für die allgegenwärtige Tendenz menschlicher Organismen, ihre organisierten Strukturen zu ver-

lieren, aber ihre Ordnung auch wieder aufbauen zu können. Bezogen auf den Gesundheitszustand bedeutet dies, dass Gesundheit immer wieder aufgebaut werden muss, und dass gleichzeitig der Verlust von Gesundheit ein natürlicher und allgegenwärtiger Prozess ist. „*Der salutogenetische Ansatz betrachtet den Kampf in Richtung Gesundheit als permanent und nie ganz erfolgreich.*“ (Antonovsky, 1993a, S. 10) Antonovsky spricht in diesem Zusammenhang auch davon, dass seine Weltanschauung eher pessimistische Züge trägt (Antonovsky, 1989).

2.2 KRITIK AN GESUNDHEITSFORSCHUNG UND -VERSORGUNG

Antonovsky kritisiert die Grundannahmen der westlichen medizinischen Forschung und Praxis und stellt diesen die Grundaussagen seiner salutogenetischen Sichtweise gegenüber. Er will dabei nicht auf die pathogenetisch orientierten Fragestellungen der medizinischen Forschung verzichten, sondern sieht in der salutogenetischen Blickrichtung eine wichtige und unverzichtbare Erweiterung. Salutogenese und Pathogenese ergänzen sich in ihren Fragestellungen.

Im biomedizinischen Modell wird Krankheit als Abweichung von der Norm Gesundheit betrachtet. Antonovsky weist darauf hin, dass diese Annahme nicht haltbar ist bzw. nicht als einziger Maßstab für die Definition von Krankheit gelten kann. Epidemiologische Daten zeigen, dass mindestens ein Drittel, vielleicht sogar die Mehrheit der Bevölkerung einer modernen Industriegesellschaft, an irgendeiner Erkrankung leidet (Antonovsky, 1979).

Wenn von Krankheit und Gesundheit die Rede ist, wird in der Regel davon ausgegangen, dass sich hier zwei Zustände ausschließen, d.h. nur einer von beiden Zuständen vorliegen kann (Dichotomie): Entweder man ist gesund oder krank. Die Zuordnung erfolgt durch die Diagnose einer Ärztin bzw. eines Arztes, die/der eine spezifische Krankheit feststellt, oder auch durch den Patienten bzw. die Patientin selbst und seine bzw. ihre Umwelt. Menschen, die als gesund eingestuft werden, werden im Rahmen der medizinischen Versorgung nicht weiter beachtet, sieht man von den Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen einmal ab. Antonovsky stellt dieser Zweiteilung die Vorstellung eines Kontinuums gegenüber, auf dem Menschen als mehr oder weniger krank bzw. gesund eingestuft werden können („*Gesundheits-Krankheits-Kontinuum*“, vgl. Abschnitt 2.3.2).

Das Krankheitsverständnis der modernen Medizin beruht auf einem mechanistischen Modell (vgl. Kapitel 1): Defekte, die durch krankmachende Einflüsse entstanden sind, gilt es zu erkennen und durch gezielte Behandlung zu beheben. Dabei wird Krankheit in der Regel auf der Ebene spezifischer (pathophysiologischer) Prozesse betrachtet. Und für jede

Krankheit, so die Vorstellung im pathogenen Paradigma, gibt es besondere krankmachende Bedingungen (Bakterien, Viren usw., aber auch Stressoren, Risikofaktoren). Die Behandlung besteht im Wesentlichen darin, diese zu bekämpfen.

Antonovsky hingegen richtet sein Interesse nicht auf spezifische Symptome, sondern auf die Tatsache, dass ein Organismus seine Ordnung nicht mehr aufrechterhalten kann. Die genaue Art der Störung interessiert ihn dabei nicht. Antonovsky prägte hierfür den Begriff Zusammenbruch (*breakdown*) des Organismus (Antonovsky, 1972). Anstatt der ausschließlichen Bekämpfung krankmachender Einflüsse setzt der salutogenetische Ansatz zusätzlich auf die Stärkung von Ressourcen, um den Organismus gegen schwächende Einflüsse widerstandsfähiger zu machen. Das ressourcenorientierte Denken veranlasst zur Berücksichtigung der ganzen Person mit ihrer Lebensgeschichte sowie zur Beachtung des gesamten Systems, in dem die Person lebt (Antonovsky, 1993b). Die individuelle Geschichte einer Person ist deshalb wichtig, weil sich nur in Kenntnis aller Lebensaspekte einer Person die Ressourcen auffinden und fördern lassen, die zur Genesung der Person beitragen können.

„*In der Wissenschaft ist die Frage wichtiger als die Antwort*“ (Antonovsky, 1993a, S. 11) und „*Wie die Frage gestellt wird, ist entscheidend für die Richtung, die man einschlägt, um die Antworten zu finden*“ (Antonovsky, 1979, S. 12; Übersetzung der Autoren). Mit diesen beiden Aussagen weist Antonovsky darauf hin, dass sich seine wissenschaftliche Arbeit von anderen Arbeiten vor allem durch die Besonderheit der Fragestellung und Blickrichtung unterscheidet. Das Konzept der Salutogenese ist eine Kritik an der einseitigen Orientierung der Forschung an schädigenden Lebensbedingungen und krankmachenden Faktoren. Mehrfach zeigt er auf, dass Fragestellungen im Rahmen pathogenetisch orientierter Forschung sozusagen „blinde Stellen“ haben.

Salutogenetisch orientierte Forschung interessiert sich für Fragen wie z.B. „*Welche Personen vom Typ A (Risikofaktor für Herzinfarkt, Anm. der Autoren) bekommen keine koronaren Herzerkrankungen? Welche Raucher bekommen keinen Lungenkrebs?*“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 29). Die pathogenetisch orientierte Forschung vergleicht Patienten und Patientinnen mit Kontrollgruppen, die als gesund bezeichnet werden, da sie eine bestimmte Erkrankung nicht haben (siehe Abschnitt 3.3); sie leiden jedoch vielleicht an anderen Erkrankungen, die unerkannt bleiben. Ein salutogenetischer Ansatz hingegen betrachtet Erkrankung eher unspezifisch und fragt, warum Menschen gesund bleiben und welche Eigenschaften und Fähigkeiten sie auszeichnen. Hierzu müssen sehr viel mehr Informationen zur Person erfasst werden als nur die krankheitsbezogenen.

2.3 DAS SALUTOGENETISCHE MODELL DER GESUNDHEIT

In seinem salutogenetischen Modell der Gesundheit setzt Antonovsky eine Reihe von Konstrukten mit der Entstehung bzw. dem Erhalt von Gesundheit in Zusammenhang. Auffallend an der Entwicklung seines Modells zur Entstehung von Gesundheit ist, dass er keine Gesundheitsdefinition formuliert hat: Er sei nicht an der Erklärung von Gesundheit als absolutem oder idealistischem Konzept interessiert, da dies nicht den realen Gegebenheiten entspreche (Antonovsky, 1979). Zudem erfordere eine Gesundheitsdefinition immer die Festlegung von Normen und beinhalte damit die Gefahr, andere Menschen an Werten zu beurteilen, die für sie gar nicht zuträfen (Antonovsky, 1995).

Das Kernstück des Modells, das Kohärenzgefühl, soll als Erstes vorgestellt werden (Abschnitt 2.3.1). Weitere Elemente sind das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Abschnitt 2.3.2), Stressoren und Spannungszustände (Abschnitt 2.3.3) sowie generalisierte Widerstandsressourcen (Abschnitt 2.3.4). Abschnitt 2.3.5 gibt anschließend einen Überblick über das Modell und die Zusammenhänge zwischen den Komponenten.

2.3.1 DAS KOHÄRENZGEFÜHL

Der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen wird nach Antonovsky wesentlich durch eine individuelle, psychologische Einflussgröße bestimmt: eine allgemeine Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben – durch eine *Weltanschauung*, wie Antonovsky es einmal unter Verwendung dieses deutschen Wortes beschreibt (Antonovsky, 1993d, S. 972). Antonovsky ist sich dabei im Klaren, dass äußere Faktoren wie Krieg, Hunger oder schlechte hygienische Verhältnisse die Gesundheit gefährden. Dennoch gibt es auch unter gleichen äußeren Bedingungen Unterschiede im Gesundheitszustand verschiedener Menschen. Wenn also die äußeren Bedingungen vergleichbar sind, dann wird es seiner Ansicht nach von der Ausprägung dieser individuellen, sowohl kognitiven als auch affektiv-motivationalen Grundeinstellung abhängen, wie gut Menschen in der Lage sind, vorhandene Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens zu nutzen. Antonovsky bezeichnet diese Grundhaltung als Kohärenzgefühl (*sense of coherence, SOC*). Kohärenz bedeutet Zusammenhang, Stimmigkeit. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto gesünder sollte sie sein bzw. desto schneller sollte sie gesund werden und bleiben.

In einer ersten Formulierung definiert Antonovsky das Kohärenzgefühl als

„(...) a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic, feeling of confidence that one's internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected“¹ (Antonovsky, 1979, S. 10).

Mit der Bezeichnung „dynamisch“ wird darauf hingewiesen, dass diese Grundeinstellung zum Leben fortwährend mit neuen Lebenserfahrungen konfrontiert und von diesen beeinflusst wird. Die Ausprägung des Kohärenzgefühls beeinflusst wiederum die Art der Lebenserfahrungen. Das führt dazu, dass die Lebenserfahrungen in der Regel die Grundhaltung bestätigen und diese damit stabil und überdauernd wird. Die Stärke des Kohärenzgefühls ist unabhängig von den jeweiligen Umständen, der Situation oder den Rollen, die jemand gerade einnimmt oder einnehmen muss. Antonovsky bezeichnet diese Grundhaltung daher auch als dispositionale Orientierung (relativ überdauerndes Merkmal); sie stellt jedoch keinen speziellen Persönlichkeitstyp dar.

Diese Grundhaltung, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben, setzt sich nach Antonovskys Überlegungen aus drei Komponenten zusammen:

1. Gefühl von Verstehbarkeit (*sense of comprehensibility*)

Diese Komponente beschreibt die Erwartung bzw. Fähigkeit von Menschen, Stimuli – auch unbekannte – als geordnete, konsistente, strukturierte Informationen verarbeiten zu können und nicht mit Reizen konfrontiert zu sein bzw. zu werden, die chaotisch, willkürlich, zufällig und unerklärlich sind. Mit Verstehbarkeit meint Antonovsky also ein *kognitives Verarbeitungsmuster*.

2. Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (*sense of manageability*)

Diese Komponente beschreibt die Überzeugung eines Menschen, dass Schwierigkeiten lösbar sind. Antonovsky nennt dies auch instrumentelles Vertrauen und definiert es als das „*Ausmaß, in dem man wahrnimmt, daß man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen*“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 35). Dabei betont Antonovsky, dass es nicht nur darum geht, über eigene Ressourcen und Kompetenzen verfügen zu können. Auch der Glaube daran, dass andere Personen oder eine höhere Macht dabei helfen, Schwierigkeiten zu überwinden, ist damit gemeint. Ein Mensch, dem diese Überzeugung fehlt, gleicht dem ewigen Pechvogel, der sich immer wieder schrecklichen Ereignissen ausgeliefert sieht, ohne etwas dagegen unternehmen zu können. Antonovsky betrachtet das Gefühl von Handhabbarkeit als *kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster*.

¹ „(...) eine grundlegende Lebenseinstellung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß jemand ein alles durchdringendes, überdauerndes und zugleich dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, dass seine innere und äußere Erfahrungswelt vorhersagbar ist und eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich die Angelegenheiten so gut entwickeln, wie man vernünftigerweise erwarten kann.“ (Übersetzung der Autoren.)

3. Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (*sense of meaningfulness*)

Diese Dimension beschreibt das „*Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: Daß wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, daß man Energie in sie investiert, daß man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, daß sie eher willkommene Herausforderungen sind, als Lasten, die man gerne los wäre*“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 36). Antonovsky sieht diese motivationale Komponente als die wichtigste an. Ohne die Erfahrung von Sinnhaftigkeit und ohne positive Erwartungen an das Leben ergibt sich trotz einer hohen Ausprägung der anderen beiden Komponenten kein hoher Wert des gesamten Kohärenzgefühls. Ein Mensch ohne Erleben von Sinnhaftigkeit wird das Leben in allen Bereichen nur als Last empfinden und jede weitere sich stellende Aufgabe als zusätzliche Qual.

Diese Unterscheidung der drei Komponenten wird in einer zweiten Definition des Kohärenzgefühls deutlich:

Das Kohärenzgefühl ist „*eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß erstens die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind und daß zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, daß diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen.*“ (Antonovsky, 1993a, S. 12; Übersetzung durch Franke & Broda)

Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl führt dazu, dass ein Mensch flexibel auf Anforderungen reagieren kann. Er aktiviert die für diese spezifischen Situationen angemessenen Ressourcen. Ein Mensch mit einem gering ausgeprägten Kohärenzgefühl wird hingegen Anforderungen eher starr und rigide beantworten, da er weniger Ressourcen zur Bewältigung hat bzw. wahrnimmt.

Der SOC wirkt als flexibles Steuerungsprinzip, als Dirigent, der den Einsatz verschiedener Verarbeitungsmuster (*Copingstile, Copingstrategien*) in Abhängigkeit von den Anforderungen anregt. „*Die Person mit einem starken SOC wählt die bestimmte Coping-Strategie aus, die am geeignetsten scheint, mit dem Stressor umzugehen, dem sie sich gegenüber sieht*“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 130). Das Kohärenzgefühl ist also nicht mit Copingstilen gleichzusetzen, sondern nimmt eine übergeordnete und steuernde Funktion ein (Antonovsky, 1993d).

ENTWICKLUNG UND VERÄNDERBARKEIT DES KOHÄRENZGEFÜHLS

Das Kohärenzgefühl entwickelt sich nach Antonovsky im Laufe der Kindheit und Jugend und wird von den gesammelten Erfahrungen und Erlebnissen beeinflusst. In der Adoles-

zenz sind größere Veränderungen noch möglich, da dem Heranwachsenden viele Wahlmöglichkeiten offenstehen und die Lebensbereiche noch nicht festgelegt sind. Mit etwa 30 Jahren ist seiner Ansicht nach das Kohärenzgefühl ausgebildet und bleibt relativ stabil.

Antonovsky erklärt die Formung des Kohärenzgefühls – ohne dies explizit zu benennen – mit Piagets (1969) Prinzipien der Assimilation und Akkommodation: Äußere Veränderungen beeinflussen und verändern die innere Einstellung. Andererseits werden aufgrund der bestehenden Überzeugungen gegenüber dem Leben auch bevorzugt vertraute Erfahrungswelten aufgesucht, sodass diese in der Regel die bereits vorhandenen Überzeugungen bestätigen.

Die Komponente *Verstehbarkeit* wird durch Erfahrungen von Konsistenz geformt. Da Reize und Erfahrungen nicht völlig willkürlich, widersprüchlich und unvorhersehbar auftreten, können sie eingeordnet, zugeordnet und strukturiert werden. *Handhabbarkeit* entsteht durch das Erleben von ausgewogener Belastung, d.h. die Person ist weder Über- noch Unterforderungen ausgesetzt. *Sinnhaftigkeit* wird durch die Erfahrung gefördert, auf die Gestaltung von Situationen Einfluss zu haben.

Ob sich ein starkes oder ein schwaches Kohärenzgefühl herausbildet, hängt für Antonovsky vor allem von den gesellschaftlichen Gegebenheiten ab, d.h. von der Verfügbarkeit generalisierter Widerstandsressourcen (siehe Abschnitt 2.3.4) (Antonovsky, 1993a). Sind generalisierte Widerstandsressourcen vorhanden, die wiederholt konsistente Erfahrungen ermöglichen und die Einflussmöglichkeiten sowie eine Balance von Über- und Unterforderung beinhalten, dann entsteht mit der Zeit ein starkes Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1989). Erfahrungen, die überwiegend durch Unvorhersehbarkeit, Unkontrollierbarkeit und Unsicherheit geprägt sind, führen zu einem schwachen Kohärenzgefühl. Das heißt jedoch nicht, dass ein Mensch nie Unsicherheit und Unvorhergesehenes erfahren darf, um einen hohen SOC zu erwerben. Für die Entwicklung eines starken Kohärenzgefühls ist ein ausgewogenes Verhältnis von Konsistenz und Überraschung, von lohnenden und frustrierenden Ereignissen erforderlich.

Eine grundlegende Veränderung des SOC im Erwachsenenalter hält Antonovsky nur begrenzt für möglich. Allenfalls eine radikale Veränderung der sozialen und kulturellen Einflüsse oder der strukturellen Lebensbedingungen, wie z.B. Emigration, Wohnortwechsel, Veränderung des Familienstandes oder der Beschäftigungsverhältnisse, die die bisherigen Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten massiv verändern oder viele unerwartete Erfahrungen mit sich bringen, können zu einer deutlichen Veränderung des Kohärenzgefühls führen. Auch eine Veränderung durch Psychotherapie sei möglich, allerdings erfordere dies harte und kontinuierliche Arbeit (Antonovsky, 1979). Es ist „*utopisch (...) zu erwarten, daß eine Begegnung oder auch eine Reihe von Begegnungen zwischen Klient und Kliniker (Therapeut, Anm. durch die Autoren) das SOC signifikant verändern kann*“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 118).

2.3.2 DAS GESUNDHEITS-KRANKHEITS-KONTINUUM

Wie bereits erwähnt, kritisiert Antonovsky die übliche (dichotome) Trennung in gesund oder krank (vgl. Abschnitt 2.2), mit der die wissenschaftliche Medizin und das medizinische Versorgungssystem arbeiten; insbesondere auch die Krankenversicherung muss sich an diesen Kategorien orientieren. Antonovsky setzt dieser Trennung die Vorstellung eines Kontinuums mit den Polen Gesundheit/körperliches Wohlbefinden und Krankheit/körperliches Missempfinden (*health ease/dis-ease continuum*²) gegenüber.

Die beiden Pole völlige Gesundheit oder völlige Krankheit sind für lebende Organismen nicht zu erreichen. Jeder Mensch, auch wenn er sich überwiegend als gesund erlebt, hat auch kranke Anteile, und solange Menschen am Leben sind, müssen Teile von ihnen auch noch gesund sein: „*Wir sind alle terminale Fälle. Aber solange wir einen Atemzug Leben in uns haben, sind wir alle bis zu einem gewissen Grad gesund.*“ (Antonovsky, 1989, S. 53) Die Frage ist dann nicht mehr, ob jemand gesund oder krank ist, sondern wie weit entfernt bzw. nahe er den Endpunkten Gesundheit und Krankheit jeweils ist.

Zudem geht Antonovsky davon aus, dass es noch eine ganze Reihe weiterer Befindensdimensionen gibt, die ebenfalls als Kontinuen zu denken sind und mit der Dimension gesund-krank korrelieren. Für seine Leitfragestellung ist es wichtig, zwischen körperlichem Befinden und diesen anderen Dimensionen von Wohlbefinden/Unbehagen zu unterscheiden. Im Rahmen seines Modells stellt er den Aspekt der körperlichen Gesundheit in den Mittelpunkt (Antonovsky, 1979).

2.3.3 STRESSOREN UND SPANNUNGSZUSTAND

Ein Problem der Stressforschung ist die Definition von Stressoren: Stressoren sind alle Reize oder Stimuli, die Stress erzeugen. Ob ein Reiz ein Stressor ist, lässt sich also immer erst an dessen Wirkung erkennen und nicht vorhersagen.

Antonovsky versucht dieses Problem zu lösen, indem er ein neues Element in das Modell einführt. Er postuliert, dass Stressoren zunächst einmal nur einen physiologischen Spannungszustand (psychophysische Aktivierung) herbeiführen, der darauf zurückzuführen ist, dass Individuen nicht wissen, wie sie in einer Situation reagieren sollen. Antonovsky definiert Stressoren als „*eine von innen oder außen kommende Anforderung an den*

² Die genaue Wortbedeutung lässt sich nicht übersetzen: *ease* bedeutet Wohlbefinden, *disease* bedeutet Krankheit; wörtlich könnte man es als Unbehagen, Unwohlsein (*dis-ease*) übersetzen.

Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes eine nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung erfordert“ (Antonovsky, 1979, S. 72).

Für Antonovsky ist die zentrale Aufgabe des Organismus die Bewältigung der Spannungszustände. An dieser Stelle haben Konzepte der Bewältigungsforschung eine zentrale Bedeutung. Gelingt die Spannungsbewältigung, so hat dies eine gesunderhaltende bzw. gesundheitsförderliche Wirkung. Misslingt die Spannungsbewältigung, dann entsteht „Stress“ (Belastung, Belastungsfolgen) oder eine die Person subjektiv und/oder objektiv belastende Situation.

Da Spannungsbewältigung nicht immer gelingen kann, sind Stressreaktionen und belastende Situationen ein allgegenwärtiges Phänomen. Dabei muss aber auch die entstandene Stressreaktion nicht zwangsläufig negative gesundheitliche Folgen haben. Die Belastung kann auch neutrale oder sogar gesundheitsfördernde Wirkung haben. Erst zusammen mit vorhandenen Krankheitserregern, Schadstoffen und körperlichen Schwachstellen führt die Stressreaktion zur Schwächung der körperlichen Gesundheit.

Antonovsky unterscheidet zwischen physikalischen, biochemischen und psychosozialen Stressoren. Die Wirkung physikalischer und biochemischer Stressoren, z.B. die Einwirkung durch Waffengewalt, Hungersnot, Gifte oder Krankheitserreger, kann so stark sein, dass sie sich direkt auf den Gesundheitszustand auswirkt. Hier ist die pathogenetische Sichtweise, die Suche nach Möglichkeiten zur Beseitigung der Stressoren, angemessen. Da aber in den Industrienationen die Gefährdung durch physikalische und biochemische Stressoren abgenommen hat, rückt die Bedeutung der psychosozialen Stressoren in den Vordergrund. Hier setzt Antonovsky mit seinem Konstrukt des Kohärenzgefühls an.

Der SOC wirkt einerseits, indem er der Person mit einem starken SOC erlaubt, manche Reize als neutral zu bewerten, die eine andere Person mit schwächerem SOC als spannungserzeugend erfahren würde (sog. *primäre Bewertung I*³). Wenn aber eine Person mit hohem SOC einen Reiz als Stressor bewertet, dann kann sie unterscheiden, ob der Stressor bedrohlich, günstig oder irrelevant ist (sog. *primäre Bewertung II*). Die Bewertung als günstig oder irrelevant bedeutet, dass Anspannung wahrgenommen wird; gleichzeitig nimmt die Person aber an, dass die Anspannung auch ohne das Aktivieren von Ressourcen wieder aufhört. Der Stressor, der Anspannung auslöst, wird zum Nichtstressor umdefiniert.

Auch wenn der spannungserzeugende Stressor als potenziell bedrohlich definiert wird, wird eine Person mit hohem SOC sich nicht wirklich bedroht fühlen. Ihr grundlegendes Vertrauen, dass sich die Situation schon bewältigen lassen wird, schützt sie. Zudem geht Antonovsky davon aus, dass Menschen mit einem hohen SOC auf bedrohliche Situationen eher mit situationsangemessenen und zielgerichteten Gefühlen reagieren, die sich durch

³ Antonovsky bezieht sich hier auf die „primäre Bewertung“ als Element des transaktionalen Stressmodells (vgl. S. 60).

Handlungen beeinflussen lassen (z.B. Ärger über einen bestimmten Sachverhalt). Personen mit schwachem SOC reagieren dagegen eher mit diffusen, schwer zu regulierenden Emotionen (z.B. „blinde“ Wut). Sie werden handlungsunfähig, da ihnen das Vertrauen in die Bewältigbarkeit des Problems fehlt (sog. *primäre Bewertung III*).

2.3.4 GENERALISIERTE WIDERSTANDSRESSOURCEN

Antonovsky forschte lange Zeit nach verschiedenen Faktoren, die eine erfolgreiche Spannungsbewältigung erleichtern und dadurch einen Einfluss auf den Erhalt oder die Verbesserung von Gesundheit haben. Er sammelte ein breites Spektrum an Faktoren und Variablen, die in epidemiologischen Studien mit dem Gesundheitszustand korrelierten. Diese Variablen beziehen sich sowohl auf individuelle (z.B. körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien) als auch auf soziale und kulturelle Faktoren (z.B. soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten, kulturelle Stabilität). Diese Variablen bezeichnet Antonovsky als „generalisierte Widerstandsressourcen“. Generalisiert bedeutet, dass sie in Situationen aller Art wirksam werden; Widerstand meint hier, dass die Ressourcen die Widerstandsfähigkeit der Person erhöhen. *„Das gemeinsame an allen generalisierten Widerstandsressourcen sei, so schlug ich vor, den unzähligen uns ständig treffenden Stressoren eine Bedeutung zu erteilen.“* (Antonovsky, 1989, S. 52)

Widerstandsressourcen haben zwei Funktionen: Sie prägen kontinuierlich die Lebenserfahrungen und ermöglichen uns, bedeutsame und kohärente Lebenserfahrungen zu machen, die wiederum das Kohärenzgefühl formen. Sie wirken als Potenzial, das aktiviert werden kann, wenn es für die Bewältigung eines Spannungszustandes erforderlich ist.

In seinem zweiten Buch (1987) konzipiert Antonovsky Stressoren als generalisierte Widerstandsdefizite. Damit wird es möglich, Widerstandsressourcen und Widerstandsdefizite ebenfalls als kontinuierliche Dimension zu sehen: Der positive Pol steht für die Möglichkeit, Lebenserfahrungen zu machen, die das Kohärenzgefühl stärken. Am negativen Pol stehen Erfahrungen, die es schwächen. So kann ein hohes Maß an finanziellen Mitteln oder an kultureller Stabilität als eine Ressource, der Mangel desselben als Widerstandsdefizit oder als Stressor betrachtet werden. Stressoren oder Widerstandsdefizite bringen Entropie⁴, Widerstandsressourcen dagegen bringen negative Entropie⁵ in das System Mensch. Das Kohärenzgefühl ist die Instanz, die *„dieses Schlachtfeld von Kräften dirigiert und Ordnung oder Unordnung fördert“* (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 150).

⁴ Entropie: Tendenz, sich auf einen Zustand immer größerer Unordnung hinzubewegen. Vgl. auch Begriffserläuterung auf S. 25

⁵ Negative Entropie: Fähigkeit eines Systems zur Ordnung. Vgl. auch Begriffserläuterung auf S. 25

2.3.5 DAS SALUTOGENETISCHE MODELL IM ÜBERBLICK



Das Modell der Salutogenese wird von Noack (1997) in seinen Grundzügen dem pathogenetischen Modell gegenübergestellt (siehe Tab. 1).

Grundlegende Annahmen des pathogenetischen und salutogenetischen Modells		
Annahme in Bezug auf	Pathogenetisches Modell	Salutogenetisches Modell
Selbstregulierung des Systems	Homöostase	Überwindung der Heterostase*
Gesundheits- und Krankheitsbegriff	Dichotomie	Kontinuum
Reichweite des Krankheitsbegriffs	Pathologie der Krankheit, reduktionistisch	Geschichte des Kranken und seines Krank-Seins, ganzheitlich
Gesundheits- und Krankheitsursachen	Risikofaktoren, negative Stressoren	„Heilsame“ Ressourcen, Kohärenzsinn
Wirkung von Stressoren	Potenziell krankheitsfördernd	Krankheits- und gesundheitsfördernd
Intervention	Einsatz wirksamer Heilmittel („Magic bullets“, „Wunderwaffen“)	Aktive Anpassung, Risikoreduktion und Ressourcenentwicklung
* Heterostase: Ungleichgewicht, fehlende Stabilität, Gegenteil von Homöostase		

(aus: Noack, 1997, S. 95)

Tab. 1

Nachdem die wichtigsten Elemente des Modells zur Entstehung von Gesundheit erläutert wurden, soll im Folgenden dargestellt werden, wie diese Konstrukte zusammenhängen und wie Antonovsky im Rahmen dieses Modells die Verbesserung des Gesundheitszustandes erklärt. Abbildung 1 auf Seite 36 ist eine vereinfachte Wiedergabe der wichtigsten Zusammenhänge.

Der zentrale Faktor für die Erklärung gesunderhaltender bzw. gesundheitsfördernder Prozesse ist das Konzept des Kohärenzgefühls. Dieses wird definiert als eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein alles durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, dass erstens die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, zweitens die notwendigen Ressourcen verfügbar sind, um den Anforderungen gerecht zu werden, und drittens schließlich, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen.

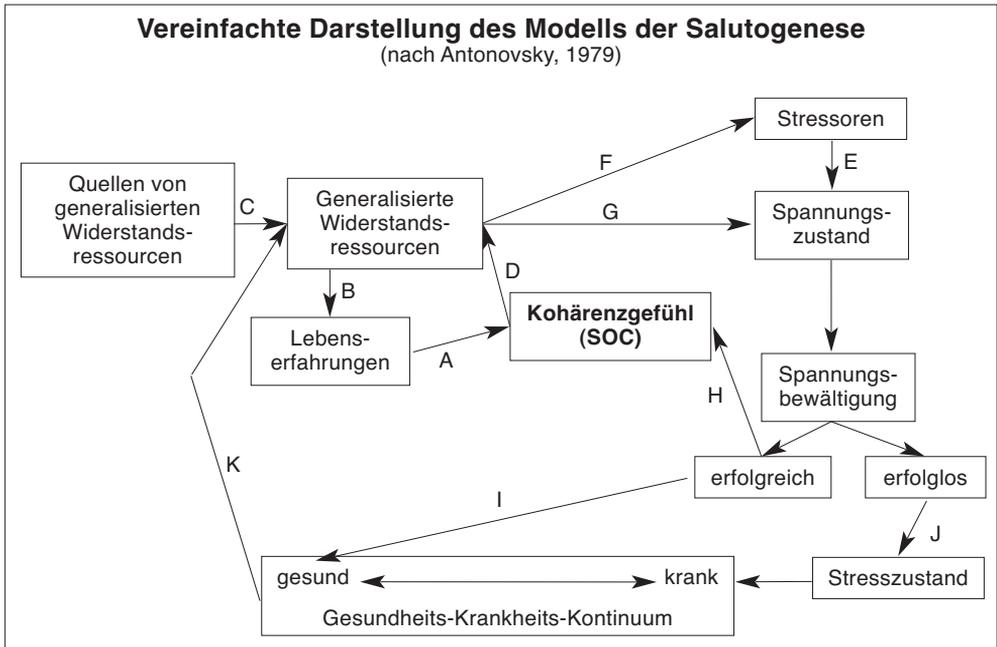


Abb. 1

Lebenserfahrungen formen das Kohärenzgefühl (Pfeil A). Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl setzt Lebenserfahrungen voraus, die möglichst konsistent sind, eine wirksame Einflussnahme der Person erlauben und weder über- noch unterfordern.

Solche Lebenserfahrungen werden durch das Vorhandensein von sogenannten generalisierten Widerstandsressourcen (wie z.B. körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung, finanzielles Vermögen oder kulturelle Faktoren) ermöglicht (Pfeil B). Die Entstehung bzw. das Vorhandensein von Widerstandsressourcen hängt vom jeweiligen soziokulturellen und historischen Kontext und den darin vorherrschenden Erziehungsmustern und sozialen Rollen ab. Einen Einfluss haben aber auch persönliche Einstellungen und schließlich auch zufällige Ereignisse (Pfeil C).

Inwieweit diese einmal entstandenen generalisierten Widerstandsressourcen mobilisiert werden können, hängt von der Stärke des Kohärenzgefühls ab (Pfeil D). Hier besteht also eine Rückbezüglichkeit, die schnell zu einem Teufelskreis werden kann: Sind zu wenig Widerstandsressourcen vorhanden, dann beeinflusst dies die Entstehung des Kohärenzgefühls negativ; ein niedriges Kohärenzgefühl wiederum verhindert die optimale Nutzung der vorhandenen Widerstandsressourcen.

Stressoren konfrontieren den Organismus mit nicht automatisch beantwortbaren Reizen und lösen daher Spannungszustände aus (Pfeil E). Die mobilisierten Widerstandsressourcen beeinflussen den Umgang mit den Stressoren (Pfeil F) und den Spannungszustand (Pfeil G). Auch hier besteht wieder ein Rückbezug: Das Gelingen der Spannungsreduktion hat eine stärkende Wirkung auf das Kohärenzgefühl (Pfeil H): „*Indem*

wir einen Stressor bewältigen, lernen wir, dass das Leben weder zerstörerisch noch sinnlos ist.“ (Antonovsky, 1979, S. 194; Übersetzung der Autoren)

Aufgrund der erfolgreichen Spannungsreduktion bleibt der Gesundheitszustand bzw. die Lokalisation auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhalten (Pfeil I). Eine günstige Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erleichtert dann wiederum den Erwerb neuer Widerstandsressourcen (Pfeil K). Erfolgreiches Spannungsmanagement führt hingegen zu einem Stresszustand (Pfeil J). Dieser Stresszustand steht in Wechselwirkung mit vorhandenen pathogenen Einflüssen und Vulnerabilitäten und wirkt sich damit negativ auf die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus.

EINFLUSS DES KOHÄRENZGEFÜHLS AUF DIE GESUNDHEIT

Nachdem das Modell der Salutogenese mit seinen Komponenten und dem zentralen Konstrukt des Kohärenzgefühls beschrieben wurde, soll abschließend noch auf die Frage eingegangen werden, über welche Prozesse das Kohärenzgefühl die körperliche Gesundheit beeinflussen kann. Grundsätzlich stimmt Antonovsky mit der Auffassung der Stressforschung überein, dass ein zu großes Maß an anhaltendem oder wiederholtem Erleben von Stress zusammen mit körperlichen Schwächen eine Gefährdung des Gesundheitszustandes mit sich bringt. In seiner Terminologie kommt es vor allem darauf an zu verhindern, dass Spannung sich in eine Belastung verwandelt.

Nach Antonovsky können unterschiedliche Wirkungsweisen des Kohärenzgefühls angenommen werden:

1. Der SOC kann verschiedene Systeme des Organismus (z.B. Zentralnervensystem, Immunsystem, Hormonsystem) direkt beeinflussen. Er wirkt bei den gedanklichen Prozessen (Kognitionen) mit, die darüber entscheiden, ob Situationen als gefährlich, ungefährlich oder als willkommen bewertet werden. Damit besteht ein direkter Zusammenhang zwischen dem SOC und der Auslösung komplexer Reaktionen auf verschiedenen Ebenen. D.h. die Ausprägung des SOC beeinflusst nicht nur die Bewältigung von Spannungszuständen (Puffer, siehe 2), sondern wirkt direkt als Filter bei der Verarbeitung von Informationen.
2. Der SOC mobilisiert vorhandene Ressourcen. Der erfolgreiche Einsatz dieser Ressourcen führt zur Spannungsreduktion und wirkt damit indirekt auf die physiologischen Systeme der Stressverarbeitung. Die kurzfristigen physiologischen Stressaktionen (Anspannung) sieht Antonovsky dabei nicht als gesundheitsschädigend, sofern sie durch eine anschließende Erholungsphase ausgeglichen werden. Eine Schädigung entsteht erst dann, wenn diese selbstregulativen Prozesse des Systems gestört sind.
3. Menschen mit einem ausgeprägten SOC sind eher in der Lage, sich gezielt für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu entscheiden (z.B. gesunde Ernährung,

rechtzeitig einen Arzt bzw. eine Ärztin aufsuchen, an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen) und gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen zu vermeiden. Damit hat der SOC über die Auswirkungen des Gesundheitsverhaltens indirekt Einfluss auf den Gesundheitszustand.

Seine Annahmen über die Wirkungszusammenhänge von Kohärenzgefühl und Gesundheit sieht Antonovsky auch durch die Ergebnisse des relativ jungen interdisziplinären Forschungsbereichs der Psychoneuroimmunologie bestärkt. Diese Forschungsrichtung beschäftigt sich mit der Untersuchung des komplexen Zusammenwirkens von Nervensystem, Hormonsystem und Immunsystem und dessen Auswirkungen auf das Organsystem des Menschen, d.h. auf die körperliche Gesundheit bzw. Krankheit. Im Kontext der Psychoneuroimmunologie sieht Antonovsky seine Annahme bestätigt, dass das kognitiv-motivationale Konstrukt des Kohärenzgefühls direkten Einfluss auf das Organsystem nehmen kann.

VERTIEFENDE UND WEITERFÜHRENDE LITERATUR

Antonovsky, A. (1979): Health, stress, and coping (Chapter 7: „The salutogenic model of health“, pp. 182–197). San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1991): Meine Odyssee als Stressforscher. In: Anonymous (Hrsg.): Jahrbuch für Kritische Medizin (S. 112–130). Hamburg: Argument Verlag.

Antonovsky, A. (1993a): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A./ Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept (S. 3–14). Tübingen: dgvt.

Faltermaier, T. (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln (Kapitel 2.4: „Gesundheit oder Krankheit? – Das Modell der Salutogenese als Orientierung für eine psychologische Gesundheitsforschung“, S. 43–54). Weinheim: Beltz.

Schulz, K.-H. (1994): Psychoneuroimmunologie. In: Gerber, W.-D./ Basler, H.-D./ Tewes, U. (Hrsg.): Medizinische Psychologie (S. 129–139). München: Urban & Schwarzenberg.

STAND DER FORSCHUNG

3

3

STAND DER FORSCHUNG

In diesem Kapitel wird erarbeitet, welchen Stellenwert das Konzept des Kohärenzgefühls innerhalb der Forschung hat. Zunächst wird der Stand der Forschung zum Kohärenzgefühl dargestellt und diskutiert. Im zweiten Abschnitt wird diskutiert, inwieweit sich das Kohärenzgefühl von anderen, gesundheitspsychologisch relevanten Konstrukten unterscheidet. Im letzten Abschnitt wird aufgezeigt, dass das Konzept des Kohärenzgefühls im Kontext verschiedener Forschungstraditionen zu sehen ist, die sich ebenfalls mit dem Schutz und Erhalt von Gesundheit beschäftigen.

3.1

KOHÄRENZGEFÜHL: STAND DER EMPIRISCHEN FUNDIERUNG

DIE SOC-SKALA

Bevor nachfolgend der Stand der Forschung zum zentralen Konstrukt – dem Kohärenzgefühl (SOC) – referiert wird, soll einleitend die Frage der Messung bzw. Erfassung angesprochen werden. Zur empirischen Überprüfung seiner Theorie hat Antonovsky einen Fragebogen entwickelt, den „*Orientation to Life Questionnaire*“ (Fragebogen zur Lebensorientierung, SOC-Skala; Antonovsky, 1983). Der Fragebogen basiert auf den Daten von 51 qualitativen Interviews, in denen die befragten Personen über ihr Leben berichteten; die Interviewpartner und -partnerinnen waren Menschen, die schwersten Belastungen ausgesetzt waren und dennoch bemerkenswert gut mit ihrem Leben zurechtgekommen zu sein schienen. Ausgewertet wurden Aussagen, die als Grundhaltung gegenüber dem Leben bzw. dem Erlebten identifiziert wurden. Mit Hilfe der Facettentechnik von Guttman (vgl. Shye, 1978; Borg, 1993) entstanden 29 Items mit jeweils siebenstufigen Einschätzskalen. Eine Kurzform mit 13 Items liegt ebenfalls vor.

Diese Skala zur Messung des Kohärenzgefühls erfasst die Konstrukte „*comprehensibility*“ (Verstehbarkeit) mit elf Items, „*manageability*“ (Handhabbarkeit) mit zehn Items und „*meaningfulness*“ (Sinnhaftigkeit) mit acht Items¹. Die Items sollen eine Grundhaltung im Sinne einer dispositionellen Orientierung erfassen. Faktorenanalytische Überprüfungen bestätigten die drei theoretisch formulierten Teilkonstrukte nicht eindeutig, am ehesten ist von einem Generalfaktor auszugehen (Antonovsky, 1993c; Frenz, Carey & Jorgensen, 1993). Daher ist es nicht sinnvoll, die drei Skalen einzeln auszuwerten und zu interpretieren. Die SOC-Skala ist mittlerweile in mehrere Sprachen übersetzt

¹ Der vollständige Fragebogen ist im Anhang, Abschnitt 6.5., zu finden.

worden. Auch eine deutschsprachige Version liegt vor, die jedoch bisher noch nicht standardisiert und normiert wurde (Noack, Bachmann & Oliveri, 1991).

Antonovsky geht davon aus, dass eine extrem hohe Punktzahl auf der Skala nicht zu erwarten bzw. als pathologisch einzustufen ist, da eine Person, die durchgängig alles für verstehbar und vorhersagbar hält, über zu wenig Realitätsanpassung verfügt. Die Skala soll transkulturell anwendbar sein und ist für die Lebenssituation von Erwachsenen konzipiert.

Bei der Entwicklung eines Messinstrumentes ist es üblich, es auf verschiedene Gütekriterien hin zu überprüfen. Sind diese erfüllt, so kann davon ausgegangen werden, dass das Instrument das, was es erfassen soll, sowohl genau als auch zuverlässig misst. Für die SOC-Skala kann davon ausgegangen werden, dass sie diese testtheoretischen Anforderungen erfüllt.²

Ob das Instrument das misst, was es zu messen behauptet, ist eine Frage der Konstruktvalidität. Hier gibt es verschiedene Wege, dies nachzuweisen. Für das Konzept des Kohärenzgefühls wurden vor allem Vergleiche mit ähnlichen Konstrukten durchgeführt. Hohe Korrelationen gelten als Bestätigung der Ähnlichkeit und damit der Validität des Konstrukts, wobei jedoch zu hohe Korrelationen seine Eigenständigkeit infrage stellen. Das Kohärenzgefühl weist wie erwartet hohe Korrelationen zu den verwandten Konzepten auf (vgl. Abschnitt 3.2.). Sehr hohe negative Korrelationen mit Angst und Depression lassen die Frage aufkommen, ob die SOC-Skala einfach die Kehrseite dieser beiden Konstrukte darstellen könnte. Allerdings wird das korrelative Vergleichen zum Nachweis der Konstruktvalidität selbst auch infrage gestellt (z.B. Siegrist, 1994). Konstruktvalidierungen mit nichtkorrelativen Methoden stehen bisher noch weitgehend aus.

EMPIRISCHE STUDIEN ZUM KOHÄRENZGEFÜHL

Die nachfolgenden Ausführungen zum Stand der Forschung basieren auf ca. 50 empirischen Studien zum SOC-Konstrukt, die seit 1992 publiziert wurden. Der Schwerpunkt liegt auf neueren Publikationen, da Antonovsky selbst die bis 1991 erschienenen Studien zum SOC zusammengetragen und deren Ergebnisse kritisch reflektiert hat (Antonovsky, 1993c). Die hier beschriebenen Publikationen wurden mithilfe von CD-ROM-Literaturdatenbanken und weiterer, uns zugänglicher Literatur zur Salutogenese recherchiert (siehe Einleitung und Abschnitt 6.1 im Anhang). Sie stammen sowohl aus dem deutschsprachigen als auch aus dem nicht deutschsprachigen europäischen und dem amerikanischen Sprachraum. Im Anhang (Abschnitt 6.4) sind die nachfolgenden Ergebnisse im Überblick dargestellt.

² Interne Konsistenz: Cronbach alpha .82 und höher; Test-Retest-Reliabilität bei Zeitintervallen von 7–30 Tagen: Produkt-Moment-Koeffizienten von $r = .92$ und höher (Antonovsky, 1993c; Rimann & Udris, 1998).

Einleitend kann festgehalten werden, dass fast 20 Jahre vergangen sind, seit Antonovsky sein Konzept des Kohärenzgefühls in seinem Buch „Health, stress, and coping“ (1979) vorgelegt hat. In dieser Zeit sind schätzungsweise nicht viel mehr als 200 Studien zu SOC veröffentlicht worden. Franke (1997) kommt zum Schluss, dass das Konzept „ungeheuer“ viel angestoßen habe, und das Spektrum der Bereiche, in denen salutogenetisch geforscht wird, „imponierend“ sei. Unsere Einschätzung ist weniger euphorisch. Ein Großteil dieser Studien wurde von wenigen Arbeitsgruppen in Israel und Schweden durchgeführt. Sehr wenige stammen dagegen aus den USA. Dieses Ergebnis ist erstaunlich, da der neologistische Begriff „Salutogenese“ in viele Bereiche der Gesundheitswissenschaften Einzug gehalten hat und zu einem neuen Modewort wurde. Es ist zu vermuten, dass zwar die dem Konstrukt zugrunde liegende Sichtweise von Gesundheit und Krankheit und der damit verbundene Perspektivenwechsel eine gewisse Bedeutung erlangt haben; der von Antonovsky intendierte Wert des Konstrukts, das Gesundheit erklären soll, wurde jedoch auch nach 20 Jahren nicht in größerem Umfang zur Kenntnis genommen, vor allem nicht von den wissenschaftlichen „Meinungsmachern“ aus den USA. Ebenso muss man feststellen, dass gesundheitspsychologische Studien, die den prognostischen Wert anderer Konstrukte untersuchen, trotz eines oft propagierten Perspektivenwechsels (teilweise wird sogar von einem Paradigmenwechsel gesprochen) weiterhin ein pathogenetisches und am Defizit- bzw. Risikomodell orientiertes Studiendesign bevorzugen. Unabhängig von der empirischen Evidenz des SOC lässt sich also festhalten, dass SOC trotz internationaler Publikationen in den letzten 20 Jahren von der Scientific Community nur teilweise einer Überprüfung für Wert befunden wurde und wenn, dann vor allem von Forschergruppen um Antonovsky selbst.

Gegenstand und Zielsetzungen der untersuchten Studien

Keine der uns vorliegenden Studien hat zum Ziel, Antonovskys salutogenetisches Modell der Gesundheit in seiner Gesamtheit zu überprüfen (vgl. Kapitel 2). Ein solcher Versuch würde auch an der hohen Komplexität des Modells scheitern. Bei den Studien handelt es sich hauptsächlich um Querschnittsuntersuchungen, die den Zusammenhang von SOC (gemessen mit der Kurz- und der Langform der SOC-Skala) mit zahlreichen Parametern psychischer und physischer Gesundheit und Persönlichkeitseigenschaften messen. Diese sogenannten Korrelationen erlauben keine Aussagen über die Ursachenzusammenhänge, sondern beschreiben einen Zusammenhang zwischen zwei Faktoren, ohne entscheiden zu können, wie dieser Zusammenhang zu erklären ist (z.B. ein Faktor bedingt den anderen, beide Faktoren werden von einem dritten Faktor bestimmt). Wenn sich also bedeutsame Korrelationen zwischen einem hohen SOC und einer Gesundheitsvariablen finden, kann man damit nicht nachweisen, dass SOC eine Ursache von Gesundheit ist.

Der nachfolgende Überblick zeigt, welche Zusammenhänge häufiger untersucht wurden:

Gesundheit:

- Allgemeiner Gesundheitszustand
- Körperliche Gesundheit/Beschwerden/Symptome/Funktionseinbußen

- Psychische Gesundheit/Beschwerden/Symptome/Ängstlichkeit/Depressivität
- Lebenszufriedenheit/Wohlbefinden

Stresswahrnehmung und Krankheitsverarbeitung:

- Stresswahrnehmung
- Coping

Soziales Umfeld:

- Soziale Unterstützung
- Soziale Aktivitäten
- Familiäre und eheliche Zufriedenheit/Kommunikation

Gesundheitsverhalten:

- Inanspruchnahme von Angeboten
- Alkoholkonsum
- Sport und Freizeit

Personenmerkmale:

- Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit
- Sozioökonomischer Status (Einkommen, Schichtzugehörigkeit, Bildungsstand)

Weitere, jeweils in einer Studie untersuchte Variablen:

Selbstwertgefühl, Neugier, Emotionalität, Aktivität/Flexibilität und Stabilität als Persönlichkeitseigenschaften, Suizidalität, gelernte Hilflosigkeit, Abwehrmechanismen, Typ-A-Verhalten, physiologische Daten, soziale Erwünschtheit, Intelligenz, Einstellung gegenüber der Pensionierung, Gesundheitsüberzeugungen, Risikoeinschätzungen.

SOC UND GESUNDHEIT

Nach Antonovsky gibt es eine direkte Verbindung zwischen SOC und Gesundheit, d.h. er geht von einem biologischen Substrat des SOC oder von direkten physiologischen Konsequenzen aus. Die Abfolge *SOC – Gesundheitsverhalten – Gesundheit* hat für ihn keinen zentralen Stellenwert, obwohl er auch eine indirekte Beeinflussung von Gesundheit unterstellt (siehe S. 37). So ist es also modellkonform, wenn Hypothesen über den direkten Zusammenhang zwischen dem zentralen Konstrukt des Modells – dem SOC – und Parametern von Gesundheit untersucht werden.

Erstaunlicherweise reduziert Antonovsky in seinem Modell Gesundheit auf den körperlichen oder (scheinbar) objektiven Aspekt. Er definiert also in erster Linie eine direkte Beziehung zwischen körperlicher Gesundheit und SOC und äußert sich sehr zurückhaltend über mögliche Beziehungen zwischen SOC und Aspekten psychischer Gesundheit wie Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit: „*Sollten andere Forscher von Daten berichten,*

die Zusammenhänge des SOC mit anderen Aspekten des Wohlbefindens nachweisen, wäre ich natürlich geschmeichelt, aber ich werde von eher mäßigen Ergebnissen nicht enttäuscht sein.“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 163) Die nachfolgend ausgeführten Ergebnisse weisen darauf hin, dass Zusammenhänge zwischen SOC und verschiedenen Aspekten psychischer Gesundheit deutlicher sind als solche zwischen SOC und körperlicher Gesundheit. Teilweise wird sogar entgegen den formulierten Untersuchungshypothesen kein direkter Einfluss von SOC auf die körperliche Gesundheit gefunden.

SOC und psychische Gesundheit

Die uns vorliegenden Studien erbrachten mehr oder weniger hohe, aber nichtsdestotrotz fast ausschließlich signifikante Korrelationen zwischen SOC und Maßen der psychischen Gesundheit. Die Zusammenhänge wurden u.a. durch Untersuchungen an repräsentativen Bevölkerungsstichproben bestätigt.

So konnte beispielsweise Lundberg (1997) an einer schwedischen Bevölkerungsstichprobe (N=4390) nachweisen, dass das Risiko psychischer Beschwerden bei Personen mit hohem SOC 3,5-fach geringer ist als bei Personen mit niedrigem SOC. Dieser Zusammenhang ist unabhängig von den Einflussvariablen Alter und Geschlecht.

Ähnliche Ergebnisse finden sich in einer weiteren schwedischen repräsentativen Bevölkerungsstichprobe mit N=2003 Probanden und Probandinnen. Larsson und Kallenberg (1996) finden signifikante Korrelationen zwischen SOC und Maßen psychischer Gesundheit wie Verstimmtheit, Ruhelosigkeit, Müdigkeit, Konzentrationsprobleme u.a. (zwischen $r=.18$ und $r=.53$).

Der Zusammenhang zwischen SOC und psychischen Symptomen bestätigt sich auch in anderen Studien³. Signifikante Korrelationen finden sich zwischen positiven Aspekten psychischer Gesundheit wie Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit und dem Kohärenzgefühl (Anson et al., 1993a; 1993b; Chamberlain et al., 1992; Larsson & Kallenberg, 1996).

Auffallend sind die hohen Zusammenhänge zwischen SOC und Ängstlichkeit sowie SOC und Depressivität. Verschiedene Studien⁴ weisen Korrelationskoeffizienten bis zu $r=-.85$ nach. Hier stellt sich die berechtigte Frage, ob Kohärenzgefühl als eine neue Dimension psychischer Gesundheit bezeichnet werden kann, oder ob nicht die bekannten Konstrukte und altbewährten Instrumente beibehalten werden können. Diese Frage lässt sich aufgrund des bisherigen Forschungsstandes jedoch noch nicht abschließend beantworten.

SOC und körperliche Gesundheit

Wie bereits erwähnt, ist – entgegen der Annahme Antonovskys – der Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und körperlicher Gesundheit nicht so eindeutig.

³ Siehe hierzu: Anson, Paran, Neumann & Chernichovsky, 1993a, 1993b; Callahan & Pincus, 1995; Chamberlain, Petrie & Azariah, 1992; Dangoor & Florian, 1994; Gebert, Broda & Lauterbach, 1997; Korotkov, 1993; Sack, Künsebeck & Lamprecht, 1997; Sammallahti, Holi, Komulainen & Aalberg, 1996.

⁴ Siehe hierzu: Bowman, 1996, 1997; Coe, Miller & Flaherty, 1992; Collins, Hanson, Mulhern & Padberg, 1992; Flannery, Perry, Penk & Flannery, 1994; Frenz et al., 1993; Kravetz, Drory & Florian, 1993; Langius, Björvell & Antonovsky, 1992; McSherry & Holm, 1994; Petrie & Brook, 1992; Rena, Moshe & Abraham, 1996; Sack et al., 1997; Schmidt-Rathjens, Benz, Van Damme, Feldt & Amelang, 1997.

Hood, Beaudet und Catlin (1996) untersuchten an einer repräsentativen kanadischen Bevölkerungsstichprobe (N=16291; Männer und Frauen) den Einfluss von SOC auf drei verschiedene Maße der Gesundheit. Neben einer subjektiven Einschätzung der generellen Gesundheit wurde eine Skala zur Messung funktionaler Aspekte der Gesundheit vorgelegt, die neben körperlichen Funktionen wie Hör- und Sehvermögen, Mobilität, Schmerzen, Konzentrationsvermögen usw. auch nach dem emotionalen Befinden fragt. Eine dritte Skala hat die Anzahl chronischer körperlicher Krankheiten wie Krebs, Bluthochdruck, Migräne usw. zum Inhalt. Es finden sich schwache Korrelationen zwischen SOC und allen drei Maßen der Gesundheit (zwischen $r=-.10$ und $r=.31$). Die Koeffizienten sind signifikant, was bei der Größe der Stichprobe zu erwarten ist. SOC kann 10 % der Varianz des funktionalen Gesundheitszustandes aufklären, jedoch nur 4 % der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit. Die Bedeutung von SOC zur Vorhersage chronischer Erkrankung ist mit 1 % Varianzaufklärung verschwindend gering.

Keinen Zusammenhang zwischen der ärztlichen Einschätzung der Gesundheit und dem Kohärenzgefühl finden Bös und Woll (1994) in einer Untersuchung an N=500 Männern und Frauen.

Dangoor und Florian (1994) kommen ebenfalls zum Schluss, dass die medizinische Diagnose und Funktionseinschränkungen keinen Beitrag zur Vorhersage von Kohärenzgefühl leisten.

Langius und Björvell (1993) setzten bei einer schwedischen Zufallsstichprobe von N=145 Männern und Frauen das Sickness Impact Profile (SIP) ein. Sie finden eine signifikante Korrelation zu SOC von $r=-.29$. Eine genauere Analyse zeigt jedoch, dass diese nur auf die Unterskalen „psychosoziale Beschwerden“ zurückzuführen und ansonsten kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zu körperlichen Beschwerden zu finden ist.

Kein Zusammenhang findet sich auch zwischen Schmerzen und SOC bei einer Stichprobe von N=57 Patienten und Patientinnen vor einem operativen Eingriff. In einer zweiten Erhebung nach der Operation zeigt sich jedoch, dass Patienten und Patientinnen mit höherem SOC sechs Wochen nach der Operation über signifikant weniger Schmerzen berichten (Chamberlain et al., 1992).

Becker, Bös und Woll (1994) finden zwar statistisch bedeutsame Korrelationen zwischen SOC und Maßen der körperlichen Gesundheit, jedoch zeigt sich – entgegen Antonovskys Hypothesen – in einem pfadanalytischen Modell kein direkter Zusammenhang zwischen SOC und körperlicher Gesundheit.

Dieser Befund wird auch von einer weiteren Studie mit pfadanalytischem Design von Williams (1990) bestätigt. Hier wird deutlich, dass die Aussagekraft von Korrelationsstudien nicht ausreicht, um komplexere Zusammenhänge und Fragestellungen zu untersuchen.

Einige Studien finden korrelative Zusammenhänge zwischen SOC und Maßen körperlicher Gesundheit, die jedoch insgesamt nicht sehr beeindruckend sind.

Callahan und Pincus (1995) untersuchten N=828 vorwiegend weiße und verheiratete Rheumapatientinnen. Sie finden signifikante Korrelationen zwischen SOC (gemessen mit der Kurz- und der Langform) und Aktivitäten im Alltag (*Activity of Daily Living*), Schmerzen sowie allgemeinem Gesundheitszustand. Hier wie in anderen Studien ist die-

ser Befund jedoch nicht sehr aussagekräftig, da die Korrelationskoeffizienten zwischen SOC und Maßen der körperlichen Gesundheit relativ gering sind. Sie liegen zwischen $r = -.10$ und $r = -.37$ (Anson et al., 1993a; 1993b; Hood et al., 1996; Larsson & Kallenberg, 1996).

Bei zwei Patientenstichproben werden als Maß körperlicher Gesundheit Skalen eingesetzt, die psychosomatische Symptome wie Appetitmangel, Schlafstörungen, Kopfschmerzen usw. erfragen. Hier wurden statistisch bedeutsame Korrelationen um $r = -.50$ gefunden (Gebert et al., 1997; Rena et al., 1996).

Lundberg (1997) kommt in der oben bereits erwähnten schwedischen Studie zu dem Schluss, dass der Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und körperlicher Krankheit über die Klagsamkeit zu verstehen ist: Menschen mit niedrigeren SOC-Werten könnten klagsamer sein als solche mit höheren SOC-Werten.

SOC und subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes

In einigen Studien wird eine subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes erhoben und mit dem Kohärenzgefühl in Beziehung gesetzt. Unklar bleibt, welche subjektiven Gesundheitsdefinitionen die Probanden und Probandinnen bei der Bewertung ihrer Gesundheit zugrunde legen, und ob sich die Ergebnisse inhaltlich einem körperlichen, psychischen oder ganzheitlichen Gesundheitsverständnis zuordnen lassen. Aufgrund der relativ niedrigen Korrelationskoeffizienten zwischen $r = .21$ und $r = .37$ ist zu vermuten, dass die Probanden und Probandinnen hier eher ihre körperliche Gesundheit einschätzen als Wohlbefinden oder psychische Gesundheit.⁵

Zusammenfassung

Zusammengefasst zeigt der bisherige Stand der Forschung, dass Kohärenzgefühl und psychische Gesundheit eng zusammenhängen. Die Korrelationen zwischen SOC und Ängstlichkeit bzw. Depressivität sind sogar so hoch, dass sich die Frage stellt, ob die SOC-Skala anderes oder mehr misst als die gängigen Instrumente zur Erfassung der genannten Dimensionen psychischer Gesundheit bzw. Krankheit. Weniger eindeutig erweist sich der Zusammenhang zwischen SOC und Maßen der körperlichen Gesundheit bzw. mit dem subjektiven allgemeinen Gesundheitszustand. Infrage gestellt werden muss der von Antonovsky formulierte direkte Einfluss von SOC auf die körperliche Gesundheit. Allerdings sind zur Klärung dieser Frage weitere Studien mit angemessenem Forschungsdesign notwendig.

SOC, STRESSBEWÄLTIGUNG UND KRANKHEITSVERARBEITUNG

In einigen Studien wird der Frage nachgegangen, ob das Ausmaß an Kohärenzgefühl die Wahrnehmung und Beurteilung eines Reizes als Stressor beeinflusst. In der Stressforschung wird zwischen drei verschiedenen Stressreizen – chronischem Stress, alltäglichen

⁵ Siehe hierzu: Anson et al., 1993a, 1993b; Becker, Bös, Opper, Woll & Wustmann, 1996; Bös & Woll, 1994; Callahan & Pincus, 1995; Chamberlain et al., 1992; Hood et al., 1996; Langius et al., 1992; Larsson & Kallenberg, 1996.

Widrigkeiten und kritischen Lebensereignissen – unterschieden. Antonovsky sieht in chronischen Stressoren, die die Lebenssituation einer Person charakterisieren, die primären Determinanten des SOC-Niveaus. Er geht davon aus, dass sie sich negativ auf das Kohärenzgefühl auswirken. Im Gegensatz zu Lazarus und Folkman (1984) bezweifelt Antonovsky jedoch, dass alltäglichen Widrigkeiten ein ähnlicher Einfluss auf den SOC zugebilligt werden kann (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997). Eine abschließende Bewertung der Richtigkeit dieser theoretischen Annahmen ist aufgrund der Befundlage nicht möglich: Zum einen lassen Korrelationsstudien, wie bereits erwähnt, keine Überprüfung von Kausalitäten zu; zum anderen finden sich zwar relativ niedrige, aber nichtsdestotrotz signifikante Korrelationen zwischen Kohärenzgefühl und alltäglichen Widrigkeiten in Studien von Bishop (1993), Flannery et al. (1994) und Korotkov (1993).

Es finden sich Belege für einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an wahrgenommenem Stress und Kohärenzgefühl. McSherry und Holm (1994) konnten an einer Stichprobe von N=60 Studierenden zeigen, dass sich Probanden und Probandinnen mit hohen und mittleren SOC-Werten signifikant weniger „gestresst“ erleben als solche mit niedrigen SOC-Werten. Interessant ist, dass die Ergebnisse sogar auf physiologischer Ebene Bestätigung finden. Hohe SOC-Werte bringen eine Senkung der physiologischen Parameter gegen Ende der Konfrontation mit dem Stressreiz mit sich, d.h. obwohl alle drei Gruppen auf den Stressreiz reagieren, beginnen und beenden die Personen mit niedrigen SOC-Werten die Stresssituation mit höheren Stresswerten. Weitere Studien belegen ebenfalls, dass Kohärenzgefühl und die Bewertung einer Situation als stressreich miteinander einhergehen.

Zum Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Bewältigungsstrategien meint Antonovsky selbst: *„Wenn wir das SOC-Niveau einer Person kennen, können wir nicht vorhersagen, ob sie in einer gegebenen stresshaften Situation kämpfen, erstarren oder fliehen wird, ob sie sich ruhig verhalten oder ihre Meinung äußern, dominieren oder sich in den Hintergrund verziehen wird oder welche andere Kategorien beobachtbaren Verhaltens wir auch immer konstruieren möchten.“* (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 166) Er geht jedoch davon aus, dass Personen mit hohem SOC-Wert – im Gegensatz zu solchen mit niedrigen Werten – Probleme verstehbarer und handhabbarer sowie eher als Herausforderung denn als Bürde wahrnehmen. Die Ergebnisse der oben genannten Studie von McSherry und Holm bestätigen diese letztere Annahme, d.h. Personen mit niedrigen SOC-Werten nahmen weniger Bewältigungsressourcen, weniger soziale, materielle und psychologische Ressourcen wahr; sie hatten weniger Zutrauen zu sich, die Situation meistern zu können, als diejenigen der untersuchten Studierenden mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl.

Nach den bisherigen Untersuchungen scheint SOC die Anpassung an schwierige Lebenssituationen, wie z.B. Behinderung oder die Pflege eines erkrankten Angehörigen, zu erleichtern (Dangoor & Florian, 1994; Rena et al., 1996).

Baro, Haepers, Wagenfeld und Gallagher (1996) untersuchten N=126 pflegende Angehörige, meist Ehefrauen, von dementen und chronisch körperlich kranken Menschen. Ein niedriger SOC-Wert geht eher einher mit einer wahrgenommenen Überforderung durch die Pflegeaufgaben und mit ungünstigem Bewältigungsverhalten wie sozialem Rückzug und Medikamenteneinnahme. Menschen mit ausgeprägtem Kohärenzgefühl scheinen dagegen eher über die Copingfähigkeit zu verfügen, ihrer Aufgabe Sinn zuzuschreiben. Antonovsky ist der Ansicht, dass die Suche nach einer Copingstrategie, „*die für den erfolgreichen Umgang mit Stressoren universell effektiv ist*“, nutzlos ist (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 135). Er glaubt jedoch, dass Menschen mit hohem SOC über die notwendige Flexibilität verfügen, um – je nach Situation – die geeigneten Copingstrategien auszuwählen, die nicht immer die aktiven, lösungsorientierten sein müssen. Gleichzeitig spricht er davon, dass eine Person mit starkem SOC zum Coping motiviert ist, ein Problem analysiert und von den zur Verfügung stehenden Ressourcen die geeigneten aktiviert. In den uns vorliegenden Studien bestätigt sich diese Aussage: Niedrige SOC-Werte korrelieren mit depressivem Bewältigungsverhalten (Becker et al., 1996), defensivem Abwehrmechanismus (Sammallahti et al., 1996), Hilflosigkeit (Callahan & Pincus, 1995), mit palliativen Bewältigungsversuchen (keine Heilung mehr möglich) und mit Resignation (Rimann & Udris, 1998). Hohe SOC-Werte scheinen dagegen positiv mit Situationskontrollversuchen (Rimann & Udris, 1998) und aktiven Bewältigungsstrategien zusammenzuhängen (Gallagher, Wagenfeld, Baro & Haepers, 1994; Margalit, Raviv & Ankonina, 1992; McSherry & Holm, 1994).

SOC UND SOZIALES UMFELD

Ungünstige Lebensumstände können nach Antonovsky eine optimale Entwicklung des SOC behindern. Menschen in ungünstigen Lebenssituationen – und dazu gehört auch das Fehlen sozialer Unterstützung – haben nicht die gleiche Chance auf die Entwicklung von Kohärenzgefühl wie Menschen, die in einem aus entwicklungspsychologischer Sicht förderlichen sozialen Umfeld aufwachsen. Antonovsky schätzt die Bedeutung der sozialen Unterstützung jedoch nicht sehr hoch ein. Für ihn ist sie eine generalisierte Widerstandsressource unter vielen anderen. Einige wenige der uns vorliegenden Studien befassen sich mit dem Zusammenhang zwischen SOC und verschiedenen Maßen sozialer Unterstützung.

Larsson und Kallenberg (1996) finden in ihrer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe einen Zusammenhang zwischen SOC und Anzahl an Freunden bzw. Freundinnen – je höher der SOC-Wert einer Person, desto größer ist die Anzahl der Freunde bzw. Freundinnen.

Rena et al. (1996) finden in einer Stichprobe von N=80 gelähmten Patientinnen und Patienten und ihren Ehepartnern bzw. -partnerinnen, daß die Höhe des Kohärenzgefühls mit der ehelichen Zufriedenheit korreliert.

Becker et al. (1996) berichten von einem Korrelationskoeffizienten von $r = .46$ zwischen sozialer Unterstützung und SOC bei N=863 Frauen und Männern.

SOC UND GESUNDHEITSVERHALTEN

Für Antonovsky ist der Einfluss des SOC auf Gesundheitsverhaltensweisen bzw. das Vermeiden von gesundheitlichem Risikoverhalten wie Rauchen, Fehlernährung usw. keine zentrale Fragestellung:

„Ich behaupte nicht, daß Personen mit einem starken SOC eber solche Verhaltensweisen realisieren, die nach Datenlage gut für die Gesundheit sind – zwischen den Mahlzeiten nicht zu essen, nicht zu rauchen, regelmäßig körperliche Aktivität und so weiter. Diese Verhaltensweisen sind weitaus stärker durch soziostrukturelle und kulturelle Faktoren als durch die persönliche Weltsicht determiniert, und ich möchte die beiden nicht durcheinander bringen.“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 141)

Einschränkend betont er aber, dass Menschen mit hohem SOC-Wert in Stresssituationen weniger auf unangemessene Copingstrategien wie Suchtmittelkonsum oder Non-Compliance⁶ zurückgreifen müssen als Menschen mit niedrigem SOC-Wert, da ihnen verschiedene Alternativen offenstehen und ein dem Problem angemessenes Bewältigungsverhalten eher möglich ist. *„So geseben gibt es tatsächlich eine Grundlage dafür, eine kausale Abfolge von SOC, gesundheitlichen Verhaltensweisen und Gesundheit anzunehmen.“* (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 142) Gleichzeitig bewertet er die direkte Beeinflussung des Gesundheitszustandes über das neuroimmunologische und endokrine System als den zentralen Weg.

Die wenigen Studien, in denen der Frage nach einem Zusammenhang zwischen SOC und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen nachgegangen wird, geben keine eindeutigen Hinweise für einen solchen Zusammenhang.

Bös und Woll (1994) untersuchten N=500 Männer und Frauen u.a. auf ihre sportliche Aktivität hin. Sie finden, dass ältere Menschen mit hohem SOC mehr Sport treiben als solche mit niedrigen Werten. Für die jüngeren Personen ihrer Untersuchungsgruppe trifft dieser Befund jedoch nicht zu.

Franke, Elsesser, Algermissen und Sitzler (1997) kommen aufgrund einer Studie an insgesamt N=928 Frauen mit und ohne Suchtmittelmissbrauch zum Ergebnis, dass die SOC-Werte bei unauffälligen Frauen signifikant höher sind als bei den Frauen, die Suchtmittelprobleme haben.

Entgegen der formulierten Hypothese finden Frenz et al. (1993) keinen signifikanten Zusammenhang zwischen SOC und Alkoholkonsum.

Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen als Copingstrategie in Anbetracht einer belastenden häuslichen Situation zeigen in der bereits erwähnten Studie von Gallagher et al. (1994) diejenigen der untersuchten pflegenden Angehörigen, die niedrige SOC-Werte aufweisen.

⁶ Non-Compliance: Nichteinhaltung therapeutischer Maßnahmen und Vereinbarungen.

Becker et al. (1996) untersuchten in einer aufwendigen Studie den Einfluss zahlreicher Variablen – u. a. Kohärenzgefühl, gesunde Ernährung, intensives Sporttreiben und guter Schlaf – auf das habituelle körperliche Gesundheitsniveau von N=863 Männern und Frauen. SOC korreliert nicht mit intensivem Sporttreiben. Signifikante, jedoch in der Ausprägung sehr niedrige Korrelationskoeffizienten von $r=.17$, $r=.13$ und $r=.23$ finden sich für den Zusammenhang zwischen SOC und gesunder Ernährung bzw. SOC und Sporttreiben bei Belastung sowie SOC und gutem Schlafen.

Die Befundlage ist also insgesamt widersprüchlich; bisher kann nicht davon ausgegangen werden, dass Kohärenzgefühl ein guter Prädiktor gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen ist.

SOC UND PERSONENMERKMALE

Antonovsky geht davon aus, dass die Ausprägung des Kohärenzgefühls von soziokulturellen und soziodemografischen Einflüssen unabhängig ist. Er schränkt die Gültigkeit dieser Aussage aber insofern ein, als dass er das Kriterium der Partizipation an Entscheidungsprozessen als entscheidend für die Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung des Kohärenzgefühls betrachtet und gleichzeitig betont, dass sich die Entscheidungsprozesse auf Aktivitäten beziehen müssen, die sich sozialer Wertschätzung erfreuen (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997). Das würde aber wiederum einen Einfluss des Geschlechts, des Bildungsstandes usw. nahelegen. Eine abschließende Stellungnahme zu den genannten Aussagen ist bisher nicht möglich.

Kulturkreis

Zur Frage der transkulturellen Gültigkeit des SOC-Konstrukts liegen Studien aus verschiedenen Ländern vor, die keine großen Abweichungen der gemessenen SOC-Werte nachweisen. Auch für Bevölkerungsgruppen verschiedener ethnischer Zugehörigkeit finden sich ähnliche Werte.

So kann beispielsweise Bowman (1996) zeigen, dass die Ausprägung des Kohärenzgefühls bei einer Gruppe von Angloamerikanern – verglichen mit einer Gruppe von Native Americans – trotz massiver Unterschiede in den sozioökonomischen Bedingungen gleich ist. Auch Hood et al. (1996) finden keine Unterschiede zwischen europäischstämmigen Kanadiern und Einwanderern aus dem asiatischen Raum.

Insgesamt sind die kulturellen Unterschiede zwischen Ländern wie beispielsweise Schweden, USA und Deutschland jedoch nicht prägnant genug, um bereits von einer transkulturellen Gültigkeit des Konstrukts sprechen zu können.

Geschlecht

Heterogene Befunde liegen zur Frage der Unabhängigkeit des SOC-Wertes von Geschlecht, Alter, Bildung und sozioökonomischem Hintergrund vor.

Anson et al. (1993a; 1993b) finden entgegen Antonovskys Annahme Geschlechtsunterschiede bei N=238 Männern und Frauen mit geringem Bluthochdruck. Die Frauen der

Untersuchungsgruppe weisen einen geringeren SOC-Wert auf als die Männer. Die Autoren sehen in der weiblichen Sozialisation, die für Frauen häufig noch zu einer finanziell abhängigen Position führt, eine Barriere für die Entwicklung eines ausgeprägten Kohärenzgefühls.

Auch Larsson und Kallenberg (1996) bestätigen in der bereits erwähnten großen schwedischen Untersuchung die niedrigeren Werte im Kohärenzgefühl bei Frauen.

Geschlechtsunterschiede finden auch Margalit et al. (1992) bei Eltern von behinderten Kindern, Coe et al. (1992) bei pflegenden Angehörigen, George (1996) bei Sozialarbeitern und Schmidt-Rathjens et al. (1997) bei einer Stichprobe von N=5133 Männern und Frauen zwischen 40 und 65 Jahren. Keine Geschlechtsunterschiede finden dagegen Callahan und Pincus (1995), Pasikowski, Sek und Scigala (1994), Hood et al. (1996) und Rimann und Udris (1998).

Franke (1997) resümiert, dass Geschlechtsunterschiede vor allem bei klinischen Stichproben zu beobachten sind. Unsere Auswertung zeigt jedoch Geschlechtsunterschiede vor allem bei nichtklinischen Stichproben, sodass ein direkter Einfluss des Geschlechts auf die Ausbildung des SOC zumindest weiterhin in Betracht gezogen werden muss.

Alter

Antonovsky geht von der Stabilität des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter aus. Entgegen dieser Annahme finden sich in den uns vorliegenden Studien Hinweise, dass mit zunehmendem Alter auch die Stärke des Kohärenzgefühls zunimmt (Callahan & Pincus, 1995; Frenz et al., 1994, Larsson & Kallenberg, 1996; Rimann & Udris, 1998; Sack et al., 1997). Um fundierte Aussagen über die Stabilität des Konstrukts machen zu können, fehlen jedoch Studien mit Längsschnittdesign.

Bildungsstand/sozioökonomischer Status

Auch zur Frage des Zusammenhangs zwischen Kohärenzgefühl und Bildungsstand und sozioökonomischem Status lässt sich kein abschließendes Urteil fällen.

Keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Bildungsstand und der Gesamtskala des SOC findet sich in einer polnischen Studie an N=523 Frauen, die kurz vor der Entbindung stehen (Dudek & Makowska, 1993).

In einer kanadischen Bevölkerungsstichprobe von N=16.291 Personen können weder zwischen SOC und Einkommen noch zwischen SOC und Bildungsstand Zusammenhänge nachgewiesen werden.

Auch eine weitere repräsentative Studie bringt keinen Hinweis auf einen Einfluss des Bildungsstandes auf den SOC (Larsson & Kallenberg, 1996). Gleichzeitig findet sich aber in derselben Studie ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Beschäftigungsart, dem Einkommen und SOC. Selbstständige und Angestellte sowie Personen mit höherem Einkommen haben höhere SOC-Werte als Arbeiter und Personen mit niedrigerem Einkommen.

Bestätigt werden diese Ergebnisse auch durch eine weitere große schwedische Studie (Lundberg, 1997) und die Schweizer Studie von Rimann und Udris (1998). Sie kommen zum Ergebnis, dass größere berufliche Tätigkeitsspielräume und eine höhere Stellung in

der betrieblichen Hierarchie positiv mit dem Kohärenzgefühl korrelieren. Im Vergleich zu anderen Gruppen haben Angehörige des oberen und mittleren Managements die höchsten SOC-Werte, Hilfsarbeiter dagegen die niedrigsten Werte. Lundberg (1997) kommt jedoch gleichzeitig zum Ergebnis, dass die Schichtzugehörigkeit und der sozioökonomische Status während der Kindheit die Ausprägung des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter nicht beeinflussen.

Die Ergebnisse der Studien sind insofern schwierig zu interpretieren, als von einer Konfundierung von Bildungsstand, sozioökonomischem Status und Art der Berufstätigkeit bzw. Stellung in der betrieblichen Hierarchie ausgegangen werden kann. Die Studien zeigen jedoch keine konsistenten Ergebnisse zum Zusammenhang der drei Kriterien mit SOC.

3.2 KOHÄRENZGEFÜHL IM VERGLEICH MIT VERWANDTEN KONZEPTEN

Parallel zu Antonovskys Kohärenzgefühl wurden in den letzten Jahren einflussreiche psychologische Konzepte entwickelt, die zu erklären versuchen, wie individuelle Eigenschaften Einfluss auf die Entstehung und Veränderung von Gesundheit und Krankheit nehmen. Diese Konzepte werden häufig unter der Bezeichnung „interne oder personale Protektivfaktoren“ zusammengefasst.

Interne Protektivfaktoren werden als dispositionelle, wenn auch veränderbare Persönlichkeitsmerkmale, wie auch als situationsspezifische Denk- oder Verhaltensstile diskutiert. Auch spezifische Gesundheitsverhaltensweisen können als Protektivfaktoren wirken, da angenommen wird, dass spezifische Verhaltensweisen – beispielsweise die Inanspruchnahme präventiver Angebote des Gesundheitssystems – die Gesundheit erhalten helfen.

Als *personale Protektivfaktoren* werden insbesondere die Konzepte „Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen“ (Wallston & Wallston, 1978), „Selbstwirksamkeitserwartung“ (Bandura, 1977; 1982), „Widerstandsfähigkeit“ (Kobasa, 1979; Kobasa, Maddi & Kahn, 1982), „Optimismus“ (Scheier & Carver, 1985; 1987), „Seelische Gesundheit als Eigenschaft“ (Becker, 1992) und wahrgenommene bzw. erwartete „soziale Unterstützung“ (Cohen & Syme, 1985; Schwarzer & Leppin, 1989) diskutiert.

Folgende Konstrukte werden hier im Hinblick auf Übereinstimmungen und Unterschiede zum SOC untersucht:

- Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen (*Health Locus of Control*)
- Selbstwirksamkeitserwartung (*Self-efficacy*)

- Widerstandsfähigkeit (*Hardiness*)
- Optimismus (*Optimism*)

In Tabelle 2 am Ende dieses Abschnitts werden die inhaltlichen Komponenten der genannten Konstrukte im Überblick dargestellt und die Ähnlichkeiten und Unterschiede noch einmal verdeutlicht.

GESUNDHEITLICHE KONTROLLÜBERZEUGUNGEN

In Antonovskys Modell des Kohärenzgefühls ist der Aspekt der Kontrolle von Bedeutung. Zum einen findet er sich in der Komponente Verstehbarkeit (*comprehensibility*): Wenn Ereignisse vorhergesagt und erklärt werden können, ist damit auch die (kognitive) Kontrolle über diese Ereignisse möglich; zum anderen hat Kontrolle einen zentralen Stellenwert in der Komponente Handhabbarkeit (*manageability*). Hier ist eher die motivationale oder handlungsbezogene Seite gemeint, d.h. die Überzeugung, Möglichkeiten oder Ressourcen zur Verfügung zu haben. Wenn Schlimmes oder Unerwartetes geschieht, haben Menschen mit hohem SOC die Gewissheit, damit umgehen zu können. Antonovsky weist explizit darauf hin, dass Handhabbarkeit nicht nur eigene Kompetenzen, sondern auch die Hilfe und Einflussnahme anderer Personen oder Institutionen umfasst (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997).

Innerhalb der Sozialpsychologie gibt es verschiedene Ansätze, die Kontrolle als zentrales Moment der Verhaltensklärung zu betrachten. Gemeinsam ist diesen Ansätzen die Annahme, dass Individuen bestrebt sind, die Kontrolle über die Ereignisse in ihrer Umwelt zu erlangen. Für den Bereich der Gesundheit sind dies die sogenannten gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen (*Health Locus of Control, HLOC*). Dieses Konzept basiert auf den theoretischen Überlegungen zu einer nicht gesundheitsspezifischen Kontrollüberzeugung von Rotter (1966; 1975).

Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen entsprechen – unabhängig von der objektiven Einflussnahmemöglichkeit – den Erwartungen eines Individuums, dass Gesundheit und Krankheit beeinflussbar sind (Wallston & Wallston, 1978). Im Unterschied zu Antonovsky verstehen Wallston und Wallston HLOC mehr als spezifische, situationsabhängige denn als stabile, personenabhängige Faktoren. Unterschieden werden *internale*, *externale* und *fatalistische Kontrollüberzeugungen*. Während Personen mit *internalen* Kontrollüberzeugungen von der Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustandes durch eigenes Handeln überzeugt sind, sehen Personen mit *externalen* Überzeugungen ihre Gesundheit abhängig von anderen Individuen oder äußeren Bedingungen, z.B. von einer medikamentösen Behandlung. Personen mit *fatalistischen* Überzeugungen glauben, ihre Gesundheit dem Schicksal, Glück oder Zufall zu verdanken.

Ein Großteil der Untersuchungshypothesen geht davon aus, dass internale Kontrollüberzeugungen die günstigeren sind. Die Favorisierung internaler Kontrollüberzeugungen

widerspricht der wertneutralen Einschätzung der verschiedenen Kontrollüberzeugungen bei Antonovsky. Seiner Ansicht nach ist diese Setzung möglicherweise kulturell bedingt, da die westliche Industriegesellschaft besonderen Wert auf Individualität und die Vorstellung legt, dass „jeder seines eigenen Glückes Schmied ist“.

Die anfänglich sehr optimistische Einschätzung der Vorhersagekraft von HLOC für den Gesundheitsbereich muss aufgrund des heutigen Forschungsstandes relativiert werden. Eine abschließende Bewertung des Konstrukts ist aufgrund widersprüchlicher Ergebnisse nur schwer möglich (Bengel, 1993). Im Sinne Antonovskys können die Ergebnisse auf jeden Fall nicht so diskutiert werden, dass internale Kontrollüberzeugungen grundsätzlich einen gesundheitlichen Protektiv- oder Schutzfaktor darstellen. Je nach situationalem Kontext können gerade die mit externalen Kontrollüberzeugungen assoziierten, eher passiven Verhaltensweisen adäquat sein. Sie können zudem zu emotionaler Entlastung beispielsweise bei chronischen Erkrankungen führen und damit zum subjektiven Wohlbefinden beitragen.

SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG

Kontrolle ist auch in einem weiteren sozialpsychologischen Konstrukt, der Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1977; 1982), ein zentraler Aspekt. Für gesundheitspsychologische Fragestellungen erlangt sie immer größere Bedeutung. In seiner Selbstwirksamkeitstheorie geht Bandura von der Annahme aus, dass das Verhalten einer Person durch Effizienzerwartung und Ergebniserwartung bestimmt ist. Die Antizipation eines positiven Ergebnisses allein genügt nicht, um eine Verhaltensveränderung zu bewirken. Entscheidend ist die Überzeugung, eine Leistung oder ein bestimmtes Verhalten auch real ausüben zu können. Selbstwirksamkeit bildet sich durch Erfahrungen des Individuums mit Situationen aus, die erfolgreich bewältigt werden konnten, und führt wiederum zu angemessenen Bewältigungsstrategien.

Für die Motivation zu Verhaltensänderungen scheint die Selbstwirksamkeitserwartung ein wesentlicher Faktor zu sein (für einen Überblick zum Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und Gesundheitsverhalten siehe Schwarzer, 1992; Strecher, McEvoy Devellis, Becker & Rosenstock, 1986). Selbstwirksamkeitserwartungen sind Bestandteil der individuellen Bewertung eigener Copingmöglichkeiten und tragen somit zur Bewältigung von Krisen und zur Gestaltung des eigenen Lebensraumes bei (Rippetoe & Rogers, 1987). Der nachgewiesene Zusammenhang mit der Bereitschaft, präventive Verhaltensweisen zu übernehmen (zusammenfassend bei O’Leary, 1985; Bandura, 1986), Gesundheitsverhaltensweisen trotz Versuchungssituationen aufrechtzuerhalten (DiClemente, 1981) und situationsspezifisch adäquate Copingstrategien einzusetzen (Rippetoe & Rogers, 1987), lässt darauf schließen, dass Selbstwirksamkeitserwartungen Gesundheitsverhaltensweisen beeinflussen und über diesen (indirekten) Weg einen wichtigen gesundheitlichen Protektivfaktor darstellen.

Selbstwirksamkeitserwartungen wurden von Bandura ursprünglich als situationsabhängige Überzeugungen und nicht als stabile Persönlichkeitseigenschaften verstanden. Hier unterscheidet sich seine Theorie von Antonovskys Ansatz. Neuere Überlegungen gehen sowohl in Richtung generalisierter Selbstwirksamkeitserwartungen im Sinne eines Persönlichkeitszuges (Trait) als auch in Richtung immer spezifischerer, nur für eng umrissene Situationen gültige Kognitionen (Schwarzer, 1992; 1994).

Antonovsky unterscheidet nicht zwischen Ergebnis- und Effizienzerwartungen. Implizit sind jedoch beide Aspekte in der Komponente Handhabbarkeit enthalten – dem Vertrauen, dass einem die geeigneten Ressourcen zur Verfügung stehen, um Ereignisse zu bewältigen. Auf Fragebogenebene wird noch deutlicher, wie ähnlich die inhaltliche Ausgestaltung der Komponente Handhabbarkeit und des Konstrukts der Selbstwirksamkeitserwartung ist. So lautet beispielsweise ein Fragebogenitem in der SOC-Skala: „*Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?*“ In der Skala zur generalisierten Kompetenzerwartung wird gefragt: „*In unerwarteten Situationen weiß ich immer/nie, wie ich mich verhalten soll.*“

Wie HLOC und die Stressbewältigungstheorien ist auch die Selbstwirksamkeitstheorie durch eine ausgeprägte Handlungsorientierung gekennzeichnet. Subjektive Einschätzungen beeinflussen gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und sind damit Puffer oder Mediatoren von Gesundheit bzw. in erster Linie von Krankheit und Risikofaktoren.

WIDERSTANDSFÄHIGKEIT

Zeitgleich mit Antonovsky hat Kobasa (1979; Kobasa, Maddi & Kahn, 1982) das Konstrukt der Widerstandsfähigkeit vorgelegt. Besonders zu betonen ist, dass auch Kobasa sich für die Frage der Invulnerabilität und gesundheitlicher Ressourcen interessiert, d.h. von vornherein einen salutogenetischen Ansatz vertritt, auch wenn sie diesen Begriff nicht verwendet. Ihrer Auffassung nach bewirkt die Persönlichkeitseigenschaft „Widerstandsfähigkeit“, dass Menschen auf objektiv gleiche Belastungen und Stresssituationen unterschiedlich reagieren. Widerstandsfähigkeit bedeutet, dass Individuen resistent gegen die negativen Wirkungen von Stress sind und in der Folge keine körperlichen Symptome entwickeln. Diese Persönlichkeitseigenschaft wird von Kobasa – anders als von Antonovsky – nicht als statisches Wesensmerkmal betrachtet, dessen Entwicklung bald abgeschlossen und dann im Erwachsenenalter nahezu unveränderbar ist. Ihrer Meinung nach sind Eigenschaften persönliche Stile, die sich durch die Auseinandersetzung des Individuums mit der Umwelt dynamisch entwickeln. Ihre Sichtweise lässt Veränderbarkeit zu und ist demnach nicht ganz so pessimistisch wie die Antonovskys.

Widerstandsfähigkeit umfasst drei Komponenten, die nicht nur untereinander inhaltliche Überschneidungen aufweisen, sondern teilweise auch große Nähe zu den drei Komponenten des SOC haben: Engagement (*Commitment*), Kontrolle (*Control*) und Her-

ausforderung (*Challenge*). Menschen mit hoher Widerstandsfähigkeit sind neugierig auf das Leben, sie engagieren sich in allen Lebensbereichen (*Commitment*). Das setzt einerseits die Fähigkeit voraus, von der Bedeutung der eigenen Person, des eigenen Handelns und der eigenen Entscheidungsfähigkeit überzeugt zu sein; andererseits schließt diese Eigenschaft auch soziales Handeln und Engagement mit ein. Nach Antonovsky meint Kobasa mit dem Begriff Engagement „*exakt das Gleiche*“ wie er mit Bedeutsamkeit (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 59).

Unter Kontrolle (*Control*) ist das Gegenteil von Hilflosigkeit zu verstehen, d.h., Personen mit hoher Widerstandsfähigkeit sind davon überzeugt, kontrollierend in ihre Umgebung eingreifen und Einfluss nehmen zu können. Diese Personen betonen die Selbstverantwortlichkeit ihres Handelns und die Möglichkeit, durch ihre selbstbestimmten Aktivitäten negative Auswirkungen von Belastungen zu reduzieren. Es wird dabei zwischen *externaler* (fremd- oder von außen bestimmter) und *internaler* (selbstbestimmter) Kontrolle unterschieden.

Die internale Kontrollüberzeugung ist mit selbstverantwortlichem und aktivem Handeln gleichgesetzt. Antonovsky schreibt dazu: „*Kobasas Gebrauch von Rotters Skala der Kontrollüberzeugungen (...) weicht explizit von meinem Ansatz ab. Diese sehr kulturgebundene Skala hat nur für zwei Möglichkeiten Platz: entweder ich kontrolliere die Dinge oder jemand bzw. etwas von außen tut dies. Sie postuliert ein fundamentales Mißtrauen in Macht, die in der Hand von irgend jemand anderem liegt.*“ (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 62)

Personen mit hoher Widerstandsfähigkeit fühlen sich darüber hinaus von Lebensveränderungen herausgefordert, empfinden Änderungen als normal und spannend, als Chance für inneres Wachstum und nicht etwa als Bedrohung der eigenen Sicherheit (*Challenge*). Sie suchen aktiv nach neuen Erfahrungen und sind in der Lage, mit unerwarteten Situationen umzugehen, zeigen Offenheit und kognitive Flexibilität. Bei letzterer Komponente finden sich insofern generelle Unterschiede zu SOC, als dass Veränderung und nicht Stabilität als normative Lebensweise betrachtet wird.

Kobasa nennt für die Persönlichkeitsvariable Widerstandsfähigkeit zwei unterschiedliche Mechanismen der Einflussnahme auf die Gesundheit: Einerseits kann Widerstandsfähigkeit als Puffer wirken, der Personen Stress anders wahrnehmen lässt und dazu beiträgt, dass Individuen erfolgreiche Copingstrategien zur Lösung ihrer Probleme anwenden. In diesem Fall wirkt Widerstandsfähigkeit indirekt auf die Gesundheit, beeinflusst die Wahrnehmung und Bewertung eines belastenden Ereignisses und führt zu erfolgreicher, aktiver Bewältigung von Situationen, die durch aversive Reize gekennzeichnet sind (Ouellette-Kobasa & Puccetti, 1983); andererseits soll Widerstandsfähigkeit ebenso wie SOC direkt spannungsreduzierend wirken.

In den 80er-Jahren wurde in zahlreichen Studien der Zusammenhang zwischen Widerstandsfähigkeit und den unterschiedlichsten Gesundheitsparametern, wie Gesundheits-

zustand bzw. Krankheitssymptome, Gesundheitsverhalten, Krankheitsverarbeitung, soziale Unterstützung, Arbeitszufriedenheit und persönliches Wohlbefinden, untersucht (für einen Überblick vgl. Maddi, 1990). Die inkonsistente Befundlage ist sicherlich teilweise darauf zurückzuführen, dass Messinstrumente fehlen, die psychometrischen Anforderungen genügen.

DISPOSITIONELLER OPTIMISMUS

Ein weiterer persönlichkeitspsychologischer Ansatz stammt von Scheier und Carver (1985; 1987). Sie verstehen unter dispositionellem Optimismus ein über Zeit und Situationen hinweg relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal, das Personen befähigt, ihre Umwelt in einer spezifischen Weise wahrzunehmen. Sie tendieren dazu, positive Ereignisse zu erwarten und in Bezug auf den Ausgang von Ereignissen hoffnungsvoll und zuversichtlich zu sein. Die Autoren sehen diese Eigenschaft als generalisierte Ergebniserwartung, die nicht auf einen bestimmten Verhaltensbereich oder bestimmte Situationen begrenzt ist. Ihre Theorie ist wesentlich einfacher strukturiert als die Antonovskys; inhaltlich ist die generalisierte positive Ergebniserwartung jedoch identisch mit der Komponente Handhabbarkeit. Überschneidungen bestehen auch zur Komponente Verstehbarkeit, wobei Antonovsky nicht davon ausgeht, dass Personen mit hohem SOC häufig positive Ereignisse erwarten.

Das Konstrukt „dispositioneller Optimismus“ beruht auf einem Selbstregulationsmodell von Verhalten (Scheier & Carver, 1990). Dieses Modell geht davon aus, dass durch Selbstaufmerksamkeit Diskrepanzen zwischen momentanem Verhalten und Verhaltenszielen wahrgenommen werden und eine Analyse der Gründe und Barrieren ausgelöst wird. In diesem Analyseprozess wird die Wahrscheinlichkeit einer Diskrepanzreduktion bewertet. Die Ergebniserwartung beeinflusst das weitere Verhalten. Bei negativer Ergebniserwartung wird abgebrochen oder weniger Energie investiert, bei günstiger Ergebniserwartung werden die Anstrengungen zur Zielerreichung intensiviert. Zuversicht ist – als generalisierte Ergebniserwartung – in diesem Modell der beste Prädiktor von Verhalten. Dispositioneller Optimismus wird nicht als Folge gelungener Handlungen, sondern umgekehrt als handlungsrelevant oder als Ursache von Verhalten betrachtet.

Im Gegensatz zu dieser individualisierten Sichtweise bettet Antonovsky sein SOC-Konzept ungleich stärker in den sozialen und kulturellen Kontext von Lebensbedingungen und damit einhergehenden Entwicklungsmöglichkeiten ein.

Die Wirkungsweise von dispositionellem Optimismus auf die Gesundheit ist noch nicht geklärt. Vermutet wird ein Puffereffekt oder indirekter Effekt der Disposition auf Gesundheit über Stressbewältigungsmechanismen. Aversive Ereignisse werden als lösbar wahrgenommen und bewertet, was eine aktive Bewältigung von Problemen bewirkt. Optimisten zeigen eher problembezogenes Coping und aktive Suche nach sozialer Unterstützung (Scheier, Weintraub & Carver, 1986).

Die erfolgreiche Bewältigung von Stress soll sich direkt auf körperliche Beschwerden auswirken. Eine günstige Ergebniserwartung kann auch zur Folge haben, dass Anstrengungen unternommen werden, die im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung wiederum eine erfolgreiche Zielerreichung bewirken. Das Erleben des Erfolgs bewirkt, dass Symptome weniger einschneidend empfunden werden.

Eine weitere Erklärung scheint die schnelle Lösung von Problemen zu sein, d.h. diese werden nicht verdrängt und erreichen deshalb nicht den Schweregrad von Problemen, die nicht in Angriff genommen werden.

Mehrere Studien bestätigen den protektiven Einfluss von dispositionellem Optimismus auf die körperliche Gesundheit, das psychische Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit, auf Bewältigungsverhalten sowie präventive Gesundheitsverhaltensweisen (Chamberlain et al., 1992; Scheier & Carver, 1987; Wieland-Eckelmann & Carver, 1990).

In der nebenstehenden Tabelle sind die diskutierten Konstrukte vergleichend nebeneinandergestellt.

	Kohärenzgefühl	Kontrollüberzeugungen	Selbstwirksamkeitserwartung	Widerstandsfähigkeit	Dispositioneller Optimismus
Generalisierte Ergebniserwartung: Dinge werden sich positiv entwickeln	Überzeugung, dass sich Dinge gut entwickeln werden	Generalisierte Erwartung, ob Ereignisse im individuellen Lebensraum beeinflussbar sind oder nicht	Erwartung, dass bestimmtes Verhalten zu einem voraussagbaren Ergebnis führt		Zuversicht, Optimismus
Generalisierte Handlungserwartung: Überzeugung, Handlung selbst ausführen zu können	Zuversicht, Lebensaufgaben meistern zu können (manageability)		Erwartung, ein erforderliches Verhalten in einer bestimmten Situation auch ausüben zu können	Fähigkeit, kontrollierend in Umgebung eingreifen zu können	
Internale Kontrollüberzeugung: Überzeugung, selbst Einfluss auf Ereignisse und Handlungen zu haben	Ressourcen, die man selbst unter Kontrolle hat (manageability)	Vor allem internale Kontrollüberzeugungen wirken sich positiv auf Gesundheitsparameter aus		Selbstverantwortlichkeit des Handelns und die Möglichkeit, durch selbstbestimmte Aktivitäten negative Auswirkungen von Belastungen zu reduzieren	
Externale Kontrollüberzeugung: Überzeugung, dass andere oder eine höhere Macht die Dinge schon richten werden	Ressourcen, die von legitimierten anderen kontrolliert werden (manageability)	Externale Kontrollüberzeugungen wirken sich meist weniger positiv auf Gesundheitsparameter aus			
Umgang mit Veränderungen	Kontinuität, Stabilität als zentrale Orientierung; Welt wird als geordnet und vorhersehbar erlebt (comprehensibility)			Lebensveränderung als Herausforderung; normative Lebensweise als Orientierung in Richtung Veränderung, und nicht in Richtung Stabilität	
Sinnhaftigkeit	Leben wird als sinnvoll betrachtet, Probleme sind es wert, dass man Energie in sie investiert (meaningfulness)			Neugier aufs Leben, Engagement in allen Lebensbereichen	

3.3

STRESS- UND RESILIENZFORSCHUNG

Die Frage, wie Menschen mit belastenden Ereignissen oder Stress umgehen, interessiert die Gesundheitswissenschaften seit Langem. Als Folge der sogenannten „kognitiven Wende“ innerhalb der Psychologie besteht heute weitgehend Einigkeit darüber, dass subjektive Bewertungsprozesse in der Auseinandersetzung mit belastenden Ereignissen bedeutsamer sind als objektive Faktoren (Beutel, 1989).

TRANSAKTIONALES STRESSMODELL

Die wohl einflussreichste Stressbewältigungstheorie ist das transaktionale Stressmodell (Lazarus, 1966; 1981; Lazarus & Folkman, 1987). Es ermöglicht einen Perspektivenwechsel von der (objektiven) Belastungsseite zu (subjektiven) Bewältigungsprozessen, d.h. zu den mit der Bewältigung von Stress (*Coping*) verbundenen Anpassungsleistungen des Individuums (Koch & Heim, 1988). Stress ist demnach keine unveränderliche Einflussgröße, sondern verändert sich durch die Informationsverarbeitung des Individuums und durch situationsbezogene Variablen (Lazarus & Folkman, 1987).

Im transaktionalen Stressmodell werden zwei Bewertungsprozesse unterschieden: Die *primäre Bewertung* bezieht sich auf die Bewertung der Merkmale einer Situation, d.h. belastende Ereignisse können als Bedrohung, Herausforderung oder als irrelevant für das eigene Wohlbefinden eingeschätzt werden. Die *sekundäre Bewertung* bezieht sich auf die Einschätzung der persönlichen und sozialen Ressourcen, d.h. der eigenen Möglichkeiten, eine belastende Situation allein oder mit Unterstützung anderer zu bewältigen. Lazarus und Folkman unterscheiden fünf Bewältigungsreaktionen, die eine sowohl problemlösende als auch emotionsregulierende Funktion erfüllen:

- Informationssuche dient als Grundlage zur Auswahl von Bewältigungsreaktionen oder zur Neueinschätzung der stressreichen Situationen.
- Direkte Aktion als Bewältigungsreaktion umfasst alle Verhaltensweisen, mittels derer eine Person versucht, belastende Ereignisse in den Griff zu bekommen.
- Das Unterlassen von Handlungen kann ebenfalls der Bewältigung dienen.
- Unter intrapsychische Bewältigungsformen fallen alle kognitiven Prozesse, die die Regulation von Emotionen ermöglichen, wie zum Beispiel Abwehrmechanismen, Vermeidung, Selbsttäuschung usw.
- Die Suche nach sozialer Unterstützung als weiteres Bewältigungsverhalten meint das aktive Aufsuchen und die Inanspruchnahme von Unterstützung durch andere.

Weitere Einteilungsversuche von Bewältigungsverhalten sind aktiv-kognitives, aktiv-handelndes oder vermeidendes Handeln (Billings & Moos, 1981), personenbezogenes

Coping (Informationssuche und -vermeidung, Umbewertung, Selbst- und Fremdvorwürfe, Palliation) und umweltbezogenes Coping (Rückzug, Meiden, Abwarten, Resignieren, Inanspruchnahme von Unterstützung, aktive Beeinflussung) (Perrez, 1988).

Im Rahmen der Stress- und Bewältigungsforschung werden erfolgreiche oder geeignete Bewältigungsstrategien als gesundheitliche Ressourcen betrachtet, da sie eine verbesserte Anpassung an Lebensumstände bedingen oder eine Veränderung von aversiven Situationen fördern. Nach Cohen und Lazarus (1979) ermöglichen es angemessene Bewältigungsstrategien, schädigende situationale Bedingungen zu reduzieren, ein positives Selbstbild aufrechtzuerhalten, das emotionale Gleichgewicht zu sichern und befriedigende Beziehungen aufzubauen; darüber hinaus beeinflussen sie Wohlbefinden und Gesundheitszustand (Lazarus, 1981).

Tendenziell werden aktive, problemlöseorientierte Copingstrategien als angemessene Verhaltensweisen betrachtet, die der Verarbeitung von Stresssituationen förderlich sind (Braukmann & Filipp, 1984; Heim, 1988). Weniger gesunde Personen würden eher in Problemsituationen resignieren, sich mit unbeeinflussbaren Stressoren weniger gut abfinden und eine höhere Tendenz zu Fluchtverhalten zeigen (Perrez, 1988). Die wichtigste Voraussetzung effektiver Stressbewältigung scheint jedoch der flexible Einsatz verschiedener Verhaltensmuster zu sein (Lazarus & Folkman, 1987).

STRESSFORSCHUNG UND KOHÄRENZGEFÜHL

Die Stressforschung bot den Rahmen, in dem Antonovsky sein Konzept des Kohärenzgefühls entwickelte (siehe Kapitel 1). Es ist nicht immer einfach, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den verschiedenen Ansätzen in der Stressforschung – von Selye und Cannon über Holmes und Rahe zu Lazarus und Cohen – und dem Kohärenzgefühl zu verstehen. Die grundlegenden theoretischen Überlegungen sind sich teilweise sehr ähnlich. So kann die oben beschriebene *primäre Bewertung* in Lazarus' Modell verglichen werden mit der SOC-Komponente *Bedeutsamkeit*, während die *sekundäre Bewertung* Ähnlichkeiten zur Komponente *Handhabbarkeit* aufweist. Abweichungen entstehen vor allem dadurch, dass nach Antonovskys Meinung die salutogenetische Perspektive in den traditionellen Ansätzen der Stressforschung vernachlässigt wird:

- Untersuchungshypothesen werden pathogenetisch formuliert und leiten dadurch Erkenntnisinteresse und Erkenntnis (z.B. Depression als Prädiktor für Krebsmortalität – die Wahrscheinlichkeit, dass depressive Patienten an Krebs sterben, ist doppelt so hoch wie für nicht depressive Patienten; dass jedoch insgesamt nur wenige der depressiven Patienten überhaupt an Krebs versterben, wird ignoriert).
- Stressoren werden per se als pathogenetisch, als Risikofaktoren, definiert, ohne dass diese Annahme weiter untersucht wird. Für Antonovsky sind Stressoren allgegenwärtiger Bestandteil des Lebens und nur unter bestimmten Umständen gesundheitsschädigend.

- Die untersuchten abhängigen Variablen sind fast ausschließlich Krankheitsmaße bzw. Risikofaktoren; positive Gesundheitsmaße werden nicht untersucht.
- Copingstrategien werden als Puffer, als Mediatoren zwischen Krankheit und Gesundheit, verstanden. Faktoren, die direkt zur Gesundheit beitragen können, werden nicht untersucht.
- Von Interesse sind meist spezifische Verhaltensweisen, die in ihrer Wirkung als Copingstrategien untersucht werden. SOC hingegen bezieht sich auf das „eigene Glaubenssystem über das Wesen der Dinge“ und nicht darauf, was man tut. Die Höhe des SOC erlaubt keine Vorhersage einer konkreten Verhaltensweise.
- Einschätzungen und Erwartungen einer Person werden als situationsabhängig betrachtet; Antonovsky dagegen sieht sie als situationsunabhängige Grundeinstellung (dispositionelle Orientierung).

Ein weiteres neueres gesundheitspsychologisches Modell zur Erklärung von Gesundheit ist das *interaktionistische Anforderungs-Ressourcen-Modell der Gesundheit* von Becker (1992). Es wurde ebenfalls in der Tradition des transaktionalen Stressmodells von Lazarus entwickelt und wird vom Autor als Erweiterung des Salutogenesemodells verstanden. Es dient der Erklärung des körperlichen und seelischen Gesundheitszustandes. Das Modell geht davon aus, dass zur Bewältigung externer und interner Anforderungen (wie z.B. Rollenerwartungen, physische und psychische Bedürfnisse) externe und interne Ressourcen genutzt werden. Im Bewältigungsprozess kommen dabei der internen Ressource *Seelische Gesundheit als Eigenschaft* (SGE) und dem aktuellen Verhalten und Erleben (Bewältigungsverhalten, emotionales Verhalten, Gesundheitsverhalten) zentrale Bedeutung zu. Unter „Seelischer Gesundheit“ versteht Becker eine zeitlich relativ stabile Eigenschaft, die es ermöglicht, den externen wie auch den internen Anforderungen gerecht zu werden. Das Konstrukt besteht aus den Komponenten *Seelisch-körperliches Wohlbefinden*, *Selbstaktualisierung* und *Selbst- und fremdbezogene Wertschätzung*. Diese drei Faktoren bilden – in Anlehnung an Beck – eine Art kognitive Triade, d.h. die positive Sicht von sich selbst, der Umwelt und der Zukunft. Seelische Gesundheit als Eigenschaft wirkt sich nach Auffassung Beckers über das aktuelle Bewältigungsverhalten und das Gesundheitsverhalten indirekt auf die Gesundheit und – über weniger starke Emotionen angesichts belastender Ereignisse – direkt auf den Gesundheitsstatus aus.

Die Messung von Seelischer Gesundheit als Eigenschaft (SGE) erfolgt über den Trierer Persönlichkeitsfragebogen, der von Becker (1989) entwickelt wurde. In einem Überblick berichtet Becker (1992) von positiven Zusammenhängen zwischen habituellem Gesundheitsverhalten (vorsichtiges, normangepasstes Verhalten, gesunde Ernährung und Bewegung, Entspannung und Erholung) und Seelischer Gesundheit bei einer Stichprobe von 148 Erwachsenen (Strehler, 1990, zitiert nach Becker, 1992). In einer Studie zu intrafamiliären Ähnlichkeiten weist Becker unter anderem nach, dass seelisch Gesunde über bessere externe Ressourcen verfügen (hier ein seelisch gesunder Ehepartner bzw. eine seelisch gesunde Ehepartnerin) als seelisch weniger gesunde Personen (Becker, 1991). Perez (1988) findet Hinweise darauf, dass seelisch Gesunde bei der Bewältigung von

Alltagsbelastungen weniger unruhig, deprimiert und ängstlich sind als seelisch weniger Gesunde.

Den Modellen von Becker und Antonovsky ist gemeinsam, dass sie im komplexen Wechselspiel von internen und externen Anforderungen und Ressourcen stabilen kognitiv-affektiven Verarbeitungsmustern eine zentrale Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Gesundheitszustandes beimessen. Beide Modelle stoßen aufgrund ihrer Komplexität bei der empirischen Prüfung auf methodische Probleme.

RESILIENZ- BZW. INVULNERABILITÄTSFORSCHUNG

Eine Forschungstradition, die ebenso wie die Stress- und Stressbewältigungsforschung nach Faktoren sucht, die die psychische und physische Gesundheit erhalten und schützen, ist die Resilienz- bzw. Invulnerabilitätsforschung. Die Begriffe der Resilienz und Invulnerabilität stammen aus der Entwicklungspsychopathologie. Gemeint ist damit eine stabile und gesunde Persönlichkeits- und Verhaltensentwicklung, die trotz ungünstiger frühkindlicher Erfahrungen und Belastungen eingetreten ist. Die Befunde der Resilienz- bzw. Invulnerabilitätsforschung beruhen auf retrospektiven und prospektiven Längsschnittuntersuchungen, die eine eher seltene, da sehr aufwendige Form psychologischer Forschung darstellen (Köferl, 1988).

Kennzeichnend für die Forschung in diesem Bereich ist, dass ihr oft kein ätiologisches Modell von Resilienz zugrunde liegt, ein konzeptueller Rahmen bzw. eine Theorie mit explikativem Anspruch fehlt sowie mehr personenspezifische und weniger soziale Risikofaktoren untersucht werden. Zudem gilt auch für diesen Forschungsbereich Antonovskys oben genannte Kritik, dass Aussagen über Invulnerabilität spezifischer Personen oder Personengruppen vorwiegend auf Risikostudien basieren, denen ein Defizitmodell von Entwicklungsprozessen zugrunde liegt.

Die Ergebnisdarstellungen der Resilienzforschung münden meist in einem Variablenkatalog pathogener bzw. protektiver Einflüsse auf die kindliche Entwicklung. Als konsistente Befunde betrachten Lösel und Bender (1997) die protektiven Auswirkungen folgender sozialer und personaler Ressourcen:

- Temperamentsmerkmale (z.B. vorwiegend positive Stimmungslage)
- Kognitive und soziale Kompetenzen (z.B. gute soziale Problemlösefähigkeit)
- Selbstbezogene Kognitionen und Emotionen (z.B. positives Selbstwertgefühl)
- Emotional sichere Bindung an eine Bezugsperson
- Merkmale des Erziehungsklimas (z.B. anregendes, emotional warmes Erziehungsklima)
- Soziale Unterstützung in und außerhalb der Familie
- Erleben von Sinn und Struktur im Leben (z.B. ethische Wertorientierung)

Das Kohärenzgefühl wird im Rahmen der Resilienz- bzw. Invulnerabilitätsforschung als eine von vielen potenziellen Ressourcen günstiger Entwicklungsprozesse betrachtet (vgl. Hurrelmann, 1988; Lösel & Bender, 1997; Köferl, 1988). Antonovsky selbst hat sich nie auf die Modelle und Ansätze der Resilienz- bzw. Invulnerabilitätsforschung bezogen. Diese Forschungstradition hat sich etwa zeitgleich mit der Entwicklung des Salutogenese-modells etabliert. Da sie zudem in einer anderen wissenschaftlichen Disziplin beheimatet ist, kann davon ausgegangen werden, dass sie Antonovsky wenig bekannt war.

Die Bedeutung der Invulnerabilitätsforschung kann vor allem in ihrem besonderen methodischen Ansatz der retrospektiven und prospektiven Längsschnittuntersuchungen gesehen werden. Insofern könnten sich die eher methodenorientierte Resilienz- und Invulnerabilitätsforschung und das Modell der Salutogenese ergänzen. Im Rahmen des salutogenetischen Modells von Antonovsky könnten Längsschnittuntersuchungen zur Beantwortung der Frage beitragen, welche Umstände zur Entwicklung eines starken SOC führen. Entscheidend für die Bedeutung des Kohärenzgefühls als zentraler Protektivfaktor wäre der Nachweis, dass die verschiedenen, in der Resilienzforschung gefundenen sozialen und personalen Ressourcen zwar Voraussetzung für die Entwicklung des Kohärenzgefühls sind, sie jedoch später nicht mehr unabhängig von der Stärke des SOC aktiviert werden können (d.h., dass objektiv vorhandene Ressourcen bei schwachem SOC nicht gesehen bzw. genutzt werden). Da es sich hier um multifaktorielle Prozesse handelt, ist der Nachweis solcher Beziehungen durch erhebliche forschungsmethodische Probleme erschwert. Zur Erfassung und Beschreibung von gesundheitsschützenden oder protektiven Zusammenhängen zwischen verschiedenen sozialen und personalen Faktoren und Gesundheit erscheint daher die Resilienz- bzw. Invulnerabilitätsforschung erfolgversprechender. Sie fordert prospektive Längsschnittstudien zur Prüfung von kausalen Zusammenhängen zwischen Protektivfaktoren und Gesundheit, was mit den primär korrelativen Studien, wie sie beim SOC-Konzept überwiegend eingesetzt werden, nicht möglich ist.

VERTIEFENDE UND WEITERFÜHRENDE LITERATUR

Antonovsky, A. (1993c): The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science & Medicine*, 36, 725–733.

Becker, P. (1992): Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 64–75.

Franke, A. (1997): Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts. In: A. Antonovsky, *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (S. 169–190). Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen: dgtv.

Lamprecht, F./Sack, M. (1997): Kohärenzgefühl und Salutogenese – eine Einführung. In: Lamprecht, F./Johnen, R. (Hrsg.): *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* (S. 22–36). 3., überarbeitete Auflage. Frankfurt: VAS-Verlag.

Noack, R. H. (1997): Salutogenese: Ein neues Paradigma in der Medizin? In: Bartsch, H. H./Bengel, J. (Hrsg.): *Salutogenese in der Onkologie* (S. 88–105). Basel: Karger.

Schwenkmezger, P. (1994): Gesundheitspsychologie: Die persönlichkeitspsychologische Perspektive. In: Schwenkmezger, P./Schmidt, L. (Hrsg.): *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 46–64). Stuttgart: Enke.

Siegrist, J. (1994): Selbstregulation, Emotion und Gesundheit – Versuch einer sozialwissenschaftlichen Grundlegung. In: Lamprecht, F./Johnen, R. (Hrsg.): *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* (S. 85–94). Frankfurt: VAS.

Strittmatter, R. (1994): Alltagswissen über Gesundheit und gesundheitliche Protektivfaktoren (Kapitel 2: „Gesundheitliche Protektivfaktoren – Theorien und Modelle zur Erklärung der Invulnerabilität von Individuen“, S. 33–79). Frankfurt: Peter Lang.

3

**STELLENWERT UND NUTZUNG
DES KONZEPTS IN VERSCHIEDENEN
ANWENDUNGSFELDERN**



4

STELLENWERT UND NUTZUNG DES KONZEPTS IN VERSCHIEDENEN ANWENDUNGSFELDERN

In diesem Kapitel der Expertise sollen Anwendungsfelder bzw. Arbeits- und Forschungsbereiche beschrieben werden, in denen salutogenetische Prinzipien eingeführt und wissenschaftlich wie praktisch Stellenwert erlangt haben. Im Rahmen dieser Expertise kann nur auf publiziertes oder auf andere Weise zugängliches Material sowie auf die Kenntnisse und Erfahrungen der Autoren und Autorinnen zurückgegriffen werden. Die Beschreibung der Nutzung und Bedeutung salutogenetischer Prinzipien in den ausgewählten Bereichen muss daher notwendigerweise selektiv bleiben.

Einzelne Einrichtungen der Prävention und Gesundheitsförderung, der Rehabilitation und psychosozialen Versorgung sowie der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung haben ihre Konzepte durch salutogenetisch orientierte Maßnahmen ergänzt oder ihre bisherigen Angebote mit salutogenetischen Begriffen überschrieben. Viele solcher Ansätze von Einrichtungen und Organisationen – gerade in der Gesundheitsförderung und der Rehabilitation – sind nicht oder nur für interne Zwecke dokumentiert oder liegen in Form von schwer zugänglichen Projektberichten vor, d.h. die Berichte sind in den wissenschaftlichen Literaturdatenbanken nicht erfasst. Viele der Einrichtungen haben weder die Zeit und Kapazität noch den Zugang zu den entsprechenden Medien und Zeitschriften. Darüber hinaus muss ihre Arbeit auch nicht durch wissenschaftliche Publikationen und Verschriftungen dokumentiert oder legitimiert werden. Unabhängig davon, dass diese Übersicht unvollständig bleiben muss, gehen wir davon aus, dass der Umgang mit salutogenetischen Prinzipien in Einrichtungen und Organisationen der Gesundheitsversorgung auf vier verschiedene Weisen erfolgt:

- Es erfolgt keine Beschäftigung mit dem Konzept der Salutogenese (häufigster Fall).
- Das Angebot wird um salutogenetisch ausgerichtete Elemente ergänzt.
- Es erfolgt eine Neubenennung bisheriger Angebote als salutogenetisch.
- Die Philosophie und Konzeption wird auf salutogenetische Prinzipien ausgerichtet.

Die Bereiche „Gesundheitsförderung und Prävention“ (Abschnitt 4.1), „Psychosomatik und Psychotherapie“ (Abschnitt 4.2) sowie „Rehabilitation“ (Abschnitt 4.3) sind aus Sicht des Autorenteam die einzigen Anwendungsfelder, die sich für eine ausführlichere Betrachtung lohnen. Darüber hinaus sind in wenigen anderen Feldern Überlegungen vorgelegt worden, beispielsweise:

- Ressourcenorientierung in der Pflege (Artinian, 1991; 1997; Schachtner, 1996),
- ärztliche Aufmerksamkeit für gesundheitliche Ressourcen beim Patienten (Hollnagel & Malterud, 1995; eine Tagung zum Thema „Salutogenese in der Allgemeinmedizin“ fand im Juli 1998 am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt statt),
- salutogene Faktoren in der Suchtkarriere (Fuchtman, 1994).

Aus wissenschaftlicher Perspektive zu erwähnen ist die Arbeitspsychologie: Ein salutogenetisch orientierter Ansatz in der arbeitspsychologischen Forschung wird von der Arbeitsgruppe um I. Udris (Schweiz) vertreten (z.B. Udris, Kraft & Mussmann, 1991; Udris, Kraft, Muheim, Mussmann & Rimann, 1992). Im Forschungsprojekt „Personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese“ (SALUTE) untersucht sie den Einfluss, den personale und organisationale Faktoren im Kontext der Berufstätigkeit für die Gesunderhaltung haben. Grundlage der Forschungsarbeiten bilden systemtheoretische und handlungstheoretische Modellvorstellungen, in deren Rahmen Gesundheit bzw. Krankheit – ähnlich wie bei Antonovsky oder Becker – als Ergebnis von Austausch- und Bewältigungsprozessen zwischen internen und externen Ressourcen und Anforderungen entsteht. Auf der Grundlage ihrer Forschungsergebnisse formuliert die Arbeitsgruppe Konsequenzen für die Gestaltung von Arbeitsstrukturen und für betriebliche Präventionsmaßnahmen. Betriebliche Gesundheitsförderung soll sowohl das individuelle Gesundheitsverhalten beeinflussen als auch umfassend und ganzheitlich Maßnahmen der Arbeits- und Organisationsgestaltung beinhalten (Udris et al., 1992).

Konkrete Umsetzungen des salutogenetischen Ansatzes in Form von spezifischen gesundheitsfördernden Programmen oder Maßnahmen im betrieblichen Kontext sind uns keine bekannt.

4.1 GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Im folgenden Abschnitt soll die Bedeutung des Modells der Salutogenese für die Entwicklung, Konzeption und Gestaltung präventiver Maßnahmen näher untersucht werden. Als Material legen wir zugrunde:

- Implikationen, die sich direkt aus den theoretischen Überlegungen Antonovskys ableiten lassen bzw. von Antonovsky selbst formuliert werden,
- Beiträge, die grundsätzliche Ausführungen zur Notwendigkeit der Integration salutogenetischer Ansätze in der Prävention beinhalten bzw. Beiträge, die auch das Schlagwort Salutogenese aufweisen,
- Literatur über Gesundheitsförderung im Sinne der WHO.

Antonovskys Hauptthese ist, dass ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl der entscheidende Faktor für eine erfolgreiche Bewältigung allgegenwärtiger Anforderungen und Stressoren und damit für den Erhalt der Gesundheit ist (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997). Er betrachtet Kohärenzgefühl als stabile Eigenschaft, die nicht nur durch individuelle, sondern auch durch historische, soziale und kulturelle Bedingungen geprägt ist.

Die Entwicklung des Kohärenzgefühls ist mit dem Erwachsenenalter abgeschlossen und nur durch einschneidende Ereignisse geringfügig bzw. kurzfristig veränderbar. Allerdings ist die Frage der Stabilität des Kohärenzgefühls bisher noch nicht ausreichend beantwortet. Antonovsky selbst äußert sich nur wenig über die Möglichkeiten, den SOC durch geplante, zielgerichtete Maßnahmen und Interventionen zu verändern. Er weist darauf hin, dass in vielen Situationen auch geringfügige und kurzfristige Veränderungen bedeutsam sein können und es wichtig sein kann, Menschen in kritischen Lebenssituationen so zu begleiten und ihnen so zu begegnen, daß ihr SOC-Wert nicht kurzfristig absinkt. Strukturelle und gesellschaftliche Maßnahmen, die dem Einzelnen Einflussnahme und Teilhabe an sozial anerkannten Entscheidungsprozessen (Partizipation) ermöglichen, sieht Antonovsky als vielversprechendste Möglichkeit, das Kohärenzgefühl positiv zu beeinflussen. Nach Antonovsky wird es mit zunehmendem Lebensalter stabiler und schwerer veränderbar. Daraus leitet sich ab, dass es wichtig ist, für Kinder und Jugendliche eine Welt zu schaffen, die konsistente Erfahrungen ermöglicht, für Belastungsausgleich sorgt und die Einflussnahme auf Entscheidungsprozesse zulässt.

Alles in allem sind die Implikationen und Konsequenzen, die sich aus Antonovskys theoretischen Ausführungen für die Präventionspraxis ergeben, eher ernüchternd: Veränderungen des Kohärenzgefühls sind im Erwachsenenalter nur kurzfristig bzw. in geringem Ausmaß zu erreichen. Wenn überhaupt, dann sind Veränderungen nur durch langfristige Begleitung bzw. Interventionen zu erzielen, was eine „Psychotherapeutisierung“ präventiver Maßnahmen zur Folge hätte. Individuumzentrierte Maßnahmen allein können nur wenig ausrichten, wenn die strukturellen und gesellschaftlichen Bedingungen ungünstig sind. Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen müssen demnach darauf abzielen, ein breites Spektrum an individuellen, sozialen und kulturellen Faktoren zu verändern.

Antonovsky selbst weist zudem immer wieder darauf hin, dass ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl nicht automatisch auch die in unserer Gesellschaft gewünschten Verhaltensweisen impliziert und sich auch in Kontexten entwickeln kann, die nach unserem westlichen, demokratischen Verständnis destruktiv sind: *„Ich möchte gerne sagen, daß die Rigidität eines SOC, das in einem solchen Kontext (Fundamentalismus, Anm. der Autoren) entsteht, dieses zwangsläufig zerbrechlich und unecht macht und zum Zugrundegehen verurteilt. Aber wir müssen zugestehen, daß es hierfür keinerlei Hinweis gibt.“* (Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 104)

Antonovskys eigenen pessimistischen Ausführungen zum Trotz hat das Modell der Salutogenese eine wichtige Bedeutung für das Anwendungsfeld Prävention. Es dient als Metatheorie für das Arbeitsfeld, als Legitimation für konzeptuelle Überlegungen und für konkrete Maßnahmenplanung. Die häufig theoriearm und aktivistisch aneinandergereihten, präventiven Aktivitäten bekommen eine Rahmentheorie, die ressourcenorientierte, kompetenzsteigernde und unspezifische Präventionsmaßnahmen stützt. Das Modell unterstützt eine kritische Sicht der bisherigen gesundheitserzieherischen Präventionsbemühungen und nimmt die Kritik am Risikofaktorenmodell auf. Hier ist ins-

besondere die insgesamt wenig erfolgreiche Bilanz bei der Veränderung der Risikofaktoren zu nennen. Bedeutsam ist zudem, dass das Modell den Aspekten „Warnungen“, „Furchtappell“ und „Lustfeindlichkeit“ des Risikofaktorenmodells ein positives Konzept entgegengesetzt. Der Perspektivenwechsel von den Risikofaktoren zu den Protektivfaktoren verträgt sich gut mit einem modernen Gesundheitsbegriff, der die psychische und soziale Dimension gleichbedeutend neben die körperliche Dimension stellt.

Das Modell der Salutogenese ist in etwa zeitlich parallel mit gemeindepsychologischen Ansätzen, dem Konzept des Empowerments und sozial-ökologischen Ansätzen formuliert worden. All diese Ansätze stehen für bzw. ermöglichten einen Perspektivenwechsel in der Prävention, der seinen Niederschlag in der Ottawa-Charta der WHO und dem Ansatz der Gesundheitsförderung findet. Auch wenn in der Ottawa-Charta der WHO von 1986 der Begriff der Salutogenese bzw. des Kohärenzgefühls noch nicht auftaucht, wird später als zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung die Stärkung des Kohärenzgefühls genannt und das von Antonovsky formulierte positive Selbstbild der Handlungsfähigkeit als ein wesentliches Element von Gesundheit betrachtet (Kickbusch, 1992).

Es kann festgehalten werden, dass für viele Autoren die Umsetzung des Salutogenesemodells in der Prävention gleichbedeutend ist mit dem WHO-Konzept der Gesundheitsförderung. So definieren beispielsweise Freidl, Rásky und Noack (1995, S. 16) Gesundheitsförderung als *„salutogenetische Prozesse in sozialen Systemen zu initiieren, zu unterstützen und die Strukturen dafür schaffen zu helfen“*. Damit ist Gesundheitsförderung mit Salutogenese gleichgesetzt. Nach Noack (1996a; 1996b) sind salutogenetische Ressourcen – soziale Umwelt, Lebens- und Arbeitswelt und Individuum – Handlungsebenen gesundheitsfördernder Maßnahmen.

Die Bedeutung des Konzepts der Gesundheitsförderung und der damit verbundene Perspektivenwechsel wird also durch Antonovskys Überlegungen unterstrichen. Das bedeutet jedoch auch, dass die wenige hierzu vorliegende Literatur zu anwendungsbezogenen Aspekten der Salutogenese nicht viel bringt, was über die Diskussion zur Gesundheitsförderung hinausgeht.

So nennt beispielsweise Renner (1997) mehrere Projekte der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung, die auf der Basis der WHO-Leitlinien zur Gesundheitsförderung entwickelt wurden und die Stärkung salutogenetischer Faktoren zum Ziel haben, wie beispielsweise „Gesunde Städte“, „Kinder stark machen“, „Erste Liebe und Sexualität“ u. a. Im Unterschied zu klassischen risikofaktorenorientierten Maßnahmen der Gesundheitserziehung fördern diese Konzepte die aktive Beteiligung von Nichtprofessionellen bzw. die Selbsthilfe Betroffener, versuchen unabhängig vom Risikoverhalten, Ressourcen und Kompetenzen der Zielgruppe zu stärken und vermitteln positive Kommunikations- und Interaktionsformen.

Paulus (1995) unterscheidet zwischen „Gesundheitsförderung in Institutionen“, wie z. B. Schulen („Kinder stark machen“, „Ohne Rauch geht's auch“), und „gesundheitsfördernden Institutionen“. In Anlehnung an die Ottawa-Charta zeichnen sich salutogene

Schulen dadurch aus, dass präventive Maßnahmen nicht punktuell und zeitlich begrenzt stattfinden, sondern sich die gesamte Schule und alle beteiligten Personengruppen in einem gesundheitsbezogenen Entwicklungsprozess befinden; die Maßnahmen erstrecken sich auf unterschiedlichste Bereiche und beziehen soziale, ökologische und kommunale Aspekte schulischer Aktivitäten mit ein (Paulus, 1995). Letzteres ist auch nach Ansicht anderer Autoren von entscheidender Bedeutung für die adäquate Umsetzung der WHO-Leitlinien.

Nicht alles, was wir unter den Schlagworten Salutogenese und Gesundheitsförderung finden konnten, setzt den damit verbundenen Anspruch auch um. So „basieren“ klassische Programme zur Vermeidung von gesundheitlichen Risikofaktoren nun plötzlich auf dem Salutogenesemodell; oder eine thematische Einheit bzw. ein Angebot zur sozialen Unterstützung oder zu Genusstraining genügt, um Antonovskys Modell in die Praxis umgesetzt zu haben.

Die augenblickliche Situation in der Gesundheitsförderung ist dadurch gekennzeichnet, dass der Informationsstand der Anbieter gesundheitsfördernder Maßnahmen sehr unterschiedlich ist. Vielfach wird ohne genaue Kenntnis des Modells eine salutogenetische Wende gefordert bzw. bereits eingeführte Maßnahmen werden unter dem Etikett Salutogenese weitergeführt.

Alle Maßnahmen zur kritischen Diskussion und Rezeption des Modells sollten forciert und unterstützt werden. Der wissenschaftliche und gesundheitspolitische Nutzen sowie der Gewinn für die Gesundheitsförderung und Prävention ist längst noch nicht abschließend bestimmt.

VERTIEFENDE UND WEITERFÜHRENDE LITERATUR

Blättner, B. (1997): Paradigmenwechsel: Von der Gesundheitsaufklärung und -erziehung zur Gesundheitsbildung und -förderung. In: Weikunat, R./Haisch, J./Kessler, M. (Hrsg.): Public Health und Gesundheitsförderung (S. 119–125). Bern: Huber.

Franzkowiak, P./Sabo, P. (1993): Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in internationalen und nationalen Dokumenten. In: Franzkowiak, P./Sabo, P. (Hrsg.): Dokumente der Gesundheitsförderung (S. 11–61). Mainz: Peter Sabo.

Paulus, P. (1995): Die Gesundheitsfördernde Schule. Der innovativste Ansatz gesundheitsbezogener Interventionen bei Schulen. *Die Deutsche Schule*, 87, 262–281.

Renner, H. (1997): Gesundheitsförderung im salutogenen Kontext – vom Entwurf zur Praxis. *Prävention*, 20, 57–59.

4.2

PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

Die Psychosomatik und die Psychotherapie stellen neben der Gesundheitsförderung und Prävention ein weiteres mögliches Anwendungsfeld für das Konzept der Salutogenese dar. Die beiden Bereiche sollen hier gemeinsam besprochen werden, da die Psychotherapie eine zentrale Methode der Psychosomatik ist.

Die Psychosomatische Medizin oder Psychosomatik ist eine Fachdisziplin im Kanon der medizinischen Fächer. Gegenstand der Psychosomatik sind diejenigen Krankheiten, bei deren Entstehung und Verlauf seelische Vorgänge und die psychosoziale Situation des Patienten bzw. der Patientin besondere Bedeutung haben. Dazu gehören jedoch auch körperliche Beschwerdebilder ohne organisches Substrat (häufig als Somatisierung, vegetative oder funktionelle Störung bezeichnet). Eine große Bedeutung hat die Psychosomatische Medizin auch bei primär körperlichen Erkrankungen; hier nehmen psychische Prozesse Einfluss auf die Krankheitsverarbeitung und den Krankheitsverlauf. Die Grenzen zur Klinischen Psychologie, Psychiatrie, Medizinischen Psychologie und Verhaltensmedizin sind nicht scharf zu ziehen. Die Methoden der Psychosomatik sind das Gespräch, die psychotherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlung und übende Verfahren.

Psychotherapie ist der Oberbegriff für eine Sammlung von verschiedenen Methoden, die versuchen, Verhaltensstörungen, psychische Störungen und andere Leidenszustände („seelisch“ bedingte Erkrankungen, Leiden, Störungen) mit kommunikativen Mitteln (häufig sprachlich) zu beeinflussen bzw. zu bessern. Ziel ist in der Regel die Verringerung der Symptome, die den Patienten bzw. die Patientin stören und beeinträchtigen, und/oder eine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur. Therapeut bzw. Therapeutin und Patient bzw. Patientin müssen dazu eine tragfähige Bindung (Therapeut-Patient-Verhältnis) aufbauen. Psychotherapie wird überwiegend ambulant in Praxen von niedergelassenen Psychotherapeuten und -therapeutinnen (meist Klinische Psychologen und Psychologinnen oder Ärzte und Ärztinnen) oder stationär in Psychiatrischen und Psychosomatischen Kliniken durchgeführt. Eine Überschneidung zum Bereich Rehabilitation (Abschnitt 4.3) ist insofern gegeben, als ein Großteil der stationären psychosomatischen Behandlungen in der medizinischen Rehabilitation erbracht wird.

Es gibt eine Vielzahl von psychotherapeutischen Schulen. Am häufigsten werden Psychotherapien auf der Grundlage verhaltenstherapeutischer oder tiefenpsychologischer bzw. psychoanalytischer und auch gesprächspsychotherapeutischer Orientierung durchgeführt. Weitere psychotherapeutische Schulrichtungen sind u.a. die Gestalttherapie, die systemische Therapie und das Psychodrama. Die Psychotherapie basiert auf einer Theorie psychischer Störungen und einer Theorie der therapeutischen Veränderung.



Das Konzept der Salutogenese taucht in der psychosomatischen und psychotherapeutischen Fachliteratur kaum auf. In den Lehrbüchern der Psychosomatik und der Psychotherapie werden die Begriffe Salutogenese und Kohärenzgefühl nur selten genannt. Exemplarisch sollen hier ein Lehrbuch der Psychosomatik (Ahrens, 1997), ein Lehrbuch der Psychoanalyse (Thomä & Kächele, 1996; 1997), ein Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Margraf, 1997) und ein sogenanntes integratives Lehrbuch der Psychotherapie (Senf & Broda, 1996) untersucht werden.

Im „Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin“ von Ahrens (1997) wird Salutogenese lediglich als Orientierung vorgestellt, in der die Forschung nach gesundheitlichen Protektivfaktoren den gleichen Stellenwert hat wie die pathogenetisch orientierte Forschung. Im „Lehrbuch der Verhaltenstherapie“ (Margraf, 1997) wird Salutogenese im Zusammenhang mit euthymen Grundlagen der Verhaltenstherapie angesprochen (Lutz, 1997). Unter euthymem Erleben und Handeln wird alles gefasst, was der Psyche guttut. Daher soll sich die Psychotherapie auch auf positive Gefühle wie Spaß, Freude, Entspannung, Ausgeglichenheit und Wohlbefinden konzentrieren (Auseinandersetzung mit positiven Aspekten des Erlebens in der Psychotherapie).

Weder im „Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie“ von Thomä und Kächele (1996; 1997) noch im Lehrbuch „Praxis der Psychotherapie“ von Senf und Broda (1996) wird der Begriff Salutogenese im Schlagwortverzeichnis geführt. Es ist bemerkenswert, dass M. Broda, einer der besten deutschsprachigen Kenner der Arbeiten von Antonovsky (siehe Abschnitt 4.3), die Konzepte der Salutogenese nicht in sein Lehrbuch zur Psychotherapie integriert. Die meisten weiteren Lehrbücher der Psychosomatik, der Medizinischen Psychologie und der Klinischen Psychologie nehmen das Thema Salutogenese nicht auf; dort, wo es erwähnt wird, sind ihm nur einige Sätze oder Seiten gewidmet (z.B. Tress, 1997; Gerber, Basler & Tewes, 1994; Rösler, Szewczyk & Wildgrube, 1996; Siegrist, 1995; Ahrens, 1997; Wirsching, 1996).

Bisher beschäftigen sich im deutschsprachigen Raum drei Tagungsbände mit der Salutogenese in Psychosomatik und Psychotherapie (Franke & Broda, 1993; Lamprecht & Johnen, 1994; Lutz & Mark, 1995).

Franke und Broda (1993) geben ihrem Sammelband den Titel „Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept“. Ihre Grundthese lautet, *„daß das pathologieorientierte Denken und Handeln in der Psychosomatik nicht dazu beitragen kann, die Inzidenz psychosomatischer Erkrankungen zu verringern“* (S. 1). Im Zentrum des Bandes steht die Definition von Gesundheit; nach Meinung der Autorinnen und Autoren unterstützt die salutogene Perspektive die Bedeutung subjektiver Gesundheitskonzepte (Helfferich, 1993; siehe auch Belz-Merk, Bengel & Strittmatter, 1992). Behandelt werden die Unschärfe des Begriffs Gesundheit (Franke), die Geschlechtsunterschiede in Gesundheitskonzepten (Helfferich), die schützende Wirkung von Coping-Skills (Broda), die Kritik am Risikofaktorenmodell (Reye), die gesundheitspolitischen und ökonomischen Auswirkungen von Pathogenesekonzepten (Franke, Hu-

ber, Glaeske, Reiners) und die wissenschaftliche Bewertung von Genesungskriterien (Dahme). Der Tagungsband ist ein Plädoyer gegen ein einseitig pathologieorientiertes Denken und Handeln in der Psychosomatik und Psychotherapie. Allerdings geht die Diskussion nicht entscheidend über die Problematisierung des Krankheitsbegriffs in der Psychotherapie und Psychosomatik hinaus. Hier könnten die Überlegungen von Antonovsky einen wertvollen Rahmen für die Diskussion darstellen.

Das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin stellte 1994 ihre 40. Tagung unter das Leitthema „Salutogenese – ein neues Konzept in der Psychosomatik?“ Der Tagungsband, herausgegeben von Lamprecht und Johnen (1994; 3., überarbeitete Auflage 1997), vereinigt 32 Beiträge zum Thema. Es werden verschiedene Arbeitsfelder und therapeutische Strategien vorgestellt. Die Beiträge konzentrieren sich auf die folgenden Fragestellungen:

- Wie lassen sich salutogenetische Prinzipien in die psychosomatisch-psychotherapeutische Arbeit integrieren?
- Wo wird bereits nach salutogenetischen Prinzipien gearbeitet?
- Eignet sich das Kohärenzgefühl als Kriterium für den Behandlungserfolg bzw. sollte das Kohärenzgefühl eine Zielgröße der Psychotherapie sein?

Einen grundlegenden Beitrag zu „psychobiologischen Aspekten von Schutz- und Reparaturmechanismen“ (Wie kann der Organismus unter Belastungsbedingungen zusätzliche Kräfte mobilisieren?) liefern Hellhammer und Buske-Kirschbaum in diesem Band.

Der Band von Lutz und Mark (1995) mit dem Titel „Wie gesund sind Kranke“ vereinigt 24 Beiträge. Im Mittelpunkt steht die Auseinandersetzung mit der Definition von Gesundheit und Krankheit. Es folgen Studien und Übersichten bzw. Erfahrungsberichte zu einzelnen Arbeitsbereichen und therapeutischen Ansätzen.

Sieht man von den Bänden und Beiträgen ab, so ließen sich nur wenige Studien zur Salutogenese und Psychotherapie finden:

- Broda et al. (1995): Therapieerfolg und Kohärenzgefühl,
- Broda et al. (1996): Selbstmanagement-Therapie und Gesundheitsressourcen,
- Haltenhofer & Vossler (1997): Coping der Depression,
- Plassmann & Färber (1997): Salutogenetische Therapieorganisation in der Psychosomatischen Klinik,
- Sack et al. (1997): Kohärenzgefühl und psychosomatischer Behandlungserfolg.
- Schulte-Cloos & Baisch (1996): Lebenskraft – Ressourcen im Umgang mit Belastungen.

Die Salutogenese hat für die Psychosomatik und die Psychotherapie bisher nur geringe Bedeutung. Dies liegt zum einen daran, dass die Aspekte der Ressourcenaktivierung bereits unabhängig von Antonovsky in vielen Therapieschulen diskutiert werden. Das zent-

rale Konstrukt – das Kohärenzgefühl – wird von Antonovsky als relativ stabiles und nur schwer veränderbares Konstrukt definiert und eignet sich daher nur bedingt als Erfolgs- oder Zielkriterium einer psychotherapeutischen Behandlung. Außerdem konkurriert es mit einer Vielzahl empirisch gut untersuchter Dimensionen, wie z.B. Neurotizismus und Depressivität.

Auch wenn die psychotherapeutische und psychosomatische Forschung das Konzept der Salutogenese insgesamt wenig gewürdigt und integriert hat, sehen wir im Sinne einer Unterstützung der Diskussion eine Relevanz für folgende Aspekte:

- Gesundheits- und Krankheitsbegriff,
- Ziele von Psychotherapie und Behandlungsstrategien,
- Präventive Orientierung und Ressourcenaktivierung,
- Lebenskontext und Umfeld.

Der Gesundheits- und Krankheitsbegriff besitzt gerade in der Psychotherapie und Psychosomatik eine besondere Problematik. Wer soll und muss als auffällig, behandlungsbedürftig, krank, gestört diagnostiziert werden? Wer definiert die Grenze zwischen gesund und krank – der Betroffene, der Arzt bzw. die Ärztin und Psychologe bzw. Psychologin oder die Gesellschaft? Die Kritik an einer Dichotomie von Krankheit und Gesundheit ist zwar relevant für die Theorie von psychischer Störung, im System der gesundheitlichen Versorgung wird jedoch auch für den Patienten bzw. die Patientin mit psychischen Beschwerden und Symptomen eine eindeutige Diagnosenstellung – krank oder gesund bzw. nicht behandlungsbedürftig – gefordert.

Das Konzept der Salutogenese ist insofern hilfreich, als es die Psychotherapieschulen auffordert, ihre Theorien und Konzepte zu überprüfen. Es zwingt sie, die Frage zu beantworten, ob sie die Rolle gesundheitsfördernder und schützender Faktoren in der Praxis der Psychotherapie und in der Erforschung von Ätiologie und Therapie ausreichend berücksichtigen, und es bietet Anstoß zu den Fragen, welchen Stellenwert sie ressourcenaktivierenden Methoden einräumen, und inwieweit gesunde Anteile beim Patienten bzw. bei der Patientin gestärkt und betont werden. Die Ressourcenaktivierung ist in den meisten Therapieschulen seit Langem therapeutisches Prinzip; gemeint ist damit beispielsweise die unterstützende Einbeziehung des Partners bzw. der Partnerin eines Patienten/einer Patientin in die Therapie oder die Stärkung der Selbsthilfefähigkeiten. Die bisherigen Forschungen zu einem allgemeinen Modell der Psychotherapie weisen der Ressourcenaktivierung als Wirkfaktor für eine Verbesserung beim Patienten bzw. bei der Patientin eine zentrale Stellung zu. Für die Therapiezieldiskussion ist das Konzept bedeutsam, da es darauf hinweist, nicht nur die Symptomreduktion zu beachten, sondern auch Verbesserungen in den gesunden Anteilen, in der Kompetenz des Patienten bzw. der Patientin anzustreben.

Die Diskussion um das Konzept der Salutogenese in der Psychosomatik und Psychotherapie wird 1998 durch zwei Bände weitergeführt:

- Schüffel et al. (Hrsg.): Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Berlin/Wiesbaden: Ullstein & Mosby.
- Margraf et al. (Hrsg.): Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Berlin: Springer.

VERTIEFENDE UND WEITERFÜHRENDE LITERATUR

Hellhammer, D. H./Buske-Kirschbaum, A. (1994): Psychobiologische Aspekte von Schutz- und Reparaturmechanismen. In: Lamprecht, F./Johnen, R. (Hrsg.): Salutogenese. Ein neues Konzept für die Psychosomatik? (S. 95–105). Frankfurt: VAS.

Lutz, R. (1997): Gesundheit und Genuß: Euthyme Grundlagen der Verhaltenstherapie. In: Margraf, J. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie (S. 113–128). Berlin: Springer.

Plassmann, R./Färber, K. (1997): Salutogenetische Therapieorganisation in der Psychosomatischen Klinik. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 10, 66–70.

4

4.3

REHABILITATION

Die Hauptdiagnosegruppen in der Rehabilitation sind chronische körperliche Erkrankungen, Körper- und Sinnesbehinderungen, psychische Erkrankungen, geistige Behinderung sowie Drogen- und Alkoholabhängigkeit (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 1994).

Chronische Krankheit ist ein Sammelbegriff für eine Vielzahl verschiedenster Erkrankungen mit unterschiedlicher Ätiologie, Pathogenese, Symptomatik und Prognose. Allen Krankheitsbildern ist gemeinsam, dass sie oft progredient beziehungsweise mit phasenhaften Verschlimmerungen verlaufen und unvorhersagbar wieder auftreten können; häufig ist keine kausale Therapie möglich. Die Patienten und Patientinnen sind langdauernd abhängig vom medizinischen Versorgungssystem und dessen Spezialisten und Spezialistinnen. In der Regel wird von einer multifaktoriellen Ätiologie ausgegangen, in der sowohl eine besondere Disposition als auch die Lebensgewohnheiten bzw. der Lebensstil eine zentrale Rolle spielen. Bei den chronischen körperlichen Erkrankungen sind zu nennen: Herz- und Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Nierenerkrankungen, Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Erkrankungen des Verdauungstraktes bzw. Stoffwechsels, HIV-Infektion/Aids, Erkrankungen des Nervensystems und Hauterkrankungen.

Die Krankheitsverarbeitung (Coping) und der Rehabilitationsprozess werden von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst:

1. Merkmale der betroffenen Person (z.B. soziodemografische Merkmale, Persönlichkeitsstruktur, Krankheitsverständnis und subjektive Krankheitstheorie),
2. krankheitsbezogene Ereignis- und Situationsmerkmale (Intensität, Dauer, Kontrollierbarkeit, Schweregrad),
3. psychosoziales Umfeld (Familie und Partnerschaft, berufliche Situation, Freizeitaktivitäten),
4. institutionelles Umfeld (Ausmaß und Art der erlebten Unterstützung, Stationsklima, Selbsthilfe).

Die Stärken dieses Rehabilitationssystems liegen in der Verknüpfung von somatischen, funktionellen, beruflichen und psychosozialen Maßnahmen.

Aufgrund der Merkmale der chronischen Erkrankungen, der Zielsetzungen der Rehabilitation und der therapeutischen Rahmenbedingungen scheinen günstige Voraussetzungen für eine Übernahme salutogenetischer Prinzipien zu bestehen. Salutogenetische Prinzipien und daraus abgeleitete therapeutische Strategien besitzen jedoch in der medizinischen Rehabilitation und Behandlung von chronischen Erkrankungen nur eine geringe Bedeutung. Ausnahmen bilden:

- die psychosomatische Rehabilitation,
- die Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in der Rehabilitation und
- die Rehabilitation von Krebskranken.

Die psychosomatische Versorgung in Deutschland findet zu einem großen Teil in Rehabilitationseinrichtungen statt. Da psychotherapeutische Maßnahmen dabei im Vordergrund stehen, wird dieser Aspekt in Abschnitt 4.2 „Psychosomatik und Psychotherapie“ ausgeführt.

Obwohl das Thema „Gesundheitsförderung und Prävention“ in Abschnitt 4.1 behandelt wird, sollen hier zusätzlich die rehabilitationsspezifischen Aspekte erörtert werden. Maßnahmen der Gesundheitsförderung, der Gesundheitsbildung und der Gesundheitserziehung spielen in der medizinischen Rehabilitation eine besondere Rolle. Präventive Maßnahmen sind als gleichwertige übergreifende Behandlungsdimension anerkannt.

Zielsetzungen der meisten Programme und Maßnahmen sind der Abbau von Risikofaktoren und Risikoverhaltensweisen sowie die Motivierung zu eigenverantwortlichem Gesundheitsverhalten. Konzeption und Aufbau orientieren sich überwiegend an einem medizinischen Krankheits- und Rehabilitationskonzept, in dem die Reduktion von Risikofaktoren zentrale Aufgabe und Zielsetzung der Prävention ist. Zunehmend finden jedoch ressourcenorientierte Konzepte, die Berücksichtigung von Schutzfaktoren und die Betonung sozialer Ressourcen Beachtung (Liebing & Vogel, 1995; Broda & Dusi, 1996; Doubrawa, 1995).

In der Übersicht von Liebing und Vogel (1995) werden auf der Grundlage eines positiven Gesundheitsbegriffs neben den körperlichen Fähigkeiten auch die sozialen und individuellen Ressourcen betont. Daneben soll stärker als bisher die Frage nach den gesunderhaltenden Bedingungen und Faktoren thematisiert werden (siehe auch Buschmann-Steinhage & Liebing, 1996).

In der Gesundheitsförderung der Rehabilitation wird nach Doubrawa (1995) dem Anspruch der Rehabilitation entsprechend von einem ganzheitlichen und positiven Gesundheitskonzept ausgegangen, das sowohl körperliches als auch seelisches Wohlbefinden umfasst. Gesundheit wird als lebenslanger Prozess verstanden, der von der individuellen Lebensgeschichte und den sozialen und ökologischen Verhältnissen geprägt wird. Gesundheitsförderung soll nicht nur auf das individuelle Verhalten des Rehabilitanden abzielen, sondern diesen auch dazu ermutigen, die Lebens- und Umweltbedingungen im gesundheitsförderlichen Sinne zu verändern (siehe Abschnitt 4.1).

Beispiele psychologischer Ansätze zur Gesundheitsförderung in der Rehabilitationsklinik	
Hauptkriterien der Gesundheit	Psychologische Ansätze zur Gesundheitsförderung (Beispiele)
Rollenbewältigung	<ul style="list-style-type: none"> – Angebote zur Förderung der sozialen und kommunikativen Kompetenz – Unterstützung im Umgang mit spezifischen Lebensproblemen, z. B. Partnerschaftsberatung – Stressbewältigungstraining – Förderung von Problemlöse- und Bewältigungskompetenz
Selbstverwirklichung	<ul style="list-style-type: none"> – „Lebensplanungsgruppe“ – Förderung von Interessen, Zielsetzungen, Entscheidungsfähigkeit, (sozialen) Aktivitäten
Seelisches Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> – „Kleine Schule des Genießens“ – Autogenes Training – Förderung realistischer positiver Kognitionen und Erwartungshaltungen – Adäquates Anspruchsniveau – Unterstützung bei der Wahrnehmung und dem Ausdruck von Gefühlen
Körperliches Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> – Förderung körperbezogener Wahrnehmungssensibilität und positiver Körpererfahrungen – Unterstützung bei der Bewältigung von Krankheit und Behinderung – Abbau körperlicher Gesundheitsrisiken, z.B. durch Nichtrauchertraining, Schlankheitstraining

(Quelle: Doubrawa, 1995, S. 20)

Tab. 3

In der Gesundheitsförderung wird der Patient bzw. die Patientin als eigenverantwortlicher Partner bzw. eigenverantwortliche Partnerin angesehen, dem bzw. der zwar Gesundheits- und Veränderungswissen angeboten, aber die Entscheidung über die Umsetzung dieses Wissens nicht abgenommen werden kann. Doubrawa stellt diesem Konzept die vom Risikofaktorenmodell geprägte Gesundheitserziehung gegenüber. Einschränkend bemerkt er, dass die Umsetzung der Prinzipien der Gesundheitsförderung in der Rehabilitation in ihrer Wirkung beschränkt bleiben muss, wenn man bedenkt, dass einem Klinikaufenthalt von einigen Wochen sehr stabile und einflussreiche soziale, wirtschaftliche und politische Einflüsse gegenüberstehen.

In vielen Konzeptbeschreibungen von Rehabilitationskliniken finden sich inzwischen Hinweise auf ressourcenorientierte Angebote im Rahmen der Gesundheitsförderung, Gesundheitsbildung oder Gesundheitserziehung. Das bisher auf die klassischen Risikofaktoren bezogene Programm des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger „Gesundheit selber machen“ soll neben Ernährung, Bewegung und körperlichem Training, Umgang mit Suchtmitteln, Stress und Stressbewältigung künftig die Bausteine Schutzfaktoren und soziale Unterstützung enthalten (Buschmann-Steinhage & Liebing, 1996).

Doubrawa (1995) beschreibt für die stationäre Rehabilitation beispielhaft Ansätze zur Gesundheitsförderung (siehe Tab. 3). Viele der hier genannten Ansätze zielen auf Schutzfaktoren und Kompetenzverbesserung, wollen Wohlbefinden, Problemlösefähigkeiten, Genussfähigkeit und Gefühlsausdruck verbessern. Allerdings sind die hier genannten Überlegungen und Prinzipien in vielen Rehabilitationskliniken erst in Ansätzen umgesetzt.

Die Bedeutung der Salutogenese für die Rehabilitation wurde bisher am intensivsten im Rahmen der onkologischen Rehabilitation diskutiert.

Die einzige, dem Autorenteam vorliegende übergreifende Diskussion einer Anwendung salutogenetischer Prinzipien in der onkologischen Rehabilitation findet sich bei Bartsch und Bengel (1997). Hier ist vor allem auf die Beiträge von Weis (1997) sowie Bartsch und Mumm (1997) zu verweisen.

Die Versorgung onkologischer Patienten und Patientinnen findet in Deutschland zum Großteil in Schwerpunktkliniken für onkologische Rehabilitation statt. Neben der medizinischen und beruflichen Rehabilitation spielt hier die psychosoziale Rehabilitation eine entscheidende Rolle (Psychoonkologie). Die Psychoonkologie untersucht die psychosozialen Belastungen durch die Krebserkrankung mit ihren Auswirkungen auf u.a. Lebensqualität und familiäre Beziehungen, die Möglichkeiten einer psychologisch-psychotherapeutischen Behandlung der Patienten und Patientinnen und ihre Auswirkungen auf Lebensqualität, Erwerbsfähigkeit und auch auf Merkmale der Erkrankung (Rezidive, Metastasen, Lebenserwartung). Auch die Frage, ob die Entstehung und Entwicklung eines Tumors durch psychologische Faktoren beeinflusst wird, fällt in das Aufgabengebiet der Psychoonkologie.

Mit einer Krebserkrankung sind vielfältige psychosoziale Belastungen verbunden: emotionale Probleme (wie z.B. Ängste, Depression, Suizidneigung, Hoffnungslosigkeit, Pessimismus, Sinnverlust), Selbst- und Identitätsprobleme, partnerschaftliche und familiäre Probleme (wie z.B. Kommunikations- und Beziehungsprobleme, Rollenveränderungen, sexuelle Probleme) sowie berufliche Probleme (Weis, 1997).

Die Zielsetzungen der psychosozialen Rehabilitation in der Onkologie richten sich nach Weis (1997) darauf, den Patienten und Patientinnen Möglichkeiten zur Selbstkontrolle zu vermitteln, die Ressourcen zu stärken und zu fördern sowie die Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Weis nennt als Behandlungsziele: *„Stärkung des Selbsthilfepotentials, Ermutigung zum offenen Ausdruck von Gefühlen, Reduktion von Angst, Wut und anderer Gefühle, Verbesserung des Selbstwertgefühls und der mentalen Einstellung zur Krebserkrankung, Förderung der verbleibenden Gesundheit und persönlicher Ressourcen, Verbesserung der Kommunikation zwischen Patient, Partner und Angehörigen“*.

Die genannten Ziele korrespondieren teilweise mit Aspekten der Salutogenese bzw. entsprechen Zielvorstellungen bei Antonovsky. Weis stellt die kognitive Umdeutung und Neubewertung (der Patient bzw. die Patientin verändert seine bzw. ihre Gedanken und Annahmen über sich, sein bzw. ihr Umfeld und seine bzw. ihre Erkrankung) ins Zentrum der Gemeinsamkeiten. Als Behandlungsmaßnahmen nennt er Verhaltenstherapie, Kunsttherapie, Gruppentherapie und Imaginationsverfahren (Verfahren, die mit Bildern und Vorstellungen der Patienten und Patientinnen arbeiten). Diese Verfahren werden zwar durch das Konzept der Salutogenese in ihrer Bedeutung gestärkt, sind jedoch unabhängig davon relevante Strategien in der Psychoonkologie.

Weis merkt zu Recht an, dass die zentrale Frage bei Antonovsky eine präventive, auf Gesunderhaltung zielende ist, während die Psychoonkologie überwiegend mit schwer oder unheilbar kranken Patienten und Patientinnen arbeitet. Jedoch ist auch in der Palliativbehandlung (Behandlung, die keine vollständige Heilung erreichen kann und will; die therapeutischen Maßnahmen zielen auf Schmerzlinderung und den Erhalt einer bestmöglichen Lebensqualität) ein salutogenetisches Vorgehen möglich: Im Vordergrund steht ein auf inneres psychisches Wachstum ausgerichtetes Konzept der Sinnfindung. Weis nennt eine wesentliche Gefahr, die sich insbesondere bei einer undifferenzierten Übernahme des Konzepts ergeben kann: Der Therapeut bzw. die Therapeutin, der bzw. die mit seiner/ihrer eigenen Hilflosigkeit und Ohnmacht konfrontiert wird, weist die Patienten und Patientinnen auf positive Aspekte, Ressourcen und Selbstheilungskräfte hin; dies hilft eventuell in erster Linie dem Therapeuten bzw. der Therapeutin, die eigene Hilflosigkeit zu verdrängen.

Zu anderen, außerhalb der onkologischen und der psychosomatischen Rehabilitation liegenden Indikationsgruppen der Rehabilitation liegen erst wenige Überlegungen oder Studien vor. Meist werden vorhandene Rehabilitationskonzepte „salutogenetisch“ überarbeitet, d.h. um lebensstilorientierte bzw. ressourcenorientierte Angebote ergänzt. Ver-

haltensmedizinische und rehabilitationspsychologische Angebote werden dadurch in ihrer Bedeutung gestärkt (siehe z.B. Albus & Köhle, 1994). Allerdings müssen manche der Angebote kritisch betrachtet werden: Nicht jedes „Wohlbefindenstraining“ ist sinnvoll begründet und indiziert.

Inwieweit in einzelnen Rehabilitationseinrichtungen und in der Nachsorge salutogenetisch orientierte Behandlungs- und Betreuungskonzepte Eingang gefunden haben, kann hier nicht abschließend beurteilt werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass im Bereich der Gesundheitsförderung in der Rehabilitation generell und in der onkologischen Rehabilitation im Besonderen salutogenetisch ausgerichtete Maßnahmen verstärkt entwickelt bzw. eingeführte und bewährte Strategien durch salutogenetische Elemente ergänzt werden. Die bisher einzigen weitergehenden Überlegungen, das Konzept der Salutogenese mit einer allgemeinen Theorie der Krankheitsbewältigung und Krankheitsverarbeitung zu verbinden, finden sich bei Broda (1995). Er fordert die Entwicklung einer kompetenzorientierten Rehabilitation, die im Gegensatz zur bisher vorherrschenden defizitorientierten Rehabilitation steht. Die kompetenzorientierte Rehabilitation umfasst die Betonung der Eigenverantwortung des Patienten bzw. der Patientin, den Abbau von Krankenrollenverhalten und chronischem Krankheitsverhalten sowie die Stärkung der Patientenressourcen.

Zusammenfassend stellen sich für die Weiterentwicklung der Salutogenese im Rahmen der Rehabilitation folgende Aufgaben:

1. Integration der Salutogenese als Teilaspekt einer Theorie der Krankheitsverarbeitung und einer Theorie der Krankheitsfolgen,
2. Analyse der Bedeutung des Kohärenzgefühls im Verlauf des Krankheitsprozesses und der Rehabilitation (z.B. Collins, Hanson, Mulhern & Padberg, 1992), u.a. als Erfolgskriterium und als zu beeinflussende Dimension,
3. Entwicklung von salutogenetischen Therapieprinzipien für die Gesundheitsförderung und die Krankheitsbewältigung.

VERTIEFENDE UND WEITERFÜHRENDE LITERATUR

Bartsch, H. H./Mumm, A. (1997): Die Bedeutung salutogenetischer Prinzipien in der klinischen Onkologie. In: Bartsch, H. H./Bengel, J. (Hrsg.): Salutogenese in der Onkologie (S. 117–126). Basel: Karger.

Weis, J. (1997): Das Konzept der Salutogenese in der Psychoonkologie. In: Bartsch, H. H./Bengel, J. (Hrsg.): Salutogenese in der Onkologie (S. 106–116). Basel: Karger.

**ZUSAMMENFASSUNG
DER EXPERTISE**



5.1

ZUSAMMENFASSUNG UND BEWERTUNG DER FACHDISKUSSION

Die zentralen Aussagen der ersten drei Kapitel zum Kontext, zur Theoriebildung und zum Forschungsstand des salutogenetischen Ansatzes werden hier in komprimierter Form dargestellt. Die Bewertung des Konzepts erfolgt dabei aus der gesundheitswissenschaftlichen Perspektive.

ENTSTEHUNGSHINTERGRUND

Der gesellschaftliche und wissenschaftliche Hintergrund, vor dem Aaron Antonovsky seine Theorie entwickelte, ist geprägt von einer wachsenden kritischen Auseinandersetzung mit der Gesundheitsversorgung und der Gesundheits- und Krankheitsforschung.

Schon in den 70er-Jahren wurde am traditionellen System der Gesundheitsversorgung kritisiert, dass es zu organ- und symptombezogen sei und auf einem mechanistischen Krankheitsverständnis basiere. Die in der Folge entstandene wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Gesundheits- und Krankheitsbegriff macht deutlich, dass Gesundheit und Krankheit sehr komplexe Phänomene sind, die nur schwer definierbar sind. Dennoch sind Definitionen wichtig, da es von ihnen abhängt, welche Schlussfolgerungen für den Umgang mit Gesundheit und Krankheit getroffen werden.

Eine Konsequenz aus der Kritik am mechanistischen Krankheitsverständnis war die Entwicklung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells. Hier werden zur Erklärung und Behandlung von Krankheiten neben somatischen auch psychologische und soziale Faktoren hinzugezogen. Parallel zur Entwicklung dieses biopsychosozialen Modells wurden – zunächst ausschließlich auf der Basis des Risikofaktorenmodells – die Bemühungen um die Prävention von Krankheiten verstärkt; Letzteres führte u.a. zum Konzept der Gesundheitsförderung.

Die Entwicklungen des erweiterten Verständnisses von Krankheit und Gesundheit führten auch zu einer Ausweitung und Differenzierung der wissenschaftlichen Fächer, die sich mit dem Thema Gesundheit beschäftigen, wie z.B. Sozialmedizin, Umweltmedizin, Medizinische Psychologie, Psychosomatische Medizin, Psychoneuroimmunologie, Gesundheitspsychologie, Verhaltensmedizin oder Public Health.

DAS KONZEPT DER SALUTOGENESE

Mit dem Modell der Salutogenese will Antonovsky eine Antwort auf die für ihn zentrale und leitende Fragestellung geben: Was erhält Menschen – trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse – gesund? Die folgenden Merkmale charakterisieren den salutogenetischen Ansatz.

Der menschliche Organismus als System ist permanent (natürlichen) Einflüssen und Prozessen ausgesetzt, die eine Störung seiner Ordnung (d.h. seiner Gesundheit) bewirken. Gesundheit ist kein stabiler Gleichgewichtszustand, sondern muss in der Auseinandersetzung mit krankmachenden Einflüssen kontinuierlich neu aufgebaut werden. Gesundheit und Krankheit sind keine einander ausschließenden Zustände, sondern die Extrempole auf einem Kontinuum (Gesundheits-Krankheits-Kontinuum). Dazwischen liegen Zustände von relativer Gesundheit und relativer Krankheit.

Die Suche nach spezifischen Krankheitsursachen (pathogenetischer Ansatz) muss nach Antonovsky durch die Suche nach gesundheitsfördernden bzw. gesunderhaltenden Faktoren (salutogenetischer Ansatz) ergänzt werden. Diese Faktoren werden von ihm generalisierte Widerstandsressourcen genannt. Es gibt sowohl individuelle (z.B. körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien) als auch soziale und kulturelle Widerstandsressourcen (z.B. soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten, kulturelle Stabilität). Durch die Frage nach Widerstandsressourcen steht der ganze Mensch mit seiner Biografie im Mittelpunkt und nicht nur seine Erkrankung bzw. seine Symptome.

Das Modell von Antonovsky steht in der Tradition der Stress- und Bewältigungsforschung. Die Gefährdung der Gesundheit geht nach diesem Ansatz vom schädigenden Einfluss von Stressoren verschiedenster Art aus. Im Gegensatz zu anderen Stressforschern geht Antonovsky davon aus, dass Stressoren allgegenwärtig sind und deren Wirkung nicht zwangsläufig gesundheitsschädigend sein muss. Antonovsky schlägt vor, zwischen Anspannung und Stress zu unterscheiden. Die erste Reaktion auf Stressoren ist seiner Ansicht nach physiologische Anspannung. Ob daraus Stress und im weiteren Verlauf gesundheitsschädigende Prozesse entstehen, ist von den Bewertungs- und Bewältigungsreaktionen des Individuums abhängig.

Die wichtigste Einflussgröße, die über den Ausgang dieser Bewertungs- und Bewältigungsreaktionen entscheidet, ist für Antonovsky das Kohärenzgefühl. Das Kohärenzgefühl ist

„eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß erstens die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Er-fahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, und daß zweitens die Ressourcen zur Verfügung stehen, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, daß diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen.“ (Antonovsky, 1993a, S. 12; Übersetzung durch Franke & Broda)

Je stärker das Kohärenzgefühl ausgeprägt ist, so die Annahme Antonovskys, desto besser gelingt es der Person, gesund zu bleiben. Das Kohärenzgefühl besteht aus drei Komponenten:

- dem Gefühl von Verstehbarkeit,
- dem Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit und
- dem Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit.

Das *Gefühl der Verstehbarkeit* meint, die Welt als geordnet und strukturiert wahrzunehmen und nicht als chaotisch, willkürlich, zufällig oder unerklärlich. Das *Gefühl der Handhabbarkeit* meint die Überzeugung, dass Schwierigkeiten lösbar sind, und dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen. Das *Gefühl der Sinnhaftigkeit* beschreibt das Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet und Probleme und Anforderungen für wert befunden werden, dass man Energie in sie investiert.

Das Besondere am Kohärenzgefühl ist seine steuernde Funktion. Nach Antonovsky bestimmt die Ausprägung des Kohärenzgefühls über den flexiblen und angemessenen Einsatz von generalisierten Widerstandsressourcen, zu denen auch Bewältigungsstile gezählt werden.

Das Kohärenzgefühl entwickelt sich im Laufe der Kindheit und Jugend. Mit etwa 30 Jahren ist es ausgebildet und bleibt relativ stabil. Antonovsky bezeichnet das Kohärenzgefühl daher auch als dispositionale Orientierung. Es ist jedoch nicht mit einem Persönlichkeitstyp zu vergleichen. Ob sich ein starkes oder ein schwaches Kohärenzgefühl herausbildet, hängt für Antonovsky von den gesellschaftlichen Gegebenheiten und der familiären Sozialisation ab. Eine grundlegende Veränderung im Erwachsenenalter hält er nur begrenzt für möglich. Eine Veränderung durch Psychotherapie sei nur durch harte und kontinuierliche Arbeit zu erreichen.

Um die Ausprägung des Kohärenzgefühls zu erfassen, hat Antonovsky einen Fragebogen, den *Orientation to Life Questionnaire* bzw. die SOC-Skala, entwickelt, der in einer Langform und in einer Kurzform vorliegt. Die bisherige empirische Überprüfung des Fragebogens zeigt, dass die drei Dimensionen des Kohärenzgefühls (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit) nicht getrennt voneinander betrachtet werden können, d.h., dass die Skala nur die Gesamtausprägung des Kohärenzgefühls misst. Es zeigt sich, dass das Instrument eine hohe Reliabilität, d.h. eine hohe Messgenauigkeit aufweist.

STAND DER FORSCHUNG

Entgegen der Popularität des Begriffs „Salutogenese“ ergaben unsere Recherchen, dass in den 20 Jahren, seit Antonovsky sein Modell vorgestellt hat, nicht viel mehr als ca. 200 Studien veröffentlicht wurden, die die empirische Fundierung des Modells zum Gegenstand haben. Dies zeigt, dass das Modell von wissenschaftlicher Seite insgesamt relativ wenig zur Kenntnis genommen wurde. Insbesondere in den USA, die in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung eine führende Position einnehmen, wurden nur wenige Studien durchgeführt.

Die empirische Fundierung des Salutogenesemodells beschränkt sich auf Querschnittsuntersuchungen, die den Zusammenhang von Kohärenzgefühl mit verschiedenen Parametern psychischer und physischer Gesundheit und Persönlichkeitseigenschaften messen (z.B. körperliche Beschwerden, Ängstlichkeit, Lebenszufriedenheit, Stresswahrnehmung, soziale Unterstützung und Gesundheitsverhalten). Diese Korrelationen erlauben keine Aussagen über Ursachenzusammenhänge. Wenn sich also bedeutsame Korrelationen zwischen einem hohen SOC und einer Gesundheitsvariablen finden, kann man damit noch nicht nachweisen, dass SOC ein ursächlicher Faktor (d.h. die Voraussetzung oder Ursache) für Gesundheit und Gesunderhaltung ist.

Das Kohärenzgefühl zeigt einen hohen negativen Zusammenhang zu Maßen *psychischer Gesundheit* wie Ängstlichkeit und Depressivität; d.h. Menschen, die einen hohen SOC haben, sind weniger ängstlich und depressiv als Menschen mit einem niedrigen SOC-Wert.

Weniger eindeutig ist dagegen der Zusammenhang zwischen SOC und Maßen der *körperlichen Gesundheit*. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu Antonovskys Annahme eines direkten Einflusses des Kohärenzgefühls auf die körperliche Gesundheit.

Das Kohärenzgefühl scheint Einfluss auf die Stresswahrnehmung und *Stressbewältigung* zu haben und kann die Anpassung an schwierige Lebenssituationen erleichtern. Menschen mit hohem Kohärenzgefühl nehmen Ereignisse oder Anforderungen eher als Herausforderung und weniger als Belastung wahr. Wenn sie dennoch Stress erleben, können sie ihn schneller wieder abbauen. Hier stützen viele der empirischen Ergebnisse die Aussagen Antonovskys.

Nur wenige Studien befassen sich mit dem Zusammenhang zwischen SOC und den verschiedenen Maßen *sozialer Unterstützung*. Die Einzelergebnisse zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen SOC und der Anzahl an Freunden bzw. Freundinnen, ehelicher Zufriedenheit und sozialer Unterstützung.

Für die Prävention ist von Interesse, ob das Kohärenzgefühl Auswirkungen auf konkrete *Gesundheits- oder Risikoverhaltensweisen* hat (z.B. Sport und Bewegung oder Rauchen). Aus den wenigen Studien, die hierzu durchgeführt wurden, lassen sich aufgrund der widersprüchlichen Befundlage keine eindeutigen Aussagen ableiten.

Bezogen auf das *Geschlecht* zeigt sich die Tendenz, dass Frauen im Durchschnitt geringere SOC-Werte haben als Männer. Die weibliche Sozialisation könnte eine Barriere für die Entwicklung eines ausgeprägten Kohärenzgefühls sein.

Entgegen der Annahme Antonovskys, dass das Kohärenzgefühl im Erwachsenenalter eine stabile Eigenschaft ist, finden sich in den vorliegenden Studien Hinweise, dass mit zunehmendem *Alter* auch die Stärke des Kohärenzgefühls zunimmt. Um fundierte Aus-



sagen über die Veränderbarkeit des Konstrukts machen zu können, fehlen jedoch Studien mit Längsschnittdesign.

Zur Frage des Zusammenhangs von Kohärenzgefühl und *Bildungsstand*, *sozioökonomischem Status* und *Berufstätigkeit* lassen sich aufgrund widersprüchlicher Ergebnisse keine eindeutigen Aussagen formulieren.

VERWANDTE KONZEPTE

Vor und parallel zum Kohärenzgefühl werden seit Jahren Konstrukte und Konzepte entwickelt, die zu erklären versuchen, wie individuelle Eigenschaften und Denkstile Einfluss auf die Entstehung und Veränderung von Gesundheit und Krankheit und auf die Krankheitsbewältigung bzw. das Gesundheitsverhalten nehmen. Zu den bekanntesten dieser personalen oder internen Protektivfaktoren gehören Gesundheitskontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeitserwartung, Optimismus, Widerstandsfähigkeit und seelische Gesundheit, aber auch Depressivität und Ängstlichkeit. Der Stand der Forschung ist bei den einzelnen Konstrukten sehr unterschiedlich (Anzahl Studien und empirische Evidenz für die Gültigkeit der Modelle). Ähnlichkeiten bestehen zu Optimismus und Widerstandsfähigkeit, weniger deutlich sind die Zusammenhänge mit Kontrollüberzeugungen.

Die genannten Konstrukte und das Modell der Salutogenese sind im Kontext der Stressforschung entwickelt worden. Daher weisen die grundlegenden theoretischen Überlegungen neuerer Ansätze der Stressforschung oft große Ähnlichkeiten mit Antonovskys Modell auf.

Für die Einschätzung und Bewältigung von Stressoren sind kognitive Bewertungsprozesse ausschlaggebend. Eine der bekanntesten Stresstheorien ist das transaktionale Stressmodell von Lazarus. Er unterscheidet zwei Bewertungsprozesse: Zum einen können Ereignisse als Bedrohung, Herausforderung oder als irrelevant für das eigene Wohlbefinden eingeschätzt werden; zum anderen werden die eigenen Ressourcen bewertet, die zur Bewältigung des Stressors eingesetzt oder nicht eingesetzt werden können.

Es gibt verschiedene Bewältigungsstrategien, die dazu führen, dass sich eine Person veränderten Lebensbedingungen anpassen bzw. nicht anpassen kann. Effektive Stressbewältigung scheint vor allem dann zu gelingen, wenn verschiedene Copingstrategien flexibel eingesetzt werden können. Als grundlegenden Unterschied zu den bisherigen Stressmodellen sieht Antonovsky die Tatsache, dass die salutogenetische Perspektive in traditionellen Ansätzen der Stressforschung vernachlässigt wird.

Ebenso wie die Stressforschung ist die Resilienz- bzw. Invulnerabilitätsforschung lediglich der Rahmen oder Überbegriff für verschiedene Forschungsrichtungen. Mit den Begriffen Resilienz und Invulnerabilität sind stabile und gesunde Persönlichkeits- und Verhaltensentwicklungen gemeint, die trotz ungünstiger frühkindlicher Belastungen und

Erfahrungen eingetreten sind. Der Forschung in diesem Bereich fehlt häufig eine zugrunde gelegte Theorie. Als Ergebnis werden oft Variablenkataloge vorgelegt, in denen teilweise auch das Kohärenzgefühl – als eine mögliche protektive Eigenschaft neben anderen – aufgezählt wird. Charakteristisch für die Resilienzforschung ist die Durchführung von Längsschnittuntersuchungen. Sie sind besser als Querschnittuntersuchungen dazu geeignet, kausale Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Protektivfaktoren nachzuweisen.

BEWERTUNG

Antonovsky formuliert sein salutogenetisches Modell in einer Zeit, in der – neben einer Kritik am medizinischen Versorgungssystem – die Erforschung von Krankheiten und Krankheitsursachen um die psychosoziale Dimension erweitert und die Bedeutung von Umweltfaktoren erkannt wird. Gleichzeitig werden die präventiven Bemühungen verstärkt und ein ganzheitliches, nicht ausschließlich symptomorientiertes Vorgehen gefordert. Die Grundgedanken des salutogenetischen Ansatzes ähneln dem Lebensweisenkonzept der Weltgesundheitsorganisation und dem Konzept der Gesundheitsförderung, wie es 1986 in der Ottawa-Charta niedergelegt wurde.

Die Grundgedanken des salutogenetischen Ansatzes sind nicht neu. Salutogenetische Empfehlungen und Konzepte können bis in die antike Medizin zurückverfolgt werden. Auch in jüngerer Zeit lassen sich Vorläufer und verwandte Konzeptionen finden.

Antonovsky ist jedoch der Erste, der nicht nur das pathogenetische Modell kritisiert, sondern ihm ausdrücklich eine salutogenetische Theorie entgegensetzt, sie ausführlich beschreibt und mit empirischen Studien zu unterstützen versucht.

Das Modell der Salutogenese kann als die erste und am weitesten entwickelte Theorie zur Erklärung von Gesundheit bezeichnet werden (Dlugosch, 1994; Faltermeier, 1994). Es berücksichtigt Einflussgrößen auf sozialer, physiologischer, biochemischer, emotionaler und kognitiver Ebene. Durch dieses Einbeziehen vieler Variablen und Ebenen hat es einen hohen Integrationswert (Becker, 1992). Es entspricht einem komplexen, meta-theoretischen und heuristischen Prozessmodell (Jerusalem, 1997; Faltermaier, 1994), d.h. es bietet sich als Orientierungsrahmen an, der komplexe Zusammenhänge ordnen und veranschaulichen kann. Viele der Annahmen, die das Modell der Salutogenese macht, sind jedoch aufgrund seiner Komplexität einer empirischen Prüfung nur schwer zugänglich.

Als Prozessmodell vereinigt es mehrere Zeitdimensionen, die unterschiedliche methodische Herangehensweisen erfordern. Es besitzt zwei zeitliche Hauptebenen:

1. Die *Entstehung des Kohärenzgefühls* wird erklärt durch die Modellkomponenten generalisierte Widerstandsressourcen und deren Quellen, Lebenserfahrungen und das Resultat der Spannungsbewältigung; hier wird von langfristigen Prozessen ausgegangen, da die Entwicklung des Kohärenzgefühls weitestgehend in frühen Jahren erfolgt.

2. Der aktuelle *Gesundheitszustand* wird durch die Komponenten Stressoren, Kohärenzgefühl, generalisierte Widerstandsressourcen, Spannungszustand und Stresszustand erklärt. Hier handelt es sich eher um kurz- bis mittelfristige Prozesse. Die generalisierten Widerstandsressourcen, die hier wirksam werden, sind nicht identisch mit denen, die zur Entstehung des Kohärenzgefühls beigetragen haben.

Diese unterschiedlichen Ebenen des Modells machen deutlich, dass von ihm immer nur Teilaspekte untersucht werden können. Für viele der Annahmen sind Fragen der Operationalisierung noch nicht zufriedenstellend gelöst.

Das Modell der Salutogenese geht von einem Informationstransfer zwischen den beteiligten Ebenen und Teilsystemen aus. Es fehlen jedoch Erklärungsmöglichkeiten dafür, wie dieser Transfer vonstatten geht (Noack, 1997). So betont Antonovsky beispielsweise mehrfach den soziologischen Charakter seines Modells, der sich vor allem darin zeigt, dass das Kohärenzgefühl durch strukturelle Merkmale geprägt wird. Die Theorie gibt jedoch keine ausreichende Erklärung dafür, wie soziostrukturelle Faktoren die Ausprägung des Kohärenzgefühls beeinflussen (Siegrist, 1993). Ebenso werden z.B. genetische Faktoren nicht einbezogen.

Die Vorstellung eines Kontinuums mit Gesundheit und Krankheit als Polen ermöglicht es, eine differenziertere Einschätzung des gesundheitlichen Zustands einer Person zu treffen, als dies bei einer kategorialen Einteilung in gesund oder krank möglich ist. Ein Nachteil der eindimensionalen Vorstellung besteht darin, dass ein linearer Zusammenhang zwischen der Abnahme von gesunden und der Zunahme von kranken Anteilen angenommen wird: Je weniger gesunde Anteile eine Person hat, desto mehr kranke muss sie zwangsläufig haben. Es scheint günstiger, Gesundheit und Krankheit als zwei voneinander unabhängige Faktoren zu konzipieren (siehe auch Lutz & Mark, 1995). Auffallend am Modell der Salutogenese ist die Tatsache, dass Antonovsky keine direkte Verbindung zwischen der zentralen Größe Kohärenzgefühl und der Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum annimmt.

Ein Schwachpunkt des Modells ist die Einengung auf das körperliche Befinden. Antonovskys Argumentation hierzu ist nur schwer nachzuvollziehen. Obwohl Antonovsky von Zusammenhängen zwischen Kohärenzgefühl, körperlichem Befinden und seelischem Wohlbefinden ausgeht, lehnt er es ab, diesen Aspekt in sein Modell zu integrieren. Mit der Trennung von körperlichem und seelischem Wohlbefinden wird jedoch wiederum eine Dichotomie aufgebaut, die den Bemühungen um eine ganzheitliche Wahrnehmung des Menschen zuwiderläuft.

Die Beschreibung eines sehr niedrig ausgeprägten Kohärenzgefühls weist deutlich Nähe zu kognitiven, emotionalen und motivationalen Symptomen bei Depression auf: Ressourcen werden nicht gesehen, auf Anforderungen kann nicht flexibel und situationsangepasst reagiert werden, das Leben erscheint sinnlos.

Antonovskys Stresskonzept bleibt in einigen Punkten unklar: So ist zum Beispiel nicht beschrieben, wodurch sich ein Spannungszustand von einem Stresszustand unterscheidet. Auch die Prozesse, die Stresszustände pathogen wirken lassen, bleiben unklar. Zwar wird die Verbindung von Stress mit krankmachenden Faktoren und Schwachstellen als Ursache für die Entstehung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen genannt; die Unterscheidung zwischen akuten Stressreaktionen und anhaltender Stressbelastung wird jedoch nicht geleistet. Auch Siegrist (1993) vermisst bei der Theorie Antonovskys die stressphysiologische und vor allem emotionstheoretische Fundierung, d.h. affektive Komponenten werden zu wenig berücksichtigt.

Die Wahl von Bewältigungsstrategien und der Einsatz von Ressourcen wird in Antonovskys Modell als überwiegend rational gesteuert angesehen (Siegrist, 1993; 1994). Ein zentraler Diskussionspunkt ist die Frage, ob das Kohärenzgefühl tatsächlich eine übergeordnete steuernde Funktion hat, wie dies Antonovsky annimmt. Noack (1997) beispielsweise gesteht dies dem Konzept nicht zu, sondern reiht es neben Konstrukte wie Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl oder Optimismus ein.

Es gibt bisher wenige Ansätze, die das Modell der Salutogenese auf theoretischer Ebene entscheidend weiterentwickeln. Dabei sind sowohl Antonovsky selbst als auch andere Autoren der Meinung, dass das Konzept unfertig ist und viele ungeklärte Fragen bestehen (Franke, 1997; Noack, 1997).

Becker (1992) legt ein interaktionistisches Anforderungs-Ressourcen-Modell vor, das sowohl die Tradition des Belastungs-Bewältigungs-Paradigmas übernimmt als auch die salutogenetische Perspektive Antonovskys aufgreift. Körperliche und seelische Gesundheit bzw. Krankheit werden als Folge individueller Bemühungen zur Bewältigung interner und externer Anforderungen mit Hilfe interner und externer Ressourcen erklärt (vgl. Abschnitt 3.3).

Noack (1997) fordert eine Weiterentwicklung des salutogenetischen Ansatzes dahin gehend, Systembedingungen für positive gesundheitliche Entwicklungen zu erklären, um gesundheitspolitische und praktische Handlungsanleitungen ableiten zu können (siehe auch „Theorie der Humanmedizin“ von Uexküll & Wesiack, 1988).

Das Gesamtmodell der Salutogenese war und ist so gut wie gar nicht Gegenstand empirischer Überprüfung. Das ist in Anbetracht der Komplexität des Modells auch kaum verwunderlich. So haben wir also auf der einen Seite ein umfassendes Modell der Gesundheit, das empirisch nicht fassbar ist, und auf der anderen Seite Studien zu eng umschriebenen Zusammenhängen zwischen dem zentralen Konstrukt des Modells – dem Kohärenzgefühl – und einer langen Liste von Gesundheits- bzw. vor allem Krankheitsparametern. Die Ergebnisse weisen vorwiegend auf eine widersprüchliche Befundlage hin. Kaum ein Zusammenhang kann momentan als relativ gesichert gelten, da teilweise nur vereinzelte Studien überhaupt denselben Zusammenhang untersuchen bzw. die Studien widersprüchliche Ergebnisse beinhalten.

Homogene Ergebnisse finden sich vorwiegend zum Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Maßen psychischer Gesundheit, was von Antonovsky nicht berücksichtigt bzw. erwartet wurde. Hier wurden ausgesprochen hohe Korrelationen zwischen SOC und Ängstlichkeit sowie Depressivität gefunden. Damit stellt sich nach wie vor die Frage, ob die Messung des Kohärenzgefühls gegenüber Konstrukten mit langer und intensiver Forschungstradition zusätzlichen Informationsgewinn mit sich bringt. Der von Antonovsky postulierte direkte Einfluss von Kohärenzgefühl auf die körperliche Gesundheit kann durch die vorliegenden Studien nicht in gewünschtem Maße gestützt werden.

Die von Antonovsky entwickelte SOC-Skala gibt – nach dem bisherigen Stand der Forschung zu urteilen – nur einen Gesamtwert des Kohärenzgefühls wieder. Die Ausprägungen auf den drei Dimensionen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit lassen sich mit der SOC-Skala offensichtlich nicht abbilden. Auch wenn Antonovsky sich selbst von dieser Tatsache wenig überrascht zeigt, bleibt ein Widerspruch zwischen den theoretischen Annahmen und den entsprechenden empirischen Befunden bestehen.

Antonovsky beklagt, dass die salutogenetische Perspektive bisher zu wenig oder gar nicht Einzug in die gesundheitswissenschaftliche Forschung gehalten hat. Seiner Ansicht nach werden bereits die Untersuchungshypothesen pathogenetisch formuliert, d.h. es wird nach Ursachen von Krankheit gesucht, nicht aber erklärt, warum Menschen in Anbetracht von kritischen Lebensereignissen oder dauerhafter Belastung gesund bleiben. Die untersuchten abhängigen Variablen sind fast ausschließlich Krankheitsparameter, positive Gesundheitsmaße werden nicht einbezogen. Zusätzlich wird ohne weitere Überprüfung angenommen, dass Stressoren per se gesundheitsschädlich sind.

Die uns vorliegenden Studien sind insofern salutogenetisch orientiert, als sie das Kohärenzgefühl untersuchen. Grundsätzliche Unterschiede zur bisherigen Forschungstradition lassen sich aber kaum feststellen, da weiterhin doch Zusammenhänge zwischen SOC und negativen Gesundheitsmaßen wie Beschwerden, Symptome, Krankheiten im Vordergrund stehen. Die Annahme der Stabilität des Kohärenzgefühls ist empirisch nicht ausreichend belegt, und auch der Anspruch inter- bzw. transkultureller Gültigkeit ist nicht überprüft. Die Erforschung von gesundheitlichen Protektivfaktoren ist allerdings noch schwieriger als die von Risikofaktoren.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass das Kohärenzgefühl eines unter mehreren vorgeschlagenen und untersuchten Konzepten ist. Insbesondere die Überschneidung mit anderen Konstrukten und die Schwierigkeit bei Abgrenzung der drei Komponenten (Problem der Konstruktvalidität und Dimensionalität) werden eine Weiterentwicklung der empirischen Fundierung hemmen.

Neben der genannten Integrationskraft des salutogenetischen Modells müssen als hauptsächliche Kritikpunkte festgehalten werden:

- die Konzentration auf kognitive und subjektive Dimensionen (Kohärenzgefühl) als entscheidende Größe,

- der geringe Stellenwert psychischer Gesundheit,
- geringe Analyse der Wechselwirkung zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit,
- die ungeklärte Wechselwirkung zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheit bzw. Krankheit, d.h. der Widerspruch zwischen Modell und Empirie bezüglich SOC und psychischer Gesundheit,
- die methodischen Probleme bei der empirischen Überprüfung des Modells.

Die Bedeutung des Konzepts für die Gesundheitswissenschaften sehen wir in zweifacher Hinsicht: Es stimuliert die (interdisziplinäre) gesundheitswissenschaftliche Forschung zu Protektivfaktoren und Ressourcen, und es erweitert den Blick auf bisher zu wenig beachtete Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen gesundheitlichen Risiken und gesundheitlichen Schutzfaktoren bzw. schützenden Bedingungen. Es belegt, wie wichtig eine Rahmentheorie der Gesundheit bzw. der Gesunderhaltung ist, auch wenn sie mit den heutigen Möglichkeiten nicht empirisch überprüft werden kann.

5.2 ZUSAMMENFASSUNG UND BEWERTUNG VON STELLENWERT UND NUTZUNG DES KONZEPTS

Das Modell der Salutogenese ist bisher in den drei Anwendungsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention, Psychosomatik und Psychotherapie sowie Rehabilitation diskutiert worden. In anderen Arbeitsfeldern spielt das Konzept der Salutogenese bislang eine geringe Rolle.

SALUTOGENESE IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Unter den genannten drei Feldern hat die Salutogenese die größte Bedeutung in der Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung bzw. Prävention erlangt. Die häufig theoriearm aneinandergereihten präventiven Aktivitäten bekommen hier eine Rahmentheorie. Das Modell der Salutogenese dient als Metatheorie und als Legitimation für konzeptuelle Überlegungen und für die Maßnahmenplanung. Es unterstützt eine kritische Sicht der bisherigen gesundheitserzieherischen Präventionsbemühungen, nimmt die Kritik am Risikofaktorenmodell auf und steht für ressourcenorientierte, kompetenzsteigernde und unspezifische Präventionsmaßnahmen. Den Aspekten des Risikofaktorenmodells – Warnung, Furchtappell und Lustfeindlichkeit – setzt das Modell ein positives Konzept entgegen. Der Perspektivenwechsel von den Risikofaktoren zu den Protektivfaktoren und Ressourcen geht einher mit einem modernen, interaktionellen Gesundheitsbegriff, der die psychische und soziale Dimension gleichbedeutend neben die somatische Dimension stellt.

Das Modell der Salutogenese ist in etwa zeitlich parallel mit gemeindepsychologischen Ansätzen, dem Konzept des Empowerments und sozialökologischen Ansätzen formuliert worden. All diese Ansätze stehen für bzw. ermöglichen einen Perspektivenwechsel in der Prävention, der seinen Niederschlag in der Ottawa-Charta der WHO und im Ansatz der Gesundheitsförderung findet. Auch wenn in der Ottawa-Charta der WHO von 1986 der Begriff der Salutogenese bzw. des Kohärenzgefühls noch nicht auftaucht, wird die Stärkung des Kohärenzgefühls später als zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung genannt und das von Antonovsky formulierte positive Selbstbild der Handlungsfähigkeit als ein wesentliches Element von Gesundheit betrachtet.

Für viele Autoren und Autorinnen ist die Umsetzung des Salutogenesemodells in der Prävention gleichbedeutend mit dem WHO-Konzept der Gesundheitsförderung. Das bedeutet jedoch auch, dass die wenige hierzu vorliegende Literatur zu anwendungsbezogenen Aspekten der Salutogenese nichts Neues bzw. nichts bringt, was über die Diskussion der Gesundheitsförderung hinausgeht. Programme wie „Gesunde Städte“, „Kinder stark machen“, „Erste Liebe und Sexualität“ u.a. haben zum Ziel, die aktive Beteiligung von Nichtprofessionellen bzw. die Selbsthilfe Betroffener zu fördern. Sie versuchen, unabhängig vom Risikoverhalten Ressourcen und Kompetenzen der Zielgruppe zu stärken und vermitteln positive Kommunikations- und Interaktionsformen. Diese Maßnahmen erstrecken sich auf unterschiedlichste Bereiche und beziehen soziale, ökologische und kommunale Aspekte in die Aktivitäten mit ein.

Aus den Grundannahmen von Antonovskys Modell leitet sich für die Gesundheitsförderung und Prävention die Forderung ab, Kindern und Jugendlichen eine Umwelt zu schaffen, die ihnen ausreichend Ressourcen bietet, um ein starkes Kohärenzgefühl herausbilden zu können. Das Kohärenzgefühl dominiert zwar als personale Ressource das Modell der Salutogenese, für seine Entwicklung müssen jedoch gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen darauf abzielen, ein breites Spektrum an individuellen, sozialen und kulturellen Faktoren (z.B. Intelligenz, Bildung, Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten, kulturelle Stabilität) zu fördern. Maßnahmen im Sinne des salutogenetischen Modells sollen Kindern und Jugendlichen wiederholt konsistente Erfahrungen ermöglichen sowie eine Balance zwischen Über- und Unterforderung herstellen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit werden allerdings die weiterführenden Forschungsbefunde zu Protektivfaktoren nicht im Kontext der Salutogenese vorgelegt, sondern in der Vulnerabilitätsforschung (Resilienzforschung) und der Forschung zur Epidemiologie psychischer und somatischer Störungen im Kindes- und Jugendalter.

Für Bemühungen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Erwachsenen zeichnet Antonovsky mit seiner Annahme eines stabilen Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter ein pessimistisches Bild. Allerdings ist die Frage der Stabilität des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter empirisch noch nicht ausreichend beantwortet. Bei den gesundheitsfördernden Interventionen ergibt sich nach Antonovsky das Problem, dass bei Erwachsenen sehr intensive Maßnahmen erforderlich wären, um eine Veränderung zu erreichen.

Die von uns gefundenen publizierten bzw. verschrifteten Beispiele für Salutogenese in der Prävention hätten auch ohne die theoretischen Überlegungen von Antonovsky entwickelt und vorgestellt werden können. Allerdings muss hier einschränkend bemerkt werden, dass viele präventive Konzepte und Maßnahmen nicht in schriftlicher und evaluierter Form zugänglich sind. Der motivationale und argumentative Nutzen des salutogenetischen Konzepts für die Planung, Durchsetzung und Durchführung von z.B. kompetenzverbessernden Angeboten für Vorschulkinder, aber auch für die gesamte Gesundheitsförderung und Prävention, kann nur erahnt werden.

Auch bei einer kritisch eingeschätzten wissenschaftlichen Wertigkeit wird das Konzept der Salutogenese auch künftig insbesondere in der Prävention und Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle spielen. Das salutogenetische Modell entspricht am ehesten den Wünschen und Anforderungen der Akteure und Akteurinnen in diesem Feld, wobei der Informationsstand jedoch sehr unterschiedlich ist. Vielfach wird ohne genauere Kenntnis des Modells eine salutogenetische Wende gefordert, und bereits eingeführte Maßnahmen werden unter dem Etikett Salutogenese weitergeführt.

SALUTOGENESE IN PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK

Der insgesamt geringe Stellenwert von Antonovskys Modell in Psychotherapie und Psychosomatik wird durch die Tatsache dokumentiert, dass in neueren Lehrbüchern die Begriffe Salutogenese und Kohärenzgefühl nur vereinzelt – und wenn, dann auf einer allgemeinen Ebene – genannt werden. Drei Tagungsbände greifen die Diskussion zum Stellenwert von Kohärenzgefühl und Salutogenese in Psychotherapie und Psychosomatik auf. Im Vordergrund steht hier jedoch die kritische Auseinandersetzung mit einem pathogenetischen und dem biomedizinischen Modell verpflichteten Krankheits- und Gesundheitsmodell. Salutogenese steht als Synonym für Ressourcenaktivierung, deren Bedeutung, unabhängig von Antonovsky, von den meisten Therapieschulen herausgestrichen wird. Nur wenige Studien untersuchen jedoch bisher die Veränderung des Kohärenzgefühls im Zusammenhang mit psychotherapeutischer Behandlung.

SALUTOGENESE IN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION

In der medizinischen Rehabilitation erhält das Konzept der Salutogenese nur im Rahmen der Gesundheitsförderung eine gewisse Bedeutung. Die Maßnahmen der sogenannten Gesundheitsbildung sind meist dem medizinischen Krankheitskonzept verpflichtet und haben die Reduktion von gesundheitlichem Risikoverhalten zum Ziel. Zunehmend finden jedoch auch ressourcenorientierte Ansätze Beachtung, und der Ansatz der Gesundheitsförderung wird für die Rehabilitation eingefordert und teilweise umgesetzt. Den bisher vorliegenden Programmen werden neue Bausteine wie Schutzfaktoren, soziale Unterstützung oder Genusstraining hinzugefügt. Die Maßnahmen müssen aber individu-

umszentriert bleiben und entsprechen in der praktischen Umsetzung nicht dem umfassenden Konzept der Gesundheitsförderung.

Der Begriff Salutogenese wird häufig für bereits bestehende Angebote oder Rehabilitationsziele verwendet. Er hilft jedoch, diese einer kritischen Betrachtung zu unterziehen. Die Integration der Salutogenese als Teilaspekt einer Theorie der Krankheitsverarbeitung und -folgen, die Analyse der Bedeutung des Kohärenzgefühls im Verlauf des Krankheits- und Rehabilitationsprozesses sowie die Entwicklung von salutogenetischen Therapiezielen sind wichtige Aufgaben der Rehabilitation.

ZUSAMMENFASSENDE BEWERTUNG

Antonovsky bleibt nicht bei der wissenschaftlichen Analyse von Gesundheit stehen, sondern formuliert auch gesundheitspolitische und gesundheitswissenschaftliche Konsequenzen. Er belebt mit der Vorstellung eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums die Diskussion um den Krankheits- und Gesundheitsbegriff. Er fordert die interdisziplinäre Erforschung von Gesundheit und Krankheit und stärkt eine sowohl verhaltens- wie auch verhältnisorientierte Prävention. Damit stößt er die Wertediskussion um den Stellenwert von gesundheitlicher Versorgung und gesellschaftlichem Wert der Gesundheit an.

Die Etablierung und Erforschung des Konstrukts Kohärenzgefühl als Zielgröße von therapeutischen und präventiven Maßnahmen ist nicht in ausreichendem Maß erfolgt. Aus wissenschaftlicher Sicht ist fraglich, ob sich dieses Konstrukt durchsetzen können wird. Das Interesse an Antonovskys salutogenetischem Modell erklärt sich aus der Kritik an der aktuellen Forschung, aus der Kritik an der rein pathogenetischen Perspektive und aus dem Bedürfnis nach einer handlungsleitenden Theorie, insbesondere für die Gesundheitsförderung und Prävention.

5.3

AUSBLICK UND EMPFEHLUNGEN

Die Expertise referiert den aktuellen Diskussionsstand zum Konzept der Salutogenese. Dabei kann zum großen Teil nur auf publiziertes oder auf andere Weise zugängliches Material zurückgegriffen werden, sodass sie notwendigerweise selektiv und nicht umfassend ist. Auch die vorgelegte Bewertung stellt selbstverständlich die Meinung der Autorinnen und des Autors dar.

Da die Aufnahme und Diskussion des Konzepts in den Gesundheitswissenschaften relativ spät erfolgt ist und bisher insgesamt eher zögerlich verlief, glauben wir, dass eine pauschale Bewertung dem Konzept nicht gerecht wird. Deshalb wollen wir die Expertise mit dem Versuch schließen, drei Kernfragen zu beantworten. Diese Fragen stellen mögliche Bewertungsdimensionen dar und belegen, dass die Bewertung je nach Perspektive unterschiedlich ausfällt bzw. ausfallen muss.

1. WARUM BESITZT DAS KONZEPT EINE SOLCH HOHE ATTRAKTIVITÄT? KANN VON EINEM PARADIGMENWECHSEL IN DER GESUNDHEITS- FORSCHUNG UND -VERSORGUNG GESPROCHEN WERDEN?

Das Modell kritisiert die pathogenetische Perspektive und damit die ausschließlich auf die Beseitigung von Symptomen, Leid und Krankheit gerichtete gesundheitliche Versorgung. Salutogenese fördert damit indirekt die Akzeptanz von Krankheitsprozessen und bietet nach Franke (1997) zumindest die Möglichkeit, Sterben und Tod als unveränderliche Bestandteile menschlichen Lebens zu integrieren. Trotz seiner politischen Implikationen gibt das Modell keine Antwort auf die Frage nach dem adäquaten Versorgungskonzept.

Salutogenese kritisiert die einseitig auf Krankheit konzentrierte Gesundheitsversorgung („Wie das bestehende Gesundheitssystem kranke Anteile verstärkt und gesunde Anteile unterdrückt“, Lutz & Mark, 1994) und stellt die Frage, ob neben einer „Pathodiagnostik“ nicht auch eine „Salutodiagnostik“ erfolgen müsste; sie könnte dem Patienten bzw. der Patientin aufzeigen, welche gesundheitlichen Stärken er bzw. sie neben seinen Symptomen besitzt, und ihn bzw. sie zu einer weiteren Stärkung dieser Anteile ermuntern bzw. auffordern. Es würde ihm bzw. ihr auch deutlich machen, dass diese Anteile (Widerstandsfaktoren, Ressourcen) auch für die Therapie seiner bzw. ihrer Symptome und Krankheiten von hohem Wert sind. Auf der anderen Seite führt die Suche nach Ressourcen zu einer Ausweitung der diagnostischen Abklärung, die zudem unspezifisch bleiben muss, da mögliche Ressourcen in allen Lebensbereichen zu finden sind und deren Exploration vom Untersucher wie auch vom Patienten bzw. einer Patientin möglicherweise als unangemessen oder zu weitgehend erlebt werden könnte.

Die gesundheitswissenschaftliche Forschung ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl von häufig nebeneinanderstehenden Experimenten und Untersuchungen, die nur schwer in einen einigenden und handlungsleitenden Rahmen gestellt werden können. Die Salutogenese erfüllt teilweise den Wunsch und den Bedarf nach einer umfassenden, übergreifenden und allgemeinen Theorie der Gesundheit und ist mit dem biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit vereinbar. Das biopsychosoziale Modell, in dem Krankheit und Gesundheit in Abhängigkeit von biologischen, körperlichen und psychischen Voraussetzungen und Prozessen sowie sozialen und gesellschaftlichen Einflüssen betrachtet wird, hat – wissenschaftlich wie praktisch – insgesamt jedoch immer noch eine deutlich größere Bedeutung als das Modell der Salutogenese. Allerdings bleibt Ersteres doch überwiegend pathogenetisch orientiert, während das Salutogenesemodell radikaler und konsequenter eine gesundheitsorientierte Perspektive einnimmt und betont. So werden mit der Wahl dieses Modells zwei wesentliche Bedürfnisse mancher Wissenschaftler bzw. Wissenschaftlerinnen und Praktiker bzw. Praktikerinnen erfüllt: Es bietet eine kritische Wertung des vorherrschenden Forschungs- und Versorgungsparadigmas und stellt eine Rahmentheorie für die eigene Forschung und Tätigkeit bereit. Gleichzeitig kritisiert es die einseitig auf pathologische Prozesse ausgerichtete Gesundheitsforschung und Gesundheitsversorgung.

Die Salutogenese wird das Risikofaktorenmodell nicht ablösen, kann jedoch als wesentliche Ergänzung und auch als Hinweis verstanden werden, sich nicht einseitig und ausschließlich auf die Risikofaktoren zu konzentrieren.

Durch ihre Betonung eines Kontinuums liefert die Salutogenese einen wesentlichen Beitrag zur Diskussion des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs. Gesundheit und Krankheit sind nicht zwei sich ausschließende Kategorien, sondern bilden nach Antonovsky die Pole eines Kontinuums. In der Weiterentwicklung können sie als parallele, nebeneinander erfassbare, beschreibbare und subjektiv erlebbare Einheiten aufgefasst werden, die selbstverständlich aufeinander bezogen sind und sich wechselseitig beeinflussen: Der bzw. die Kranke besitzt gesunde Anteile, und umgekehrt besitzen die meisten Gesunden kranke oder minder gut funktionierende Anteile. Gesundheit und Krankheit sind nicht statische Größen, sondern individuell und gesamtgesellschaftlich ständig in Veränderung begriffen.

Von einem Paradigmenwechsel aufgrund Antonovskys Modell kann nicht gesprochen werden. Zu vieles hat sich bereits vorher oder parallel zur Salutogenese entwickelt: die kritische Auseinandersetzung mit dem System der Gesundheitsversorgung, die Diskussion des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs, die Entwicklung des biopsychosozialen Modells und die Prinzipien der Gesundheitsförderung.

2. IST DAS MODELL DER SALUTOGENESE WISSENSCHAFTLICH?

Diese Frage wird häufig von Vertretern und Vertreterinnen von Institutionen der Prävention, der Gesundheitsversorgung, der Rehabilitation und von politischen Entscheidungs-

trägern und -trägerinnen gestellt. Dahinter verbirgt sich die Frage, inwieweit das Konzept einer wissenschaftlichen Analyse standhält bzw. ob es aus Sicht der Wissenschaft gerechtfertigt ist, auf der Basis dieses Konzepts Maßnahmen zu planen bzw. durchzuführen: Sind die Aussagen wissenschaftlich begründet bzw. gibt es Bemühungen, sie wissenschaftlich zu begründen, und ergeben sich aus diesen Aussagen relevante und fundierte Handlungsanleitungen für Anwendungsfelder?

Jede inhaltlich und methodisch adäquat geplante und durchgeführte Studie zum Themenbereich der Salutogenese und zum Kohärenzgefühl ist „wissenschaftlich“. In diesem Sinne ist die Beforschung und Bestätigung des zentralen Konstrukts Kohärenzgefühl zwar begonnen worden, im Vergleich zu anderen Konstrukten jedoch noch gering und keinesfalls abgeschlossen. Die Abgrenzung zu bereits besser untersuchten Konstrukten ist noch nicht geleistet, die Erfassungsprobleme sind groß und vielfach widersprechen sich die Befunde. Die Frage, wie man sich die Vermittlung bzw. den Mechanismus zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheit vorstellen muss, ist noch ungeklärt. Kann das Kohärenzgefühl im Erwachsenenalter überhaupt noch verändert werden? Greift das Konstrukt nicht zu kurz? Das Modell insgesamt ist nicht überprüft und in seiner Komplexität auch nicht überprüfbar.

Die vorliegenden Arbeiten zeigen hohe Übereinstimmung von Kohärenzgefühl und anderen Konstrukten. Gerade der Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Verhalten bzw. körperlicher Gesundheit wird bisher nur postuliert, jedoch empirisch nicht belegt. Wir sind der Meinung, dass hierzu der derzeitige Forschungsstand für eine angemessene Bewertung des Modells nicht ausreicht und mehr Fragen offenlässt als beantwortet.

3. WELCHE KONSEQUENZEN ERGEBEN SICH FÜR DIE PRAKTISCHE ARBEIT?

Betrachtet man rein quantitativ die Bemühungen um eine Umsetzung salutogenetischer Prinzipien, so kommt man zu der Einschätzung, sie stehe erst am Anfang. Es stellt sich die Frage, ob bei einer intensiven Diskussion der Umsetzung des Modells qualitativ etwas anderes resultieren würde und könnte, als bereits in der Ottawa-Charta der WHO für die Gesundheitsförderung beschrieben und gefordert wird. Die Überlegungen der Ottawa-Charta können problemlos und ohne Widersprüche in das Salutogenesemodell überführt und integriert werden und umgekehrt.

In der euphorischen Betonung salutogenetischer Prinzipien kann eine Gefahr liegen. Nicht unterschätzt werden dürfen dabei die Rahmenbedingungen unseres Systems der Gesundheitsversorgung und die Erwartungen und Bedürfnisse der Zielgruppen: Die Patienten und Patientinnen sind medizinisch (also überwiegend pathogenetisch) sozialisiert; sie wünschen häufig ausschließlich eine Verringerung der Beschwerden und eine Besserung der Symptome und nicht primär Angebote zum Kompetenzerwerb und zur Stärkung des Kohärenzgefühls. Die Frage des Anspruchs auf solche Leistungen und deren

Finanzierbarkeit stellt sich selbstverständlich auch. Da rein individuumszentrierte Maßnahmen dem Konzept nicht gerecht werden, sind strukturelle und gesellschaftliche Veränderungen zu fordern.

Die Analyse der Anwendungsfelder zeigt, dass das Konzept bisher in drei Bereichen eine gewisse Bedeutung erlangt hat: in der Gesundheitsförderung und Prävention, in der Psychosomatik und Psychotherapie sowie in der Rehabilitation. In allen Bereichen trifft die Salutogenese auf Entwicklungen, die sich sehr gut mit den Annahmen und Aussagen der Salutogenese verbinden lassen: Ressourcenorientierung, Ausrichtung auch auf gesund-erhaltende Faktoren, Ganzheitlichkeit, Konzentration auf Kompetenzerwerb, Betonung von Umfeldaspekten, positive Definition von Gesundheit, Kritik am Pathologiekonzept. Auch hier profitieren die Anbieter von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die Psychotherapeuten und Therapeutinnen sowie die Anbieter von Rehabilitationsmaßnahmen von der vorgeschlagenen Rahmenkonzeption Salutogenese. Salutogenese weist auf positive Aspekte und positives Erleben, auf Abwendung von Krankheit hin und ist so gut vereinbar mit vielen der selbst gesteckten Ziele in diesen Anwendungsfeldern. Auch hier dient sie als Metatheorie. Eine direkte Ableitung von Maßnahmen stößt bei genauerer Betrachtung jedoch auf Probleme.

Für die praktische Arbeit ist ein Aspekt von besonderer Bedeutung: Antonovsky betont die Relevanz ethischer Fragen. Zum einen sei die Definition von Gesundheit immer an die Erstellung von Normen gebunden; damit bestehe aber auch die Gefahr, Menschen anhand dieser ethischen oder moralischen Prinzipien zu diskriminieren. Da eine salutogenetische Sichtweise die Berücksichtigung aller – auch sehr privater – Lebensbereiche beinhaltet, bergen alle salutogenetisch orientierten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zudem die Gefahr einer totalitären Einflussnahme durch die verantwortlichen bzw. machthabenden Institutionen:

„Ich bin mir völlig darüber im klaren, daß eine Implikation des salutogenetischen Ansatzes für die institutionelle Organisation des Gesundheitssystems einer Gesellschaft die endlose Expansion sozialer Kontrolle in den Händen derjenigen ist, die dieses System beherrschen. (...) Die Richtung der Antwort, insofern es überhaupt eine gibt, liegt exakt in der Frage, wer das System dominiert.“
(Antonovsky, Übersetzung durch Franke, 1997, S. 28)

Eine weitere Gefahr sieht Antonovsky in der ungerechtfertigten Verknüpfung der Bewertung von gesundheitsförderlichem und ethischem bzw. moralischem Verhalten: Nicht alles, was funktional und positiv für die Gesundheit ist, muss moralisch gerechtfertigt sein und nicht alles, was als moralisch oder ethisch richtig gilt, muss gleichermaßen förderlich für die Gesundheit sein. Auch Personen, deren Verhalten als unethisch zu bewerten ist, können sich bester Gesundheit erfreuen (Antonovsky, 1995).

Die Faszination des Konzepts birgt die Gefahr der unreflektierten Übernahme der Prinzipien und kann die notwendige Diskussion über die wissenschaftliche und praktische Bedeutung behindern. Vielen, die im Gesundheitssystem, insbesondere in der Prävention und Gesundheitsförderung, Maßnahmen und Angebote planen und durchführen, mangelt es an einem ausreichenden Informationsstand zum Thema Salutogenese, oder sie haben unrealistische Erwartungen an das Konzept. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Prävention, von Rehabilitationskliniken, von psychosomatischen Fachkliniken und anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, aber auch Selbsthilfegruppen, brauchen Informationen über das Konzept. Sie möchten den aktuellen Stand diskutieren und sich über mögliche Konsequenzen für ihr Arbeitsfeld austauschen.

Vordringlich erscheint aus Sicht des Autorenteam daher die Kommunikation der zentralen Aussagen des Konzepts und ein Austausch über sich daraus ergebende Konsequenzen für Angebote und Maßnahmen (Beitrag und Grenzen des Konzepts, konzeptuelle Planung der eigenen Arbeit, Möglichkeiten eines Angebots salutogenetisch fundierter Maßnahmen). Gerade in der Prävention und Gesundheitsförderung wäre die Aufarbeitung und Diskussion des Modells unter den genannten Perspektiven wünschenswert.

Veranstaltungen – Fachtagungen oder Fortbildungen – zum Thema Salutogenese sollten sich jedoch nicht nur an Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen, sondern vor allem an Akteure und Akteurinnen in der Gesundheitsförderung und Prävention richten. Solche Veranstaltungen sollten dazu dienen, einen Informationsaustausch und eine Diskussion zu den Grundgedanken des Modells zu ermöglichen. Es sollte diskutiert werden, welche möglichen Konsequenzen sich aus dem Modell für die Entwicklung von systembezogenen und individuumorientierten Maßnahmen ergeben, und es sollte ein Austausch über die Umsetzbarkeit von salutogenetischen Prinzipien in die Praxis angeregt werden.



ANHANG



6.1

DOKUMENTATION DER LITERATURRECHERCHE

Grundlage der Expertise zur Salutogenese bildet eine von uns durchgeführte umfassende Literaturrecherche. Als Quellen wurden die gängigen Literaturliteraturdatenbanken sowie das Internet herangezogen:

Psyndex 1990–1998

Suchstichworte: Saluto, sense of coherence, Antonovsky

Psyclit 1990–1998

Suchstichworte: salutogenesis, salutogenic, sense of coherence, Antonovsky

Medline 1990–1998

Suchstichworte: salutogenesis, salutogenic, sense of coherence, Antonovsky

Current Contents 1993–1997

Suchstichworte: salutogenesis, salutogenic, sense of coherence, Antonovsky

Dissertations Abstracts 1989–1997

WISO III, PAIS, Social Sciences Index, ERIC

Suchstichworte: salutogenesis, salutogenic, sense of coherence, Antonovsky

Internet

Suchstichworte: Salutogenese, Salutogenesis, Antonovsky

Zeitschriften:

Gesundheitswissenschaftliche Zeitschriften 1990–1997

Lehrbücher:

Medizinische Psychologie und Soziologie, Klinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie, Gesundheitspsychologie, Persönlichkeitspsychologie

6.2

ORIGINALARBEITEN VON AARON ANTONOVSKY

- Antonovsky, A. (Ed.) (1961): *The early Jewish Labor Movement in the United States*. New York: YIVO Institute of Jewish Research.
- Antonovsky, A. (1972): Breakdown: A needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine. *Social Science & Medicine*, 6, 537–544.
- Antonovsky, A. (1973): The utility of the breakdown concept. *Social Science & Medicine*, 7, 605–612.
- Antonovsky, A. (1976): Conceptual and methodological problems in the study of resistance resources and stressful life events. In: Dohrenwend, B. S./Dohrenwend, B. P. (Eds.): *Stressful life events: their nature and effects* (pp. 245–258). New York: Wiles & Sons.
- Antonovsky, A. (1979): *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1983): *The Sense of Coherence: Development of a Research Instrument*. W. S. Schwartz Research Center for Behavioral Medicine, Tel Aviv University, Newsletter and Research Reports, 1, 1–11.
- Antonovsky, A. (1984a): A call for a new question – salutogenesis – and a proposed answer – the sense of coherence. *Journal of Preventive Psychiatry*, 2, 1–13.
- Antonovsky, A. (1984b): The sense of coherence as a determinant of health. In: Matarazzo, J. D./Weiss, S. M./Herd, J. A./Miller, N. E. (Eds.): *Behavioral health* (pp. 144–129). New York: Wiley & Sons.
- Antonovsky, A. (1985): The life cycle, mental health, and the sense of coherence. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 22, 273–280.
- Antonovsky, A. (1986): Intergenerational networks and transmitting the Sense of Coherence. In: Datan, N./Greene, A. L./Reese, H. W. (Eds.): *Life-span developmental psychology. Intergenerational relations* (pp. 211–222). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Antonovsky, A. (1987a): *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987b): The salutogenic perspective: toward a new view of health and illness. *Advances. The Journal of Mind-Body Health*, 4, 47–55.
- Antonovsky, A. (1989): Die salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit. *Meducs*, 2, 51–57.
- Antonovsky, A. (1990a): Personality and health: Testing the Sense of Coherence Model. In: Friedman, H. S. (Ed.): *Personality and Disease* (pp. 155–177). New York: Wiley & Sons.
- Antonovsky, A. (1990b): Pathways leading to successful coping and health. In: Rosenbaum, M. (Ed.): *Learned resourcefulness: on coping skills, self-control, and adaptive behavior* (pp. 31–63). New York: Springer.
- Antonovsky, A. (1991a): Meine Odyssee als Stressforscher. In: Anonymous (Hrsg.): *Jahrbuch für Kritische Medizin* (S. 112–130). Hamburg: Argument Verlag.
- Antonovsky, A. (1991b): The structural sources of salutogenic strengths. In: Cooper, C. L./Payne, R. (Eds.): *Personality and stress: Individual differences in the stress process* (pp. 67–103). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Antonovsky, A. (1992a): The behavioral sciences and academic family medicine: An alternative view. *Family Systems Medicine*, 10, 283–291.
- Antonovsky, A. (1992b): Can attitudes contribute to health? *Advances. The Journal of Mind-Body Health*, 8, 33–49.



- Antonovsky, A. (1993a): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A./ Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept (S. 3–14). Tübingen: dgvt.
- Antonovsky, A. (1993b): The implications of salutogenesis. An outsider's view. In: Turnbull, A. P./ Patterson, J. M./ Behr, S. K./ Murphy, D. L./ Marquis, J. G./ Blue-Banning, M. J. (Eds.): Cognitive coping, families, and disability (pp. 111–122). Baltimore: Brooks.
- Antonovsky, A. (1993c): The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science & Medicine*, 36, 725–733.
- Antonovsky, A. (1993d): Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science & Medicine*, 37, 969–981.
- Antonovsky, A. (1994): A sociological critique of the „Well-Being“ Movement. *Advances. The Journal of Mind-Body Health*, 10, 6–12.
- Antonovsky, A. (1995): The moral and the healthy: Identical, overlapping or orthogonal? *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 32, 5–13.
- Antonovsky, A. (1996): The sense of coherence. An historical and future perspective. *Israel Journal of Medical Sciences*, 32, 170–178.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt.
- Antonovsky, A./ Maoz, B./ Dowty, N./ Wijsenbeek, H. (1971): Twenty-five years later. A limited study of the sequelae of the Concentration Camp experience. *Social Psychiatry*, 6, 186–193.
- Antonovsky, A./ Sagy, S. (1986): The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *Journal of Social Psychology*, 126, 213–225.
- Antonovsky, A./ Sourani, T. (1988): Family sense of coherence and family adaption. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 79–92.
- Antonovsky, A./ Sagy, S. (1990): Confronting developmental tasks in the retirement transition. *The Gerontologist*, 30, 362–368.
- Antonovsky, A./ Sagy, S./ Adler, I./ Visel, R. (1990): Attitudes toward retirement in an Israeli cohort. *International Journal of Aging and Human Development*, 31, 57–77.
- Antonovsky, H./ Antonovsky, A. (1974): Commitment in an Israeli Kibbutz. *Human Relations*, 27, 303–319.
- Anson, O./ Antonovsky, A./ Sagy, S. (1990): Religiosity and well-being among retirees: A question of causality. *Behavior, Health, and Aging*, 1, 85–97.
- Dahlin, L./ Cederblad, M./ Antonovsky, A./ Hagnell, O. (1990): Childhood vulnerability and adult invincibility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 228–232.
- Langius, A./ Björvell, H./ Antonovsky, A. (1992): The sense of coherence concept and its relation to personality traits in Swedish samples. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 6, 165–171.
- Sagy, S./ Antonovsky, A. (1992): The family sense of coherence and the retirement transition. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 983–993.
- Sagy, S./ Antonovsky, A./ Adler, I. (1990): Explaining life satisfaction in later life: The sense of coherence model and activity theory. *Behavior, Health, and Aging*, 1, 11–25.

6.3

ZITIERTE LITERATUR

- Ahrens, S. (Hrsg.) (1997): Lehrbuch der Psychotherapeutischen Medizin. Stuttgart: Schattauer.
- Albus, C./ Köhle, K. (1994): Gesundheit wiedergewinnen. Konzept für eine salutogenetisch orientierte, ambulante Behandlung von Koronarkranken. In: Lamprecht, F./ Johnen, R. (Hrsg.): Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? (S. 130–139). Frankfurt: VAS.
- Anson, O./ Carmel, S./ Levenson, A./ Bonneh, D./ Maoz, B. (1993): Coping with recent life events: The interplay of personal and collective resources. *Behavioral Medicine*, 18, 159–166.
- Anson, O./ Paran, E./ Neumann, L./ Chernichovsky, D. (1993a): Psychological state and health experiences: Gender and social class. *International Journal of Health Sciences*, 4, 143–149.
- Anson, O./ Paran, E./ Neumann, L./ Chernichovsky, D. (1993b): Gender differences in health perceptions and their predictors. *Social Science & Medicine*, 36, 419–427.
- Anson, O./ Rosenzweig, A./ Shwarzmann, P. (1993): The health of women married to men in regular army service: Women who cannot afford to be ill. *Women & Health*, 20, 33–45.
- Antonovsky, A. (1972): Breakdown: A needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine. *Social Science & Medicine*, 6, 537–544.
- Antonovsky, A. (1979): Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1983): The Sense of Coherence: Development of a research instrument. W. S. Schwartz Research Center for Behavioral Medicine, Tel Aviv University, Newsletter and Research Reports, 1, 1–11.
- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1989): Die salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit. *Meducs*, 2, 51–57.
- Antonovsky, A. (1991): Meine Odyssee als Stressforscher. In: Anonymous (Hrsg.): Jahrbuch für Kritische Medizin (S. 112–130). Hamburg: Argument Verlag.
- Antonovsky, A. (1993a): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A./ Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept (S. 3–14). Tübingen: dgvt.
- Antonovsky, A. (1993b): The implications of salutogenesis. An outsider's view. In: Turnbull, A. P./ Patterson, J. M./ Behr, S. K./ Murphy, D. L./ Marquis, J. G./ Blue-Banning, M. J. (Eds.): Cognitive coping, families, and disability (pp. 111–122). Baltimore: Brooks.
- Antonovsky, A. (1993c): The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science & Medicine*, 36, 725–733.
- Antonovsky, A. (1993d): Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science & Medicine*, 37, 969–981.
- Antonovsky, A. (1995): The moral and the healthy: Identical, overlapping or orthogonal? *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 32, 5–13.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt.
- Antonovsky, A./ Sagy, S. (1990): Confronting developmental tasks in the retirement transition. *The Gerontologist*, 30, 362–368.
- Antonovsky, A./ Sourani, T. (1988): Family sense of coherence and family adaption. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 79–92.
- Antonovsky, H./ Sagy, S. (1986): The development of a sense of coherence scale and its impact on responses to stress situations. *Journal of Social Psychology*, 126, 213–225.

- Artinian, B. M. (1991): The development of the intersystem model. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 194–205.
- Artinian, B. M. (1997): The intersystem model: Integrating theory and practice. Thousand Oaks: Sage.
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A. (1982): Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122–147.
- Bandura, A. (1986): Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Baro, F./Haepers, K./Wagenfeld, M. O./Gallagher, T. J. (1996): Sense of coherence in caregivers to demented elderly persons in Belgium. In: Stefanis, C./Hippius, H./Müller-Spahn, F. (Eds.): *Neuropsychiatry in old age: An update* (pp. 145–156). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Bartsch, H. H./Bengel, J. (Hrsg.) (1997): *Salutogenese in der Onkologie*. Basel: Karger.
- Bartsch, H. H./Mumm, A. (1997): Die Bedeutung salutogenetischer Prinzipien in der klinischen Onkologie. In: Bartsch, H. H./Bengel, J. (Hrsg.): *Salutogenese in der Onkologie* (S. 117–126). Basel: Karger.
- Becker, P. (1989): Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF). Testmappe mit Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Becker, P. (1991): Intrafamiliäre Ähnlichkeiten in Indikatoren der seelischen Gesundheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 20, 177–188.
- Becker, P. (1992): Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 64–75.
- Becker, P./Bös, K./Woll, A. (1994): Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 25–48.
- Becker, P./Bös, K./Oppper, E./Woll, A./Wustmann, A. (1996): Vergleich von Hochgesunden, Normal- und Mindergeunden in gesundheitsrelevanten Variablen (GRV). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 4, 55–76.
- Belz-Merk, M./Bengel, J./Strittmatter, R. (1992): Subjektive Gesundheitskonzepte und gesundheitliche Protektivfaktoren. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 4, 153–171.
- Bengel, J. (1993): *Gesundheit, Risikowahrnehmung und Vorsorgeverhalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Beutel, M. (1989): Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 39, 452–462.
- Billings, A. G./Moos, R. H. (1981): The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139–157.
- Bishop, G. D. (1993): The sense of coherence as a resource in dealing with stress. *Psychologia*, 36, 259–263.
- Blättner, B. (1997): Paradigmenwechsel: von der Gesundheitsaufklärung und -erziehung zur Gesundheitsbildung und -förderung. In: Weikunat, R./Haisch, J./Kessler, M. (Hrsg.): *Public Health und Gesundheitsförderung* (S. 119–125). Bern: Huber.
- Borg, I. (1993): *Grundlagen und Ergebnisse der Facettentheorie*. Bern: Huber.
- Borgers, D. (1981): Primärprävention von Volkskrankheiten. Biotechnischer Eingriff und soziale Prävention. *Prävention: Gesundheit und Politik. Argument Sonderband 64* (S. 27–51). Berlin: Argument.
- Bös, K./Woll, A. (1994): Das Saluto-Genese-Modell. Theoretische Überlegungen und erste empirische Ergebnisse. In: Alfermann, D./Scheid, V. (Hrsg.): *Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation*. (pp. 29–38). Köln: bps.
- Bowman, B. (1996): Cross-cultural validation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 547–549.
- Bowman, B. (1997): Cultural pathway towards Antonovsky's Sense of Coherence. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 139–142.

- Braukmann, W./Filipp, S.-H. (1984): Strategien und Techniken der Lebensbewältigung. In: Baumann, U./Berbalk, H./Seidensticker, G. (Hrsg.): *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis*, Bd. 6 (S. 52–87). München: Urban & Schwarzenberg.
- Broda, M./Bürger, W./Dinger-Broda, A. (1995): Therapieerfolg und Kohärenzgefühl – Zusammenhänge zwei bis fünf Jahre nach stationärer verhaltensmedizinischer Behandlung. In: Lutz R./Mark, N. (Hrsg.): *Wie gesund sind Kranke?* (S. 113–122). Göttingen: VAP.
- Broda, M./Dinger-Broda, A./Bürger, W. (1996): Selbstmanagement-Therapie und Gesundheitsressourcen – katamnestische Untersuchung zum Kohärenzgefühl bei verhaltensmedizinisch behandelten Patienten. In: Reinecker, H. S./Schmelzer, D. (Hrsg.): *Verhaltenstherapie – Selbstregulation – Selbstmanagement* (S. 257–272). Göttingen: Hogrefe.
- Broda, M./Dusi, D. (1996): Ressourcenorientiertes Vorgehen in der stationären Verhaltensmedizin. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): 6. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Tagungsband* (S. 396–397). Frankfurt: VDR.
- Broda, M. (1995): Chronisches Krankheitsverhalten – ein hilfreiches Paradigma für die psychosoziale Rehabilitation. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 8, 180–186.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (1994): *Rehabilitation Behinderter*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1983): *Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung*, Bd 5. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Buschmann-Steinhage, R./Liebing, D. (1996): Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): 6. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Tagungsband* (S. 397–398). Frankfurt: VDR.
- Callahan, L. F./Pincus, T. (1995): The Sense of Coherence Scale in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 8, 28–35.
- Carmel, S./Anson, O./Levenson, A./Bonneh, D./Maoz, B. (1991): Life events, sense of coherence and health: Gender differences on the Kibbutz. *Social Science & Medicine*, 32, 1089–1096.
- Cederblad, M./Hansson, K. (1996): Sense of coherence – a concept influencing health and quality of life in a Swedish psychiatric at-risk group. *Israel Journal of Medical Sciences*, 32, 194–199.
- Cederblad, M./Dahlin, L./Hagnell, O./Hansson, K. (1995): Coping with life span crises in a group at risk of mental and behavioral disorders: from the Lundby study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 322–330.
- Chamberlain, K./Petrie, K./Azariah, R. (1992): The role of optimism and sense of coherence in predicting recovery following surgery. *Psychology & Health*, 7, 301–310.
- Coe, R. M./Miller, D. K./Flaherty, J. (1992): Sense of Coherence and perception of caregiving burden. *Behavior, Health, and Aging*, 2, 93–99.
- Cohen, F./Lazarus, R. S. (1979): Coping with the stress of illness. In: Stone, G. C./Cohen, F./Adler, N. E. (Eds.): *Health Psychology: A handbook* (pp. 217–254). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cohen, S./Syme, S. L. (Eds.) (1985): *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Collins, J. F./Hanson, K./Mulhern, M./Padberg, R. M. (1992): Sense of coherence over time in cancer patients. A preliminary report. *Medical Psychotherapy*, 5, 73–82.
- Dahlin, L./Cederblad, M./Antonovsky, A./Hagnell, O. (1990): Childhood vulnerability and adult invincibility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 228–232.
- Dangoor, N./Florian, V. (1994): Women with chronic physical disabilities: Correlates of their long-term psychosocial adaptation. *International Journal of Rehabilitation*, 17, 159–168.
- DiClemente, C. C. (1981): Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175–187.
- Dlugosch, G. E. (1994): Modelle in der Gesundheitspsychologie. In: Schwenkmezger, P./Schmidt, L. (Hrsg.): *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 101–117). Stuttgart: Enke.

- Doubrawa, R. (1995): Gesundheitsförderung im sozialen Kontext. *Report Psychologie*, 20, 14–23.
- Dudek, B./Makowska, Z. (1993): Psychometric characteristics of the Orientation to Life Questionnaire for measuring the sense of coherence. *Polish Psychological Bulletin*, 24, 309–318.
- Engel, G. L. (1979): Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. In: Keupp, H. (Hrsg.): *Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse* (S. 63–86). München: Urban & Schwarzenberg.
- Erben, R./Franzkowiak, P./Wenzel, E. (1986): Die Ökologie des Körpers. Konzeptuelle Überlegungen zur Gesundheitsförderung. In: Wenzel, E. (Hrsg.): *Die Ökologie des Körpers* (S. 13–120). Frankfurt: Suhrkamp.
- Faltermaier, T. (1994): *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln*. Weinheim: Beltz.
- Flannery, R. B./Perry, C./Penk, W. E./Flannery, G. J. (1994): Validating Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 575–577.
- Franke, A. (1997): Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts. In: Antonovsky, A.: *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke), Tübingen: dgvt.
- Franke, A./Broda, M. (Hrsg.) (1993): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: dgvt.
- Franke, A./Elsesser, K./Algermissen, G./Sitzler, F. (1997): *Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen. Eine salutogenetische Verlaufsstudie*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Franzkowiak, P./Sabo, P. (1993): Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in internationalen und nationalen Dokumenten. In: Franzkowiak, P./Sabo, P. (Hrsg.): *Dokumente der Gesundheitsförderung* (S. 11–61). Mainz: Peter Sabo.
- Franzkowiak, P. (1996): Risikofaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung* (S. 94–96). Schwabenheim: Peter Sabo.
- Franzkowiak, P./Wenzel, E. (1982): Risikoverhalten und Gesundheitsförderung. *Hygie, Internationales Journal für Gesundheitserziehung*, 1, 33–40.
- Freidl, W./Rásky, E./Noack, R. H. (1995): Gesundheitsförderung – aus einer systemtheoretisch-gesundheitswissenschaftlichen Perspektive. *Praxis der Klinischen Verhaltenstherapie und Rehabilitation*, 8, 13–17.
- Frenz, A. W./Carey, M. P./Jorgensen, R. S. (1993): Psychometric evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Psychological Assessment*, 5, 145–153.
- Fuchtmann, E. (1994): Pathogene und salutogene Faktoren – Persönlichkeitsentwicklung und Suchtkarrieren. *Gesundheitswesen*, 56, 92–94.
- Gallagher, T. J./Wagenfeld, M. O./Baro, F./Haepers, K. (1994): Sense of Coherence, coping and caregiver role overload. *Social Science & Medicine*, 39, 1615–2622.
- Gebert, N./Broda, M./Lauterbach, W. (1997): Kohärenzgefühl und Konstruktives Denken als Prädiktoren psychosomatischer Belastung. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 40, 70–75.
- George, V. D. (1996): Field-workers' sense of coherence and perception of risk when making home visits. *Public Health Nursing*, 13, 144–152.
- Gerber, W.-D./Basler, H.-D./Tewes, U. (Hrsg.) (1994): *Medizinische Psychologie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Gibson, L. M./Cook, M. J. (1997): Do health questionnaires which do not consider sex differences miss important information? *Psychological Reports*, 81, 163–171.
- Haltenhofer, H./Vossler, A. (1997): Coping der Depression: Wie begegnen depressive Patienten ihrer Erkrankung? Eine Literaturübersicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie & Psychotherapie*, 42, 201–229.
- Hart, K. E./Hittner, J. B./Paras, K. C. (1991): Sense of coherence, trait anxiety, and the perceived availability of social support. *Journal of Research in Personality*, 25, 137–145.

- Heim, E. (1988): Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 38, 8–18.
- Helfferich, C. (1993): Das unterschiedliche „Schweigen der Organe“ bei Frauen und Männern – subjektive Gesundheitskonzepte und „objektive“ Gesundheitsdefinitionen. In: Franke, A./ Broda, M. (Hrsg.): *Psychosomatische Gesundheit* (S. 35–66). Tübingen: dgvt.
- Hellhammer, D. H./ Buske-Kirschbaum, A. (1994): Psychobiologische Aspekte von Schutz- und Reparaturmechanismen. In: Lamprecht, F./ Johnen, R. (Hrsg.): *Salutogenese. Ein neues Konzept für die Psychosomatik?* (S. 95–105). Frankfurt: VAS.
- Hollnagel, H./ Malterud, K. (1995): Shifting attention from objektive risk factors to patients' self-assessed health resources: A clinical model for general practice. *Familly Practice*, 12, 423–429.
- Hood, S. C./ Beaudet, M. P./ Catlin, G. (1996): A healthy outlook. *Health Reports*, 7, 25–32.
- Hurrelmann, K. (1988): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim: Juventa.
- Jerusalem, M. (1997): Gesundheitspsychologie: Zur Mehrdimensionalität der Salutogenese. In: Seelbach, H./ Kugler, J./ Neumann, W. (Hrsg.): *Von der Krankheit zur Gesundheit* (S. 389–401). Bern: Huber.
- Kickbusch, I. (1992): Plädoyer für ein neues Denken: Muster – Chaos – Kontext. Neue Handlungsansätze in der Gesundheitsförderung. In: Paulus, P. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung – Perspektiven für die psychosoziale Praxis* (S. 23–33). Köln: GwG.
- Kobasa, S. C. (1979): Stressful life events, personality and health: An inquiry in hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 839–850.
- Kobasa, S. C./ Maddi, S. R./ Kahn, S. (1982): Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168–177.
- Koch, U./ Heim, E. (1988): Editorial „Schwerpunktheft“: Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 38, 1–2.
- Köferl, P. (1988): Invulnerabilität und Streßresistenz: Theoretische und empirische Befunde zur effektiven Bewältigung von psychosozialen Stressoren. *Psychologische Dissertation*, Universität Bielefeld.
- Korotkov, D. L. (1993): An assessment of the (short-term) sense of coherence personality measure: issues of validity and well-being. *Personality & Individual Differences*, 14, 575–538.
- Kravetz, S./ Drory, Y./ Florian, V. (1993): Hardiness and sense of coherence and their relation to negative affect. *European Journal of Personality*, 7, 233–244.
- Lamprecht, F./ Johnen, R. (Hrsg.) (1994): *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* Frankfurt: VAS.
- Lamprecht, F./ Johnen, R. (Hrsg.) (1997): *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* 3., überarbeitete Auflage. Frankfurt: VAS.
- Langius, A./ Björvell, H. (1993): Coping ability and functional status in a Swedish population sample. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7, 3–10.
- Langius, A./ Björvell, H./ Antonovsky, A. (1992): The sense of coherence concept and its relation to personality traits in Swedish samples. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 6, 165–171.
- Larsson, G./ Kallenberg, K. O. (1996): Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. *European Journal of Public Health*, 6, 175–180.
- Lazarus, R. S. (1966): *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw.
- Lazarus, R. S. (1981): Streß und Streßbewältigung – Ein Paradigma. In: Philipp, S.-H. (Hrsg.): *Kritische Lebensereignisse*, Bd. 1 (S. 198–232). München: Urban & Schwarzenberg.
- Lazarus, R. S./ Folkman, S. (1987): Transactional theory and research of emotions and coping. In: Laux, L./ Vossel, G. (Eds.): *Special Issue. European Journal of Personality*, 1, 141–170.
- Liebing, D./ Vogel, H. (1995): Zur Weiterentwicklung der Gesundheitsbildung im Rahmen medizinischer Rehabilitation der Rentenversicherung. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 8, 18–25.
- Lösel, F./ Bender, D. (1997): Antisoziales Verhalten von Kindern und Jugendlichen. *Psycho*, 5, 321–329.

- Lundberg, O. (1997): Childhood conditions, Sense of Coherence, social class and adult ill health: Exploring their theoretical and empirical relations. *Social Science & Medicine*, 44, 821–831.
- Lundberg, O./Nynström Peck, M. (1994): Sense of coherence, social structure and health. *European Journal of Public Health*, 4, 252–257.
- Lutz, R./Mark, M. (Hrsg.) (1995): *Wie gesund sind Kranke?* Göttingen: VAP.
- Lutz, R. (1997): Gesundheit und Genuß: Euthyme Grundlagen der Verhaltenstherapie. In: Margraf, J. (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 113–128). Berlin: Springer.
- Maddi, S. R. (1990): Issues and interventions in stress mastery. In: Friedman, H. S. (Ed.): *Personality and disease* (pp.121–154). New York: Wiley.
- Margalit, M./Raviv, A./Ankonina, D. B. (1992): Coping and coherence among parents with disabled children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 202–209.
- Margraf, J. (Hrsg.) (1997): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- Margraf, J./Siegrist, J./Neumer, S. (Hrsg.) (1998): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie?* Berlin: Springer.
- McSherry, W. C./Holm, J. E. (1994): Sense of coherence: Its effects on psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 476–487.
- Noack, R. H./Bachmann, N./Oliveri, M. (1991): Fragebogen zum Kohärenzgefühl (SOC-Fragebogen) Autorisierte Übersetzung des Sense of Coherence Questionnaire.
- Noack, R. H. (1996a): Public Health, Salutogenese und Gesundheitsförderung. In: Lobnig, H./Pelikan, J. M. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus* (S. 26–38). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Noack, R. H. (1996b): Salutogenese und Systemintervention als Schlüsselkonzepte von Gesundheitsförderung und Public Health. *Prävention*, 19, 37–39.
- Noack, R. H. (1997): Salutogenese: Ein neues Paradigma in der Medizin? In: Bartsch, H. H./Bengel, J. (Hrsg.): *Salutogenese in der Onkologie* (S. 88–105). Basel: Karger.
- O’Leary, A. (1985): Self-efficacy and health. *Behavior Research and Therapy*, 23, 437–451.
- Ouellette-Kobasa, S. C./Puccetti, M. (1983): Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 839–850.
- Oyen, R./Feser, H. (1982): Entwicklung eines modernen Gesundheitsbegriffes als Grundlage konzeptueller Überlegungen zur Gesundheitserziehung. *Prävention*, 5, 99–103.
- Pasikowski, T./Sek, H./Scigala, I. (1994): „Sense of coherence“ and subjektive health concepts. *Polish Psychological Bulletin*, 25, 15–23.
- Paulus, P. (1995): Die Gesundheitsfördernde Schule. Der innovativste Ansatz gesundheitsbezogener Interventionen bei Schulen. *Die Deutsche Schule*, 87, 262–281.
- Perrez, M. (1988): Bewältigung von Alltagsbelastungen und seelische Gesundheit. Zusammenhänge auf der Grundlage computer-unterstützter Selbstbeobachtungs- und Fragebogendaten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17, 292–306.
- Petrie, K./Brook, R. (1992): Sense of coherence, self-esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 293–300.
- Piaget, J. (1969): *Nachahmung, Spiel und Traum. Die Entwicklung der Symbolfunktion beim Kinde*. Stuttgart: Klett.
- Plassmann, R./Färber, K. (1997): Salutogenetische Therapieorganisation in der Psychosomatischen Klinik. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 10, 66–70.
- Rappaport, J. (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 17, 257–278.
- Rena, F./Moshe, S./Abraham, O. (1996): Couples’ adjustment to one partner’s disability: the relationship between sense of coherence and adjustment. *Social Science & Medicine*, 43, 163–167.
- Renner, H. (1997): Gesundheitsförderung im salutogenen Kontext – vom Entwurf zur Praxis. *Prävention*, 20, 57–59.

- Rimann, M./Udris, I. (1998): „Kohärenzerleben“ (Sense of Coherence): Zentraler Bestandteil von Gesundheit oder Gesundheitsressource? In: Schüffel, W. et al. (Hrsg.): Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein & Mosby.
- Rippeto, P. A./Rogers, R. W. (1987): Effects of components of Protection Motivation Theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 596–604.
- Rösler, H.-D./Szewczyk, H./Wildgrube, K. (1996): *Medizinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum.
- Rotter, J. B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, No. 609.
- Rotter, J. B. (1975): Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56–67.
- Sack, M./Künsebeck, H.-W./Lamprecht, F. (1997): Kohärenzgefühl und psychosomatischer Behandlungserfolg. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 47, 149–155.
- Sagy, S./Antonovsky, A./Adler, I. (1990): Explaining life satisfaction in later life: The sense of coherence model and activity theory. *Behavior, Health, and Aging*, 1, 11–25.
- Sammallahti, P. R./Holi, M. J./Komulainen, E. J./Aalberg, V. A. (1996): Comparing two self-report measures of coping – the Sense of Coherence Scale and the Defense Style Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 517–524.
- Schachtner, C. (1996): Die Ressourcen-Orientierung in der Pflege. *Pflege*, 9, 198–206.
- Scheier, M. E./Carver, C. S. (1985): Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219–247.
- Scheier, M. E./Carver, C. S. (1987): Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169–210.
- Scheier, M. E./Carver, C. S. (1990): Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97, 19–35.
- Scheier, M. E./Weintraub, J. K./Carver, C. S. (1986): Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257–1264.
- Scherwitz, L./Ornish, D. (1994): The impact of major lifestyle changes on coronary stenosis, CHD risk factors and psychosocial status: results from the San Francisco Lifestyle Trial. *Homeostasis in Health and Disease*, 35, 190–197.
- Schmidt-Rathjens, C./Benz, D./Van Damme, D./Feldt, K./Amelang, M. (1997): Über zwiespältige Erfahrungen mit Fragebögen zum Kohärenzsinn sensu Antonovsky. *Diagnostica*, 43, 327–346.
- Schüffel, W./Brucks, U./Johnen, R./Köllner, V./Lamprecht, F./Schnyder, U. (Hrsg.) (1998): *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein & Mosby.
- Schulte-Cloos, C./Baisch, A. (1996): Lebenskraft – Ressourcen im Umgang mit Belastungen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28, 421–440.
- Schulz, K.-H. (1994): Psychoneuroimmunologie. In: Gerber, W.-D. / Basler, H.-D. / Tewes, U. (Hrsg.): *Medizinische Psychologie* (S. 129–138). München: Urban & Schwarzenberg.
- Schwarzer, R./Leppin, A. (1989): Social support and health. A meta-analysis. *Psychology and Health*, 3, 1–15.
- Schwarzer, R. (1992): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1994): Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40, 105–123.
- Schwenkmezger, P. (1994): Gesundheitspsychologie: Die persönlichkeitspsychologische Perspektive. In: Schwenkmezger, P./Schmidt, L. (Hrsg.): *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 46–64). Stuttgart: Enke.
- Senf, W./Broda, M. (Hrsg.) (1996): *Praxis der Psychotherapie: Theoretische Grundlagen von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Thieme.

- Shye, S. (Ed.) (1978): *Theory Construction and Data Analysis in the Behavioral Sciences*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Siegrist, J. (1993): Sense of coherence and sociology of emotions. *Social Science & Medicine*, 37, 968–979.
- Siegrist, J. (1994): Selbstregulation, Emotion und Gesundheit – Versuch einer sozialwissenschaftlichen Grundlegung. In: Lamprecht, F./Johnen, R. (Hrsg.): *Salutogenese. Ein neues Konzept für die Psychosomatik?* (S. 85–94). Frankfurt/Main: VAS.
- Siegrist, J. (1995): *Medizinische Soziologie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Stark, W. (1996): Empowerment. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung* (S. 17–18). Schwabenheim: Peter Sabo.
- Strecher, V. J./McEvoy Devellis, B./Becker, M. H./Rosenstock, I. M. (1986): The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13, 73–91.
- Strittmatter, R. (1994): *Alltagswissen über Gesundheit und gesundheitliche Protektivfaktoren*. Frankfurt: Peter Lang.
- Thomä, H./Kächele, H. (1996): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 1 – Grundlagen*. Berlin: Springer.
- Thomä, H./Kächele, H. (1997): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 2 – Praxis*. Berlin: Springer.
- Tress, W. (Hrsg.) (1997): *Psychosomatische Grundversorgung. Kompendium der interpersonellen Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Udris, I./Kraft, U./Mussmann, C. (1991): Warum sind „gesunde“ Personen „gesund“? Untersuchungen zu Ressourcen von Gesundheit (Forschungsprojekt „Personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese“, Bericht Nr. 1). Zürich: Eidgenössische Technische Hochschule, Institut für Arbeitspsychologie.
- Udris, I./Kraft, U./Muheim, M./Mussmann, C./Rimann, M. (1992): Ressourcen der Salutogenese. In: Schröder, H./Reschke, K. (Hrsg.): *Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 85–103). Regensburg: Roderer.
- Uexküll, T. v./Wesiack, W. (1988): *Theorie der Humanmedizin*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Wallston, B. S./Wallston, K. A. (1978): Locus of control and health: A review of the literature. *Health Education Monographs*, 6, 107–117.
- Weis, J. (1997): Das Konzept der Salutogenese in der Psychoonkologie. In: Bartsch, H. H./Bengel, J. (Hrsg.): *Salutogenese in der Onkologie* (S. 106–116). Basel: Karger.
- Wetzel, H. (1980): Konzepte der Normalität und Abnormität des Verhaltens. In: Wittling, W. (Hrsg.): *Handbuch der klinischen Psychologie* (S. 14–61). Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Wieland-Eckelmann, R./Carver, C. S. (1990): Dispositionelle Bewältigungsstile, Optimismus und Bewältigung: Ein interkultureller Vergleich. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 11, 167–184.
- Williams, S. T. (1990): The relationship among stress, hardiness, sense of coherence and illness in critical care nurses. *Medical Psychotherapy*, 3, 171–186.
- Wirsching, M. (1996): *Psychosomatische Medizin. Konzepte – Krankheitsbilder – Therapien*. München: Beck.
- World Health Organization (1948): *Präambel zur Satzung*. Genf: WHO.
- Zimmerli, W. C. (1997): Gesundheit als offenes System. In: Bartsch, H. H./Bengel, J. (Hrsg.): *Salutogenese in der Onkologie* (S. 5–19). Basel: Karger.

6.4

STUDIEN ZUM KOHÄRENZGEFÜHL – ÜBERSICHT

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Anson, Paran, Neumann & Chernichovsky (1993a; 1993b)	Israel	N=238 Männer und Frauen mit geringem Bluthochdruck	SOC Bildung Zivilstand Beschäftigungsverhältnis Glücklichsein Psychisches Wohlbefinden Familiäre Zufriedenheit Subjektiver Gesundheitszustand Symptomwahrnehmung	SOC-Scale Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness Psychological Distress Scale Family Functioning Selbst entwickelte Skalen
Ergebnisse				
<p>Es finden sich Geschlechtsunterschiede insofern, als Frauen einen sehr viel niedrigeren SOC-Wert aufweisen als Männer (Frauen haben größere Risiken, d.h. sie sind eher arbeitslos, weniger gebildet; weniger Frauen sind verheiratet, sie sind unglücklicher, erleben weniger psychisches Wohlbefinden und sind unzufriedener mit dem Familienklima; sie nehmen sich kränker wahr). Je höher der SOC-Wert, desto besser wird die eigene Gesundheit eingeschätzt ($r=-.23$) und desto weniger Krankheitssymptome werden berichtet ($r=-.24$).</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Anson, Rosenzweig & Schwarzmann, (1993)	Israel	N=97 Frauen, davon N=44 verheiratet mit Armeeingehörigen und N=53 verheiratet mit „normalem Mann“	SOC Soziale Unterstützung Mobilität Berufstätigkeit Gesundheitszustand Psychophysiologische Symptome Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen	SOC-Scale, Kurzform Scale of Psychological Distress Selbst entwickelte Skalen
Ergebnisse				
<p>Frauen von Armeeingehörigen haben – bedingt durch den häufigen Wohnortwechsel, d.h. Inkonsistenz in sozialen Bezügen, schlechtere Berufschancen, mehr Sorgen – weniger psychosoziale Ressourcen. Der SOC-Wert bei Frauen von Armeeingehörigen ist niedriger als in der Kontrollgruppe, d.h. es ist zu vermuten, dass die ungünstigen Lebensumstände die Entwicklung des SOC behindern. Unerwarteterweise finden sich jedoch keine Unterschiede bzgl. des Gesundheitszustandes und des psychischen Wohlbefindens in den beiden Untersuchungsstichproben.</p>				



Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Becker, Bös, Opper, Woll & Wustmann (1996)	Deutschland	N=863 unterschiedlich gesunde Männer und Frauen, nicht repräsentative Stichprobe	SOC Alter Geschlecht Seelische Gesundheit Internale Kontrollüberzeugungen Sporttreiben bei Belastung Depressives Bewältigungsverhalten Gesunde Ernährung Intensives Sporttreiben Gutes Schlafen Soziale Unterstützung (insgesamt = gesundheitsrelevante Variablen GRV) Habituelles körperliches Gesundheitsniveau, d.h. Hochgesunde, Mindergesunde und Normalgesunde	Trierer Persönlichkeitsfragebogen SOC-Scale Selbst entwickelte Skalen Fragebogen zur sozialen Unterstützung
Ergebnisse				
<p>Die Autoren unterscheiden drei Forschungsperspektiven und damit -fragestellungen: eine saluto-, eine pathogenetische Perspektive und eine übergreifende gesundheitspsychologische Perspektive. Bei Ersterer werden Hochgesunde mit der restlichen Stichprobe verglichen: Die SOC-Skala differenziert hier nicht zwischen den beiden Gruppen. Mindergesunde dahingegen haben hochsignifikant niedrigere SOC-Werte als die Restgruppe.</p> <p>SOC korreliert in erwarteter Richtung mit allen GRV, außer mit intensivem Sporttreiben.</p> <p>Im Kontext aller GRV haben nur seelische Gesundheit, SOC, Sporttreiben und gesunder Schlaf prädiktiven Wert bzgl. dem habituellen Gesundheitsniveau; allerdings klären diese Variablen nur 19% Varianz auf.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Bös & Woll (1994)	Deutschland	N=500 Männer und Frauen	SOC Geschlecht Alter Internale Kontrollüberzeugungen Arztrating der Gesundheit Selbstrating der Gesundheit Sportliche Aktivität	SOC-Scale Trierer Persönlichkeitsinventar I-Skala der körperbezogenen Kontrollüberzeugungen Selbst entwickelte Skalen
Ergebnisse				
<p>SOC korreliert in erwarteter Richtung mit seelischer Gesundheit, internalen Kontrollüberzeugungen und Selbsteinschätzung der Gesundheit; kein Zusammenhang besteht jedoch zwischen SOC und Arztrating des Gesundheitszustandes.</p> <p>Ältere Personen mit hohem SOC treiben mehr Sport; bei jüngeren Personen ist dieser Zusammenhang nicht signifikant</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Bowman (1996; 1997)	USA	N=186 Psychologie- studenten und -studen- tinnen	SOC Ethnische Zugehörigkeit: Na- tive American (damit verbun- den größere Familien und niedrigerer SES) vs. Anglo- American Depression Ängstlichkeit Körperliche Gesundheit	SOC-Scale Beck Depression Inventory State-Trait Perso- nality Inventory Wahler Physical Symptom Inven- tory
Ergebnisse				
<p>Keine Unterschiede im SOC-Wert finden sich bei Personen unterschiedlicher ethnischer Zu- gehörigkeit, SES und Familiengröße. Negative Korrelationen finden sich zwischen SOC und Depression ($r=-.49$ bei Native Americans, $r=-.66$ bei Anglo-Americans), Ängstlichkeit ($r=-.43$ und $r=-.64$) und körperlicher Gesundheit ($r=-.29$ und $r=-.41$).</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Callahan & Pincus (1995)	USA	N=828 Rheuma- patienten und -patien- tinnen, vor- wiegend weiblich, weiß und verheiratet	SOC Schmerzen Funktionelle Einschränkun- gen Gelernte Hilflosigkeit Allgemeiner Gesundheits- zustand	SOC-Scale, Lang- form und Kurzform MHAQ-Activity of Daily Living Difficulty Scale Arthritis Help- lessness-Scale Selbst entwickelte Skalen
Ergebnisse				
<p>Die Autoren finden im Gegensatz zu Antonovsky keine Drei-Faktoren-Lösung, sondern nur einen Faktor. Die Kurzform ist ebenso reliabel wie die Langform. Patienten und Patientinnen mit geringerem ADL-Status, großen Schmerzen, schlechtem allgemei- nen Gesundheitszustand und großer Hilflosigkeit gegenüber der Erkrankung haben niedrigere SOC-Werte. Die Korrelationskoeffizienten sind mit $r=-.25$ bis $r=-.42$ jedoch relativ gering. Krankheitsdauer, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit und Bildungsstand beeinflussen diese Zusammenhänge nicht. Geringer, aber signifikanter Zusammenhang zwischen SOC und Alter.</p>				



Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Chamberlain, Petrie & Azariah (1992)	Neuseeland	N=57 männliche und weibliche, meist ältere Patienten und Patientinnen vor und nach einem operativen Eingriff	SOC Geschlecht Operativer Eingriff Optimismus als Persönlichkeitseigenschaft Schmerzen Gesundheitszustand Lebenszufriedenheit Psychisches Wohlbefinden und psychische Beschwerden	Life Orientation Test SOC-Scale Mental Health Inventory Selbst entwickelte Skalen
Ergebnisse				
<p>Optimismus und SOC korrelieren positiv ($r=.62$), jedoch unterschiedlich hoch mit den aVs. Kohärenzsinn korreliert in erwarteter Richtung mit Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden, psychischen Beschwerden, Gesundheitszustand, jedoch nicht mit Schmerzen vor der OP. Bei Kontrolle der präoperativen Werte der aV hat Kohärenzsinn Vorhersagewert für die positiven Gesundheitsmaße, nicht jedoch für die negativen Maße (Schmerzen und psychische Beschwerden), der prädiktive Wert von Optimismus verschwindet dagegen.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Coe, Miller & Flaherty (1992)	USA	N=148 pflegende Angehörige von älteren Patienten und Patientinnen (Alzheimer, Inkontinenz usw.), meist weiblich, weiß und Ehepartnerinnen der Patienten	SOC Wahrgenommene Belastung Körperliche und psychische Gesundheit Inanspruchnahme von institutioneller Hilfe Erhaltene oder gewünschte Hilfe Alter Geschlecht Beziehung zum Patienten bzw. zur Patientin Art der Erkrankung des Patienten bzw. der Patientin Pflegetätigkeiten, -zeit Beschäftigungsstatus	SOC-Scale, Kurzform Geriatric Depression Scale Keine weiteren Angaben
Ergebnisse				
<p>Verglichen wurden Caregivers mit hohen SOC-Werten mit solchen mit niedrigen SOC-Werten: Caregivers mit ausgeprägtem Kohärenzsinn nehmen weniger Belastungen durch die Erkrankung ihres Partners bzw. ihrer Partnerin wahr, haben eine bessere psychische Gesundheit, d.h. u.a. geringere Depressionswerte, fühlen sich besser von Freunden bzw. Freundinnen und Familie unterstützt und brauchen weniger Hilfeleistungen. Alter, Beschäftigungsstatus, Gesundheitsstatus, Ausmaß der Pflegetätigkeit und Schwere der Erkrankung korrelieren nicht signifikant mit SOC; signifikant ist dagegen der Zusammenhang zwischen SOC und Depressivität ($r=-.49$) und psychischer Gesundheit ($r=.36$). Männer haben höhere SOC-Werte als Frauen.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Dangoor & Florian (1994)	Israel	N=88 körperbehinderte verheiratete jüngere Frauen	SOC Medizinische Diagnose (neurologische Erkrankung, skelett-muskuläre Erkrankung, innere chronische Erkrankung) Alter SES Funktionale Einschränkungen Auswirkungen der Behinderung Psychische Gesundheit Familiäre Anpassung	SOC-Scale Mental Health Inventory Evaluating and Nurturing Relationship Issues Communication and Happiness Scale Selbst entwickelte Skalen
Ergebnisse				
<p>SOC korreliert hoch mit psychischer Gesundheit ($r=.80$) und familiärer Anpassung ($r=.53$) und korreliert negativ ($r=-.23$) mit den Auswirkungen der Behinderung. Es scheint, dass nicht die objektiven Aspekte der Behinderung, sondern die Höhe des SOC entscheidend für die Krankheitsanpassung ist. Medizinische Diagnosen und funktionale Einschränkungen haben keinen prädiktiven Wert. Die hohe Korrelation zwischen psychischer Gesundheit und SOC lässt möglicherweise auch auf eine Konfundierung des MHI und der SOC-Scale schließen.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Dudek & Makowska (1993)	Polen	N=523 Frauen, zur Entbindung im Krankenhaus	SOC Alter Bildungsstand Beschäftigungsverhältnis	SOC-Scale
Ergebnisse				
<p>Die Autoren finden hohe Iteminterkorrelationen und hohe Interkorrelationen der Subskalen. Manageability klärt 80% der SOC-Gesamtskala auf. Die Skala hat eine hohe Reliabilität (Split-half-method $r=.91$). Die Autoren finden eine Fünf-Faktoren-Lösung: Meaningfulness und Comprehensibility – Letztere besteht aus drei Subskalen. Kein Zusammenhang findet sich zwischen Alter und Bildungsstand und SOC. Geringe, aber niedrige Korrelationen ($r=.11$ bzw. $.14$) zwischen Comprehensibility und Alter/Bildungsstand.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Flannery & Flannery (1990) Flannery, Perry, Penk & Flannery (1994)	USA	N=95 erwachsene Schüler und Schülerinnen einer Abend-schule, v.a. Frauen	SOC Stresserleben Ängstlichkeit Depression	SOC-Scale Hassles Scale Taylor Manifest Anxiety Scale Becks Depression Inventory
Ergebnisse				
<p>Es zeigen sich hohe negative Korrelationen zwischen SOC und den unabhängigen Variablen; dasselbe Ergebnis gilt auch für alle Unterskalen der SOC-Scale. Hohe Interkorrelationen der Subskalen der SOC-Scale; eine Faktorenanalyse legt eine Ein-Faktoren-Lösung nahe.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Frenz, Carey & Jorgensen (1993)	USA	N=374 gesunde Männer und Frauen, Psychotherapiepatientinnen und -patienten	SOC Patienten/Nichtpatienten-Status Alter Geschlecht Wahrgenommener Stress Ängstlichkeit Depressivität Alkoholkonsum Soziale Erwünschtheit Intelligenz	SOC-Scale Perceived Stress Scale State-Trait-Anxiety Inventory-Trait Becks Depression Inventory Quantity-Frequency-Variability Questionnaire Social Desirability Scale Shipley Institute of Living Scale
Ergebnisse				
<p>Die Autoren finden eine Ein-Faktoren-Lösung für die SOC-Scale und eine hohe Retest-Reliabilität. Alter und SOC korrelieren signifikant in erwarteter Richtung. Patienten und Patientinnen haben niedrigere SOC-Werte als Gesunde. Anders als erwartet, findet sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen SOC und Alkoholkonsum. Hoher negativer Zusammenhang ($r=-.73$) zwischen SOC und wahrgenommenem Stress bei beiden Gruppen. $r=-.85$ zwischen SOC und Ängstlichkeit bei den Patientengruppen – es stellt sich die Frage, ob zwei unterschiedliche Konstrukte vorliegen. $r=-.60$ zwischen SOC und Depressivität bei Patienten und Patientinnen. $r=.39$ zwischen SOC und sozialer Erwünschtheit. Kein Zusammenhang zwischen SOC und Intelligenz.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Gallagher, Wagenfeld, Baro & Haepers (1994) Baro, Haepers, Wagenfeld & Gallagher (1996)	Belgien	N=126 pflegende Angehörige von dementen u.a. chronisch kranken Menschen, vorwiegend Frauen	SOC Art der Erkrankung Rollenüberforderung Copingstrategien	SOC-Scale Activity of Daily Living Selbst entwickelte Skalen
Ergebnisse				
<p>Negative Korrelation zwischen SOC und wahrgenommener Rollenüberforderung. Je höher der SOC, desto größer die Fähigkeit, der Pflegetätigkeit Sinn zuzuschreiben (im Sinne einer Copingstrategie).</p> <p>Negative Korrelationen auch zwischen SOC und aktiven Bewältigungsstrategien sowie zwischen SOC und Bewältigungsstrategien wie sozialer Rückzug, Rauchen und Medikamenteneinnahme.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Gebert, Broda & Lauterbach (1997)	Deutschland	N=250 Patienten und Patientinnen einer psychosomatischen Klinik Kontrollgruppe: N=121 klinisch unauffällige Personen	SOC Konstruktives Denken – Fähigkeit, alltägliche Probleme mit einem minimalen Ausmaß an Stress lösen zu können Körperliche Beschwerden Psychische Beschwerden Geschlecht Status Patient/Nichtpatient bzw. Patientin/Nichtpatientin Alter Bildung	SOC-Scale Constructive Thinking Inventory Gießener Beschwerdebogen Kieler änderungssensitive Symptomliste
Ergebnisse				
<p>Keine Geschlechtsunterschiede bei Kontrolle des Alters. Kein Zusammenhang zwischen Alter und Bildungsniveau und SOC. Signifikante Korrelation zwischen körperlichen Beschwerden und SOC ($r=-.54$). Hohe signifikante Korrelation zwischen SOC und konstruktivem Denken ($r=.82$). Signifikante Korrelation zwischen psychischen Beschwerden und SOC ($r=-.68$). Signifikanter Unterschied zwischen Patienten- und Kontrollgruppe bzgl. SOC, d.h. Patienten und Patientinnen mit psychosomatischen Erkrankungen haben einen niedrigeren SOC-Wert als gesunde Personen.</p>				



Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
George (1996)	USA	N=653 Sozialarbeiter und -arbeiterinnen, Pfleger bzw. Krankenschwestern, die für Gesundheitsorganisationen Hausbesuche bzw. Hauspflege durchführen, meist weiblich	SOC Wahrnehmung der eigenen Gefährdung durch die berufliche Tätigkeit (häusliche Krankenpflege) Alter Bildung Berufsjahre Geschlecht	SOC-Scale Home Health Care Perception of Risk Questionnaire

Ergebnisse

Schwache, aber signifikante Korrelationen:
Männer haben höhere SOC-Werte als Frauen.
Ältere und solche mit längerer Berufserfahrung haben höhere SOC-Werte als jüngere und solche mit weniger Berufserfahrung.
Risikoeinschätzung der eigenen Gefährdung durch die berufliche Tätigkeit bzw. die Gefährlichkeit der Hausbesuche ist geringer, je höher der SOC.
Hohe SOC-Werte korrelieren mit der Fähigkeit, als gefährlich eingeschätzte Hausbesuche abzusagen.
Das Ergreifen von Selbstverteidigungsmaßnahmen (Begleitperson, Tränengas usw.) wird durch die Höhe des SOC nicht beeinflusst.
SOC hängt mit Kognitionen zusammen, nicht mit Verhaltensweisen: Kognitionen über eigene Gefährdung und über Kontrollmöglichkeiten (gefährliche Hausbesuche könnten abgesagt werden).

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Gibson & Cook (1997)	USA	N=67 Studenten und N=239 Studentinnen	SOC Persönlichkeitseigenschaften Allgemeiner Gesundheitszustand Geschlecht	SOC-Scale Dispositional Resilience Scale Eysenck Personality Inventory General Health Questionnaire

Ergebnisse

Signifikante negative Korrelationen zwischen allgemeiner Gesundheit und SOC ($r=-.26$) bei Frauen, Hardiness korreliert dagegen negativ mit allgemeiner Gesundheit bei Männern ($r=-.33$). Frauen haben höhere Werte in der Unterskala Meaningfulness als Männer.

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Hood, Beaudet & Catlin (1996)	Kanada	N=16.291 Erwachsene National Population Health Survey	SOC Geschlecht Alter Einkommen Bildung Ethnische Zugehörigkeit Zivilstand Beschäftigungsverhältnis Traumatische Ereignisse Kritische Lebensereignisse Funktionaler Gesundheitsstatus Subjektiver Gesundheitszustand Chronische Krankheiten	SOC-Scale, Kurzform Selbst entwickelte Skalen
Ergebnisse				
<p>Schwache, aber signifikante Korrelationen mit den drei aVs in die erwartete Richtung (Korrelationen zwischen $r=-.10$ für chronische Erkrankungen und $r=.31$ für funktionale Aspekte der Gesundheit).</p> <p>SOC klärt 10% der Varianz bzgl. funktionalem Gesundheitszustand, 4% bzgl. subjektivem Gesundheitszustand und 1% bzgl. chronischen Erkrankungen auf. Die anderen uVs jeweils ca. 15%. Keine Geschlechtsunterschiede.</p> <p>Personen mit traumatischen Erlebnissen haben niedrigeren SOC-Wert als solche ohne traumatische Erlebnisse.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Korotkov (1993)	Kanada	N=712 Studenten und Studen- tinnen	SOC Alltagsstress Wahrgenommene körperliche Symptome Emotionalität	SOC-Scale, Kurzform Hassles and Uplifts Scale, revidierte Fassung Symptom Check- list, revidierte Fassung Selbst entwickelte Skalen
Ergebnisse				
<p>Der Autor findet Belege für die Hypothese, dass SOC und Emotionalität konfundiert sind.</p> <p>Facevalidität: 11 von 13 Items beziehen sich auf Gefühle (laut zwei unabhängigen Ratern).</p> <p>Konstruktvalidität: Die Autoren finden drei Faktoren: Symptomatology, chronischer Stress und als dritter Faktor alle Items des SOC und der Skala Emotionalität.</p> <p>Prädiktiver Wert von SOC gering, wenn Alter, Geschlecht und Emotionalität herauspartialisiert sind (3% Varianzaufklärung bzgl. körperlicher Gesundheit).</p> <p>Keine Varianzaufklärung bzgl. körperlicher Gesundheit durch SOC zum Messzeitpunkt 2 (4 Wochen nach erster Datenerhebung).</p>				



Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Kravetz, Drory & Florian (1993)	Israel	N=164 Patienten und Patientinnen mit KHK	SOC Hardiness Kontrollüberzeugungen Ärger Depressivität Ängstlichkeit	SOC-Scale Hardiness Scale Rotters I-E Locus of Control Scale State-Trait-Anxiety Scale Becks Depression Inventory Anger Arousal Scale
Ergebnisse				
<p>Die Autoren finden zwei Faktoren: negativer Affekt und Gesundheitsneigung. Hardiness und Locus of Control laden auf dem Faktor „Gesundheitsneigung“ (health proneness), dieser wiederum korreliert negativ mit dem zweiten Faktor „negativer Affekt“ (Ärger, Ängstlichkeit und Depressivität). SOC korreliert mit dem Faktor „negativer Affekt“ im selben Maße negativ wie positiv mit dem Faktor „Gesundheitsneigung“. Die Autoren sehen die diskriminante Validität des SOC-Konstrukts infrage gestellt. Sie weisen darauf hin, dass SOC viele Aspekte von Ängstlichkeit, Depressivität und Ärger umfasst – dies zeigt sich auch auf Ebene der Items, die sehr häufig negative Gefühle des Probanden bzw. der Probandin ansprechen.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Langius, Björvell & Antonovsky (1992)	Schweden	N=97 Krankenschwestern N=166 Patienten und Patientinnen N=155 Männer und Frauen der Normalbevölkerung	SOC Self-Motivation Ängstlichkeit Feindseligkeit	SOC-Scale Self-Motivation Inventory Karolinska Scales of Personality
Ergebnisse				
<p>Die Gruppen unterscheiden sich in der Ausprägung der SOC-Werte nicht. Niedrigere SOC-Werte korrelieren mit erhöhter (somatischer und psychischer) Ängstlichkeit und Feindseligkeit. Keine Korrelationen zwischen SOC und Extraversion sowie Aggression. Hohe negative Korrelationen mit Self-Motivation bei allen untersuchten Gruppen.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Langius & Björvell (1993)	Schweden	N=145 Männer und Frauen dreier verschiedener Altersgruppen	SOC Allgemeine Gesundheit Psychische und physische Beschwerden Alter	SOC-Scale, Kurzform und Langform Sickness Impact Profile Selbst entwickelte Skala
Ergebnisse				
<p>Zusammenhang zwischen SOC und der SIP-Gesamtskala $r=-.29$; eine genauere Analyse zeigt jedoch, dass der Zusammenhang auf signifikanten Korrelationen zwischen dem Score der psychosozialen Skalen und SOC beruht und hier nur mit den Unterskalen Schlaf und Erholung. Signifikante Korrelation zwischen SOC und allgemeiner Gesundheit ($r=-.32$ für Langform und $r=-.21$ für Kurzform).</p> <p>Kaum Unterschiede zwischen Kurz- und Langform der SOC-Skala.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Larsson & Kallenberg (1996)	Schweden	N=2003 Männer und Frauen einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe	SOC Alter Geschlecht Bildungsstand Beschäftigungsverhältnis Einkommen Haushaltsgröße Anzahl Freunde/Freundinnen Allgemeiner Gesundheitszustand Psychisches Wohlbefinden Körperliche und psychische Symptome	SOC-Scale, Kurzform Stress Profile Life Style Profile Selbst entwickelte Skalen
Ergebnisse				
<p>Männer haben höhere SOC-Werte als Frauen. SOC-Werte steigen mit zunehmendem Alter. Bildungsstand und SOC korrelieren nicht. Selbstständige, Angestellte, höheres Einkommen, größerer Haushalt und größere Anzahl an Freunden bzw. Freundinnen korrelieren signifikant mit SOC. Je höher SOC, desto gesünder die Person. Zusammenhänge zwischen SOC und psychischem Wohlbefinden und psychischen Symptomen größer ($r=.18$ bis $r=.53$) als zwischen SOC und allgemeinem körperlichen Gesundheitszustand und körperlichen Symptomen ($r=.13$ bis $r=.31$). Der Einfluss von SOC auf die Gesundheit ist bei Frauen größer als bei Männern. SOC ist der beste Prädiktor der hier untersuchten uVs.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Lundberg (1997) Lundberg & Nynström Peck (1994)	Schweden	N=4390 Personen einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe (zum großen Teil Teilnehmer und Teilnehmerinnen einer Längsschnittstudie)	SOC Alter Geschlecht Schichtzugehörigkeit Soziale Situation in der Kindheit, d.h. broken home durch Scheidung oder Tod eines Elternteils oder häufige Konflikte Finanzielle Situation in der Kindheit Psychische und physische Gesundheit	SOC-Scale, Kurzform Selbst entwickelte Skalen
Ergebnisse				
<p>Schichtzugehörigkeit und SES in der Kindheit haben keinen Einfluss auf SOC im Erwachsenenalter.</p> <p>Familiäre Konflikte in der Kindheit scheinen den SOC im Erwachsenenalter geringfügig zu beeinflussen.</p> <p>SOC und Schichtzugehörigkeit im Erwachsenenalter korrelieren, d.h. Arbeiter und Arbeiterinnen haben einen niedrigeren SOC als Selbstständige und Angestellte.</p> <p>Geringer SOC hängt zusammen mit schlechter psychischer und physischer Gesundheit, auch wenn Alter, Geschlecht und Situation in der Kindheit kontrolliert sind, d.h. das Risiko von psychischem Distress für Personen mit niedrigem SOC ist 3,5-fach erhöht gegenüber Personen mit mittlerem oder hohem SOC.</p> <p>SOC und soziale Bedingungen in der Kindheit sind unabhängige Einflussfaktoren auf die Gesundheit des Erwachsenen.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Margalit, Raviv & Ankonina (1992)	Israel	N=161 Elternpaare mit behindertem bzw. ohne behindertes Kind	SOC Geschlecht des Elternteils Behindertes Kind bzw. kein behindertes Kind Bewältigungsverhalten Wahrgenommenes Familienklima Wahrgenommene Verhaltensauffälligkeiten des Kindes	SOC-Scale Coping Scale Family Environment Scale Child Behavior Checklist
Ergebnisse				
<p>Eltern von behinderten Kindern zeigen geringere SOC-Werte als Eltern ohne behindertes Kind, d.h. die Behinderung bringt mit sich, dass Eltern die Welt weniger kontrollierbar und verstehbar empfinden.</p> <p>Geschlechtsunterschiede zeigen sich insofern, als Väter höhere SOC-Werte haben als Mütter.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
McSherry & Holm (1994)	USA	N=60 Studierende mit hohen, mittleren und niedrigen SOC-Werten	SOC in verschiedenen Ausprägungsgraden Ängstlichkeit Ärger Neugier Erregungsniveau Stresswahrnehmung Stressbewältigung Pulsrate Hautwiderstand	State-Trait Personality Inventory Stress Arousal Checklist Dakota Cognitive Appraisal Inventory Dimensional Coping Checklist Physiologische Daten mit Hilfe entsprechender Apparaturen

Ergebnisse

Die Probanden und Probandinnen wurden einer Stresssituation ausgesetzt. Messzeitpunkte vor und nach dem Stressreiz. Es konnte gezeigt werden, dass Probanden bzw. Probandinnen mit hohen und mittleren SOC-Werten signifikant weniger gestresst, ängstlich und ärgerlich sind als solche mit niedrigen SOC-Werten.

Es finden sich Unterschiede in erwarteter Richtung auch bzgl. der Einschätzung der eigenen Bewältigungskompetenz und der Copingstrategien, d.h. Personen mit niedrigen SOC-Werten nehmen weniger Bewältigungsressourcen, weniger soziale, materielle und psychologische Ressourcen wahr und haben weniger Zutrauen zu sich, die Situation zu meistern.

Die Autoren sehen Zusammenhänge zwischen SOC und Selbstwirksamkeitserwartungen sowie Locus of Control.

Hohe SOC-Werte bringen eine Senkung der physiologischen Parameter gegen Ende der Konfrontation mit dem Stressreiz mit sich, d.h. obwohl alle drei Gruppen auf den Stressreiz reagieren, beginnen und beenden die Personen mit niedrigen SOC-Werten die Stresssituation mit höheren Stresswerten.

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Pasikowski, Sek & Scigala (1994)	Polen	N=60 Männer und Frauen	SOC Geschlecht Bildungsstand Wohnort Gesundheitsüberzeugungen (ganzheitlich-funktionale bzw. biomedizinische Gesundheitsmodelle)	SOC-Scale Health Belief Scale

Ergebnisse

Keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen, Personen mit höherem bzw. niedrigerem Bildungsstand und Personen aus ländlichen bzw. städtischen Gebieten bzgl. SOC-Werten. Skala Meaningfulness korreliert mit holistisch-funktionalem Gesundheitsmodell.

6

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Petrie & Brook (1992)	Neuseeland	N=150 parasuizidale Patienten (N=39) und Patientinnen (N=111)	SOC Depressivität Hoffnungslosigkeit Selbstwertgefühl Suizidalität	SOC-Scale Hopelessness-Scale Self-Rating Depression Scale Coopersmith Self-Esteem Inventory Paykel et al. Scale
Ergebnisse				
<p>Korrelationen zwischen den SOC-Subskalen und den anderen Variablen in erwarteter Richtung signifikant (zwischen $r=.65$ und $r=.76$).</p> <p>Subskala Meaningfulness beste Prädiktorvariable bzgl. Suizidalität während der Hospitalisation. Sechs Monate später SOC-Subskalen Comprehensibility und Manageability beste Prädiktorvariablen.</p> <p>SOC besserer Prädiktor für Suizidgefahr als Depressivität usw.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Rena, Moshe & Abraham (1996)	Israel	N=80 gelähmte Patienten/ Patientinnen und ihre N=72 Ehepartner/-innen	SOC Schwere der Erkrankung Akzeptanz der Behinderung Ängstlichkeit Psychosomatische Beschwerden Wahrgenommene Abhängigkeit vom Ehepartner bzw von der Ehepartnerin Ehezufriedenheit Soziale Aktivitäten Arbeitszeit	SOC-Scale Acceptance of Disability Scale State-Trait Anxiety Inventory Relative Vulnerability in Couples Relationship Index of Marital Satisfaction Life Satisfaction Questionnaire Selbst entwickelte Skalen
Ergebnisse				
<p>Hohe signifikante Korrelationen zwischen SOC und Ängstlichkeit, psychosomatischen Beschwerden und Akzeptanz der Behinderung.</p> <p>Ebenfalls signifikante Korrelationen zwischen SOC und wahrgenommener Abhängigkeit, Ehezufriedenheit und Arbeitszeit.</p> <p>Ergebnisse finden sich für gesunde Ehepartner/-innen ebenso wie für erkrankte.</p> <p>Alle drei Subskalen der SOC-Skala sind für die Vorhersage von Bedeutung.</p> <p>SOC ist ein besserer Prädiktor für die Krankheitsanpassung als die Schwere der Erkrankung.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Rimann & Udris (1998)	Schweiz	N=559 männliche und weibliche Angestellte	SOC Belastungen im Arbeits- und Privatbereich Soziale und organisationale Ressourcen Seelische Gesundheit als Eigenschaft sensu Becker Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen Wertorientierungen Bewältigungsstile Alter Geschlecht Berufliche Tätigkeit Position in der betrieblichen Hierarchie	SOC-Scale, Kurz- form Stressverarbeitungsfragebogen Selbst entwickelter Fragebogen Keine Angaben zu weiteren Instru- menten

Ergebnisse

SOC-Kurzform ist mehrdimensional, eine Abgrenzung der postulierten Komponenten ist den Autoren jedoch nicht gelungen.
 Signifikante Korrelationen zu den verwandten Konstrukten, die Koeffizienten sind jedoch oft nicht substantiell (18–34 % gemeinsame Varianz).
 SOC und seelische Gesundheit korrelieren zu $r=.58$.
 SOC korreliert am stärksten negativ mit Resignation ($r=-.37$). Positive signifikante, aber dennoch geringe Korrelationen mit Situationskontrollversuchen und den palliativen Bewältigungsversuchen.
 Geschlechtsunterschiede nicht eindeutig.
 Zusammenhang in erwarteter Richtung mit Alter.
 Berufliche Tätigkeitsspielräume und Stellung in der betrieblichen Hierarchie korrelieren mit SOC – Management hat im Vergleich zu anderen Gruppen höchste SOC-Werte, Hilfsarbeiter/-innen die niedrigsten Werte.

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Sammallahti, Holi, Komulainen & Aalberg (1996)	Finnland	N=122 Psychiatriepatienten und -patientinnen und N=334 Personen einer normalen Bevölkerungsstichprobe als Kontrollgruppe	SOC Psychiatrische Erkrankung Psychische Gesundheit Abwehrmechanismen	Defense Style Questionnaire General Health Questionnaire Symptom Checklist 90

Ergebnisse

Zwei-Faktoren-Lösung: 1. Faktor v.a. Items der Antonovsky-Scale meaningfulness, 2. Faktor „feelings“ umfasst Items der Skalen comprehensibility und manageability.
 SOC korreliert hoch mit SCL–90 ($r=-.83$), GHQ ($r=-.66$), d.h. der Schwere der psychiatrischen Symptome und der psychischen Gesundheit.
 SOC korreliert mit allen Subskalen der SCL–90 wie Somatisierung, Depression, Ängstlichkeit, Ärger, Feindseligkeit, Psychotizismus usw.
 Immature Defenses Style (eine Subskala des DSQ) und SOC korrelieren zu $r=-.78$.



Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Scherwitz & Ornish (1994)	USA	N=48 ältere Patientinnen und Patienten, die sich einer Angiografie unterziehen mussten; Kontrollgruppendesign: Lifestyle Change Intervention – Teilnehmer/-innen und Wartegruppe	SOC Psychophysiologische Maße Typ-A-Verhalten Teilnahme/Nichtteilnahme an der Intervention	Nicht ausgeführt
Ergebnisse				
SOC in der Interventionsgruppe nach einem Jahr höher als in der Kontrollgruppe.				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Schmidt-Rathjens, Benz, Van Damme, Feldt & Amelang (1997)	Deutschland	N=5133 Männer und Frauen, zwischen 40 und 65 Jahre alt	SOC Persönlichkeitstypologie (Krebspersönlichkeit – Herz-Kreislauf-Persönlichkeit sensu Grossarth-Maticek) Dispositioneller Optimismus Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen Zeitnot und ständige Aktiviertheit Ärger Feindseligkeit Psychotizismus Persönlichkeitseigenschaften sensu Eysenck Übertriebene soziale Kontrolle Kritische Lebensereignisse Soziale Unterstützung Körperliche Gesundheit Geschlecht	SOC-Scale Erfassung der Verhaltenstypologie (Grossarth-Maticek) Life Orientation Test Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen Time Urgency and Perceptual Activation Scale State-Trait-Ärgerausdruck-Inventar Depressivitäts-Skala (Zerssen) Eysenck-Persönlichkeitsinventar Way Of Life Scale Liste kritischer Lebensereignisse Fragebogen zur sozialen Unterstützung
Ergebnisse				
<p>Gesunde haben höhere SOC-Werte als Kranke, unabhängig vom Geschlecht. Frauen haben niedrigere Werte als Männer – Unterschiede sind numerisch betrachtet jedoch gering. Korrelationen mit dispositionellem Optimismus ($r=.53$), Depression ($r=-.63$) und Neurotizismus ($r=-.61$).</p> <p>Mittelwertunterschiede zwischen Gesunden, Krebskranken und Herz-Kreislauf-Kranken auf der SOC-Skala verschwinden bei Kontrolle von Depressivität und Neurotizismus, sind also allein durch die beiden letzteren Variablen erklärbar.</p>				

STUDIEN, DIE IN ANTONOVSKYS REVIEW¹ ERWÄHNT WERDEN

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Antonovsky & Sagy (1990) Sagy, Antonovsky & Adler (1990)	Israel	N=805 Erwachsene kurz vor der Pensionierung	SOC SES Geschlecht Einstellung gegenüber der Pensionierung	SOC-Scale Attitude towards Retirement-Scale
Ergebnisse				
<p>Je höher der SOC-Wert, desto weniger wird die Pensionierung von den untersuchten Personen als Verlust erleben wahrgenommen bzw. um so mehr wird sie als Gewinn wahrgenommen. Dieses Ergebnis findet sich bei allen untersuchten Schichten sowie bei Männern und Frauen, ist also unabhängig von SES und Geschlecht.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Antonovsky, H. & Sagy (1986)	Israel	N=418 Schüler und Schülerinnen verschiedener Altersgruppen, davon N=63 vor und nach der Evakuierung aus dem Sinai-Gebiet	SOC Emotionale Bindung zu den Eltern Kommunikation mit den Eltern Alter Geschlecht Stabilität/Instabilität des Umfeldes Ängstlichkeit	SOC-Scale State-Trait Anxiety Inventory Selbst entwickelte Skalen
Ergebnisse				
<p>Jungen haben höheren SOC als Mädchen. Ältere Schülerinnen und Schüler haben höheren SOC als jüngere Schülerinnen und Schüler. Ein Einfluss der emotionalen Bindung und Kommunikation mit den Eltern auf den SOC-Wert konnte nicht gefunden werden. Je instabiler das Umfeld, desto geringer der SOC-Wert. Entgegen den theoretischen Überlegungen hat die Beziehung zu den Eltern keinen Einfluss auf die Entwicklung des SOC. Die untersuchten Variablen erklären nur 8% der Varianz von SOC auf. Je höher der SOC-Wert, desto niedriger die Ängstlichkeitswerte (Trait). SOC und Ängstlichkeit (State) stehen in einer akuten Krisensituation (1 Woche vor der Evakuierung) in keinem Zusammenhang. Die Korrelation ist jedoch 6 Wochen nach der Evakuierung signifikant, d.h. wenn die Ausnahmesituation wieder „normal“ wird, haben Jugendliche mit hohem SOC-Wert einen niedrigen Ängstlichkeitswert (State).</p>				



¹ Antonovsky, A. (1993c): The structure and properties of the Sence of Coherence Scale. Social Science & Medicine, 36, 725–733.

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Antonovsky & Sourani (1988)	Israel	N=60 behinderte Männer und ihre Ehefrauen, Arbeiter- schicht	FSOC (Familärer Kohärenz- sinn) Wahrgenommene familiäre Zufriedenheit	Family Sense Of Coherence Scale Family Adaptation Scale
Ergebnisse				
Familien mit einem hohen SOC-Wert haben eine bessere wahrgenommene Anpassung der Familie an die Behinderung des Mannes und eine größere Zufriedenheit mit dem familiären Klima.				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Carmel, Anson, Levenson, Bonneh & Maoz (1991) Anson, Carmel, Levenson, Bonneh & Maoz (1993)	Israel	N=230 männliche und weibliche Mitglieder zweier Kibbuze	SOC Alter Geschlecht Kritische Lebensereignisse Psychisches Wohlbefinden Körperliches Wohlbefinden Leistungsfähigkeit	SOC-Scale The Social Readjustment Ratingscale Scale of Psycho- logical Distress Quality of Well- being-Scale Selbst entwickelte Skalen
Ergebnisse				
<p>SOC korreliert positiv mit den Gesundheitsmaßen ($r=.12$ bis $r=.23$).</p> <p>Kontrolliert man den Einfluss des Geschlechts, wird deutlich, dass die Korrelation nur für Männer gilt.</p> <p>SOC korreliert mehr mit psychischem und physischem Wohlbefinden als mit Leistungsfähigkeit.</p> <p>Geringer (aber signifikanter) negativer Zusammenhang zwischen SOC und kritischen Lebensereignissen, d.h. entweder verhindert SOC kritische Lebensereignisse oder das Erleben kritischer Lebensereignisse reduziert SOC.</p> <p>Keine Geschlechtsunterschiede finden sich bzgl. den SOC-Werten.</p>				

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Cederblad & Hansson (1996) Cederblad, Dahlin & Hagnell (1993) Cederblad, Dahlin, Hagnell & Hansson (1995) Dahlin, Cederblad, Antonovsky & Hagnell (1990)	Schweden	N=148 Personen, psychiatrische Risiko- gruppe	SOC Intelligenz Aktivität, Flexibilität und Stabilität als Persönlichkeits- eigenschaften Bewältigungsstrategien Kontrollüberzeugungen Copingstrategien Lebensqualität Psychische und physische Gesundheit	SOC-Scale Symptom Check- list 90 Quality of Life Scale Health Sickness Rating Scale Ways of Coping Checklist Locus of Control Sjobring Model of Personality Dimensions
Ergebnisse				
<p>Neben SOC wurden weitere 8 Dimensionen der Persönlichkeit untersucht. In einer multiplen Regressionsanalyse zeigt sich, dass SOC der beste Prädiktor für die Outcome-Variablen Lebensqualität und körperliche und psychische Gesundheit ist. SOC korreliert signifikant mit SCL-90 ($r=.72$), QOL ($r=.77$), wahrgenommener Gesundheit ($r=.46$) und HSRS ($r=.51$)</p>				

6

Autor/Jahr	Land	Stichprobe	Untersuchte Variablen	Instrumente
Hart, Hittner & Paras (1991)	USA	N=59 College- Studenten und Studentinnen	SOC Ängstlichkeit Soziale Unterstützung	SOC-Scale, Kurz- form Trait Anxiety Inventory Interpersonal Support Evaluation List
Ergebnisse				
<p>Hohe Korrelationen zwischen Ängstlichkeit und SOC. Kein Zusammenhang zwischen SOC und sozialer Unterstützung.</p>				

6.5

FRAGEBOGEN ZUR LEBENSORIENTIERUNG (SOC-SKALA)

Nach: Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt.

Mit freundlicher Genehmigung des Verlages.

Fragebogen zur Lebensorientierung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Auf jede Frage gibt es 7 mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt. Geben Sie auf jede Frage nur eine Antwort.

- 1. Wenn Sie mit anderen Leuten sprechen, haben Sie das Gefühl, daß diese Sie nicht verstehen?**

habe nie dieses Gefühl 1 2 3 4 5 6 7 habe immer dieses Gefühl

- 2. Wenn Sie in der Vergangenheit etwas machen mußten, das von der Zusammenarbeit mit anderen abhing, hatten Sie das Gefühl, daß die Sache**

keinesfalls erledigt werden würde 1 2 3 4 5 6 7 sicher erledigt werden würde

- 3. Abgesehen von denjenigen, denen Sie sich am nächsten fühlen – wie gut kennen Sie die meisten Menschen, mit denen Sie täglich zu tun haben?**

sie sind Ihnen völlig fremd 1 2 3 4 5 6 7 Sie kennen sie sehr gut

- 4. Haben Sie das Gefühl, daß es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?**

äußerst selten oder nie 1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

- 5. Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten?**

das ist nie passiert 1 2 3 4 5 6 7 das kommt immer wieder vor

- 6. Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht?**

das ist nie passiert 1 2 3 4 5 6 7 das kommt immer wieder vor

7. Das Leben ist

ausgesprochen
interessant

1 2 3 4 5 6 7

reine Routine

8. Bis jetzt hatte Ihr Leben

überhaupt keine klaren
Ziele oder einen Zweck

1 2 3 4 5 6 7

sehr klare Ziele und einen
Zweck

9. Haben Sie das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden?

sehr oft

1 2 3 4 5 6 7

sehr selten oder nie

10. In den letzten zehn Jahren war Ihr Leben

voller Veränderungen,
ohne daß Sie wußten,
was als nächstes pas-
siert

1 2 3 4 5 6 7

ganz beständig
und klar

11. Das meiste, was Sie in Zukunft tun werden, wird wahrscheinlich

völlig faszinierend sein

1 2 3 4 5 6 7

totlangweilig sein

12. Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?

sehr oft

1 2 3 4 5 6 7

sehr selten oder nie

13. Was beschreibt am besten, wie Sie das Leben sehen?

man kann für schmerzli-
che Dinge im Leben im-
mer eine Lösung finden

1 2 3 4 5 6 7

es gibt keine Lösung für
schmerzliche Dinge im
Leben

14. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, passiert es sehr häufig, daß Sie

fühlen, wie schön es ist
zu leben

1 2 3 4 5 6 7

sich fragen, warum Sie
überhaupt da sind



15. Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, ist die Wahl einer Lösung

immer verwirrend und schwierig 1 2 3 4 5 6 7 immer völlig klar

16. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle

tiefer Freude und Zufriedenheit 1 2 3 4 5 6 7 von Schmerz und Langeweile

17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich

voller Veränderungen sein, ohne daß Sie wissen, was als nächstes passiert 1 2 3 4 5 6 7 ganz beständig und klar sein

18. Wenn in der Vergangenheit etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu,

sich daran zu verzeihen 1 2 3 4 5 6 7 zu sagen: „Nun gut, sei's drum, ich muß damit leben“ und weiterzumachen

19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 selten oder nie

20. Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,

werden Sie sich sicher auch weiterhin gut fühlen 1 2 3 4 5 6 7 wird sicher etwas geschehen, das das Gefühl verdirbt

21. Kommt es vor, daß Sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

22. Sie nehmen an, daß Ihr zukünftiges Leben

ohne jeden Sinn und Zweck sein wird 1 2 3 4 5 6 7 voller Sinn und Zweck sein wird

23. Glauben Sie, daß es in Zukunft immer Personen geben wird, auf die Sie zählen können?

Sie sind sich dessen ganz sicher 1 2 3 4 5 6 7 Sie zweifeln daran

24. Kommt es vor, daß Sie das Gefühl haben, nicht genau zu wissen, was gerade passiert?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

25. Viele Menschen – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel oder Unglücksrabe. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

nie 1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

26. Wenn etwas passiert, fanden Sie im allgemeinen, daß Sie dessen Bedeutung

über- oder unterschätzten 1 2 3 4 5 6 7 richtig einschätzten

27. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, mit denen Sie in wichtigen Lebensbereichen wahrscheinlich konfrontiert werden, haben Sie das Gefühl, daß

es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu meistern 1 2 3 4 5 6 7 Sie die Schwierigkeiten nicht werden meistern können

28. Wie oft haben Sie das Gefühl, daß die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie nicht sicher sind, ob Sie sie kontrollieren können?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie



Kodifizierung der Items

Die Tabelle zeigt für jedes Item die Zuordnung zu den drei Komponenten des SOC: V = Verstehbarkeit, H = Handhabbarkeit, B = Bedeutsamkeit.

Die Werte in den einzelnen Komponenten des SOC und der SOC-Gesamtwert ergeben sich durch Addition der Skalenwerte, wobei die in der Spalte „Polung“ gekennzeichnete Richtung (positiv/negativ) berücksichtigt werden muss: Bei positiv gepolten Items geht der jeweilige Skalenwert ein; wurde z.B. eine 2 angekreuzt, so beträgt der zu addierende Wert 2. Bei negativ gepolten Items dagegen erhält der niedrigste Skalenwert (also 1) den höchsten zu addierenden Wert (also 7); wurde auf einer negativ gepolten Skala eine 2 angekreuzt, so beträgt der zu addierende Wert somit 6, bei einer 3 wäre er 5 usw.

Item-Nr.	SOC-Komponente	Polung	Kurzform
1	V	negativ	
2	H	positiv	
3	V	positiv	
4	B	negativ	K
5	V	negativ	K
6	H	negativ	K
7	B	negativ	
8	B	positiv	K
9	H	positiv	K
10	V	positiv	
11	B	negativ	
12	V	positiv	K
13	H	negativ	
14	B	negativ	
15	V	positiv	
16	B	negativ	K
17	V	positiv	
18	H	positiv	
19	V	positiv	K
20	H	negativ	
21	V	positiv	K
22	B	positiv	
23	H	negativ	
24	V	positiv	
25	H	negativ	K
26	V	positiv	K
27	H	negativ	
28	B	positiv	K
29	H	positiv	K



ANHANG II – BZGA-VERANSTALTUNG ZU ANTONOVSKYS MODELL DER SALUTOGENESE¹

¹ Moderation: Prof. Lotte Kaba-Schönstein (FH Esslingen – Hochschule für Sozialwesen); Berichtersteller: Oliver Steeger (Fachjournalist, Bonn).

Begleitend zur Streuung der vorliegenden Expertise hat die BZgA in den Jahren 1999 und 2000 eineinhalbtägige Veranstaltungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus verschiedenen Bereichen der Gesundheitsförderung durchgeführt. Die Teilnehmenden konnten ihre Kenntnisse über das Salutogenesemodell und dessen Hintergründe vertiefen und – unterstützt durch Praxisbeispiele – die Konsequenzen für ihren Arbeitsbereich diskutieren.

Im Folgenden werden das einführende Referat zum Salutogenesemodell, die Praxisbeispiele aus den Bereichen Suchtprävention im Kindesalter und Umgang mit chronischen Krankheiten sowie beispielhaft Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen dokumentiert und ein Resümee der Veranstaltungen gezogen.

7.1 AARON ANTONOVSKYS MODELL DER SALUTOGENESE

Einführender Vortrag von Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel bzw. Dr. Regine Strittmatter

Manche Menschen haben gewaltige körperliche und seelische Strapazen erleiden müssen. Dennoch sind sie nicht erkrankt – entgegen allen Lehrmeinungen der Medizin. Auch im Alltag entwickeln bestimmte Menschen erstaunliche Widerstandskräfte gegen körperliche Erkrankungen, und nicht immer verdanken sie ihr Wohlbefinden einer gesunden Lebensweise. Ganz im Gegenteil, sie leben mitunter „ungesund“ und sind dennoch gesund. Trotz nachgewiesenem Risiko stirbt nicht jeder Raucher bzw. jede Raucherin an Lungenkrebs und nicht jeder bzw. jede Übergewichtige an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Was hat, so die Frage, diese Menschen „wie ein Fels in der Brandung“ nahezu unversehrt gehalten?

Aaron Antonovsky nahm diese Beobachtung früh in den Fokus. Ihm ging es nicht darum, Antworten auf die Frage zu finden, was Menschen tun und lassen müssen, um dem Risiko von Krankheiten auszuweichen. Er suchte nach Erklärungen für Gesundheit jenseits des Musters der Risikovermeidung. So entwickelte er eine neue Blickrichtung auf den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Krankheit. Bereits die Fragestellung, der er folgte, unterschied sich von herkömmlichen Ansätzen: Warum bleiben Menschen gesund? Wie gelingt es ihnen, sich von Krankheit zu erholen? Wie wird ein Mensch mehr gesund und weniger krank?

Zu dem Zeitpunkt, als Antonovsky das Modell der Salutogenese entwickelte, stand das traditionelle medizinische Versorgungsmodell in der Kritik. Medizinerinnen und Medizinern schien es allein darum zu gehen, Krankheiten zu heilen (ähnlich, wie Defekte repariert werden), die Funktionsfähigkeit des Organismus wiederherzustellen und bestenfalls Emp-

fehlungen zu geben, wie der Einzelne das Risiko von Erkrankungen mindern kann. Auch die Erwartung des Patienten bzw. der Patientin richtete sich hauptsächlich auf die „Behebung des Defekts“. Zudem stand in der Kritik, dass pathogenetisch ausgerichtete Medizin allein Symptome betrachtet, nicht aber den Erkrankten in Diagnose und Therapie einbezieht. Dadurch, so schien es, verschenke die Medizin wichtige Heilungspotenziale.

Die Frage, was Menschen gesund erhält, spielte in der pathologisch orientierten Medizin kaum eine Rolle. Die Medizin definierte (und definiert zum Teil heute noch) Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit selbst scheint keine eigene Qualität, kein positiver Begriff zu sein, sondern sich nur negativ bestimmen zu lassen.

Dieser negative Begriff von Gesundheit lässt sich heute nur schwer halten. Aaron Antonovsky argumentierte: Krankheit ist keineswegs die Ausnahme, das Auffällige, die Störung der Gesundheit. Angesichts chronischer Erkrankungen, Zivilisationsleiden und psychosomatischer Erkrankungen tendiert sogar die Durchschnittsbefindlichkeit der Menschen zunehmend in Richtung Krankheit. Zwischen 30 und 50 % der Menschen sind krank oder haben Krankheitssymptome, wenn man nicht allein die rein körperlichen Beschwerden einrechnet. Gilt aber Krankheit als Regel, so ist es mit Sicherheit eine Überlegung wert, ob Gesundheit nicht mehr ist als nur die Abwesenheit von Krankheit.

Auf Grundlage dieser Beobachtungen und auch der beständigen Kritik an der Perspektive des Gesundheitssystems erarbeitete Antonovsky sein Modell der Salutogenese. In diesem Modell griff er Gedanken und Ergebnisse der Stressforschung auf, entwickelte eine neue Definition von Gesundheit und Krankheit, postulierte das sogenannte „Kohärenzgefühl“ als salutogenen Faktor und beschrieb Widerstandsfaktoren gegen potenziell gesundheits-schädigende Stressoren.

In einer berühmten Metapher hat Antonovsky Gesundheit und Leben mit einem Fluss verglichen. Mit dieser Metapher gelang es ihm, den Perspektivenwechsel der Salutogenese bestechend lebendig vor Augen zu führen. Sein Gedanke: Die Menschen schwimmen in einem Fluss voller Gefahren, Strudeln, Biegungen und Stromschnellen. Der Arzt bzw. die Ärztin, so erklärt Antonovsky, könne mit seiner bzw. ihrer pathogenetisch orientierten Medizin versuchen, den Ertrinkenden bzw. die Ertrinkende aus dem Strom zu reißen. In der Salutogenese geht es aber um mehr: Es gilt, den Menschen zu einem guten Schwimmer bzw. einer guten Schwimmerin zu machen. Was also hilft ihm, ohne ärztliche Hilfe Strudel und Stromschnellen zu meistern?

DIE DEFINITION VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

Krankheit und Gesundheit galten bislang als entgegengesetzte Begriffe. Entweder ist der Mensch krank oder er ist gesund. Dieser Krankheitsbegriff orientiert sich beispielsweise daran, ob Menschen Schmerzen erleben, ob organische Funktionen beeinträchtigt und



Behandlungen notwendig sind, d.h. ob „subjektiv empfundene und/oder objektiv feststellbare körperliche, geistige und/oder seelische Veränderungen bzw. Störungen“ (Psychyrembel: Klinisches Wörterbuch, 1986) vorhanden sind.

Antonovsky versuchte, diese allgemein akzeptierte Definition zu korrigieren. Menschen, so stellte er fest, sind sowohl krank als auch gesund. Gesunde Menschen bezeichnete er als „wenig krank“. Je nach Befindlichkeit sind Menschen also „recht gesund/wenig krank“, „tendenziell mehr gesund“ oder „wenig gesund/mehr krank“. In jedem gesunden Menschen entdeckte er kranke, in jedem kranken Menschen auch gesunde Anteile. So ist zu verstehen, dass sich chronisch kranke Menschen gesund fühlen, während sich gesunde Menschen in diesem Zustand als krank empfinden würden. Wurden bislang die beiden Zustände als einander ausschließend verstanden, so siedelte Antonovsky sie auf einem Kontinuum an, an dessen Extremen die Begriffe „krank“ und „gesund“ stehen. Irgendwo zwischen den Polen sind die meisten Menschen „angesiedelt“.

Der Organismus strebt danach, gesunde „Anteile“ zu mehr und zumindest ein Gleichgewicht zwischen den gesunden und kranken „Anteilen“ herzustellen. Eine salutogenetisch orientierte Therapie zielt nicht nur darauf ab, kranke Anteile (beispielsweise Symptome) zu lindern, sondern zusätzlich gesunde Anteile zu stärken und damit die Ressourcen der jeweiligen Person zu nutzen. An diesem Punkt trennt sich der Weg zwischen dem pathogenetisch und dem salutogenetisch orientierten Ansatz. In der pathogenetisch orientierten Therapie steht im Vordergrund, ein auffälliges Symptom – unabhängig vom Patienten bzw. der Patientin – zu behandeln. In der auf Ressourcen ausgerichteten, salutogenetisch orientierten Behandlung gilt es, allgemein die „gesunden Anteile“ des Patienten bzw. der Patientin zu wecken, d.h. die persönlichen Ressourcen aufzufinden und zu fördern.

DAS KOHÄRENZGEFÜHL

Im Laufe seiner Untersuchungen stellte Aaron Antonovsky fest, dass gesunde Menschen über eine bestimmte geistig-seelische Globalorientierung verfügen, die er als „Kohärenzgefühl“ bezeichnet. Dieses „Gefühl“, über das gesunde Menschen in ausgesprochen großem Maße verfügen, steht im Zentrum der Salutogenese. Menschen mit viel Kohärenzgefühl kommen – grob gesprochen – im Leben gut zurecht. Sie sind, um bei Antonovskys Flussmetapher zu bleiben, „gute Schwimmer“. Sie fühlen sich ihren Problemen und Herausforderungen gewachsen, finden sich in ihrer Welt zurecht und sehen in ihrem Leben einen Sinn.

Dabei ist das Kohärenzgefühl (trotz des Begriffs) nicht als bloßes Gefühl oder gar als „Allmachtsfantasie“ zu verstehen. Eher ist es als Wahrnehmungs- und Beurteilungsmuster zu begreifen. Auch wurde es verglichen mit einem kognitiven Raster, das einem erlaubt, sich und die Welt in einem bestimmten Licht zu sehen. Diese kognitive, „verstandes-

mäßige“ Ausrichtung trug Antonovsky letztlich den Vorwurf ein, die gefühlsmäßige, affektive Seite des Kohärenzgefühls in seinem Modell nicht genug zu würdigen.

Mit Fragebogen, die wissenschaftlichen Überprüfungen standgehalten haben, lässt sich das Maß des Kohärenzgefühls – engl.: *sense of coherence (SOC)* – messen und erfassen. Der SOC setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

- *Verstehbarkeit*: Menschen mit ausgeprägtem Kohärenzgefühl erleben die Welt als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar. Gleiches gilt für ihre inneren Erfahrungszustände. Ebenso haben gesunde Menschen mit ausgeprägtem Kohärenzgefühl das Gefühl, dass auch andere Menschen sie verstehen. Diese Verstehbarkeit ordnet Antonovsky der kognitiven Seite des Erlebens zu.
- *Handhabbarkeit*: Hinter dem Gefühl der Handhabbarkeit der Welt steht die Überzeugung, generell geeignete Ressourcen an der Hand zu haben, um Probleme und Herausforderungen zu bewältigen. Schwierigkeiten, so die Überzeugung, sind zu meistern – gleichgültig, ob der Betreffende sie selbst löst, ob er sich auf andere verlässt oder einer höheren Macht vertraut. Auch Handhabbarkeit wird der kognitiven Seite des Erlebens zugeordnet.
- *Bedeutsamkeit, Sinnhaftigkeit*: Menschen mit hochgradigem Kohärenzgefühl halten ihr Leben, ihre Biografie und ihr Tun für sinnvoll. Die Aufgaben sind es wert, dass man Energie in ihre Lösung investiert – gleichgültig „wie die Sache ausgeht“. Menschen mit viel Kohärenzgefühl werten ihr Leben als interessant, lebenswert und schön. Diese Komponente „Sinnhaftigkeit“ ordnet Antonovsky als affektiv-motivationale Komponente im Salutogenesemodell ein. Sie gilt unter den drei Komponenten des Kohärenzgefühls als wichtigstes Element.

Antonovsky will das Kohärenzgefühl (SOC) allerdings nicht als Kriterium für eine Typologie von Menschen verstanden wissen. Der Begriff bezeichnet lediglich eine dispositionale, überdauernde Orientierung, ein beständiges Muster der Wahrnehmung. Dieses Wahrnehmungsmuster entwickelt sich von Geburt an. Im jungen Erwachsenenalter ist es gereift und gefestigt.

Wesentlich für die Praxis ist die Frage, wie und unter welchen Umständen der SOC gedeihen kann. Die Ausprägung, so stellt Antonovsky fest, hängt von der Umwelt ab, in der das Individuum aufgewachsen ist. Erfahrungen, Prägungen und Erziehung spielen eine wesentliche Rolle. So entwickeln Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ein hohes Maß an Kohärenzgefühl, wenn sie die Welt als gleichmäßig und „berechenbar“ erleben, Probleme und Aufgaben als herausfordernd, aber auch als lösbar kennenlernen und sich im Kontakt mit anderen als „bedeutsam“ und lebenswert begreifen.

Ab etwa dem 30. Lebensjahr, wenn wesentliche Weichen für das Leben gestellt sind, bleibt nach Antonovsky das individuelle Maß des Kohärenzgefühls relativ konstant und lässt sich selbst mit therapeutischen Maßnahmen kaum mehr beeinflussen. So wie sich das Gefühl nicht mehr erhöhen lässt, so wird es auch unter Belastung nicht mehr schwinden:



Selbst schwere Erkrankungen würden den SOC nicht mehr verringern können. Indes, diese eher pessimistisch stimmende Nachricht ist nach neueren Untersuchungen zumindest anzweifelbar. Untersuchungen legen nahe, dass auch „jenseits der 30“ der SOC beeinflussbar ist.

GENERALISIERTE WIDERSTANDSRESSOURCEN

Gesunde Menschen, so eine zweite Feststellung Antonovskys, verfügen über ein Arsenal von Widerstandskräften, mit denen sie Problemen, Spannungen und Stresssituationen begegnen. Diese Kräfte fasst Antonovsky unter den Begriff „generalisierte Widerstandsressourcen“. Diese sind neben dem Kohärenzgefühl ein weiterer wichtiger Baustein des Salutogenesemodells: Diese Kräfte sind wesentliche Protektivfaktoren der Gesundheit. Obgleich diese Ressourcen nicht direkt auf Gesundheit wirken, unterstreicht Antonovsky ihre entscheidende Bedeutung für Gesundheit. Stressoren und daraus resultierende Stressbelastungen können Krankheiten auslösen, wenn sie mit ohnehin bestehenden Krankheitserregern und körperlichen Schwächen zusammentreffen. Die Ressourcen ermöglichen es, auch körperlich schädliche Spannungen zu bewältigen.

Mit „generalisierten Widerstandsressourcen“ (generalisiert bedeutet, dass sie in Situationen aller Art wirksam werden) sind bei Weitem nicht nur körpereigene Abwehrkräfte gemeint. Mit dem Begriff bezeichnet Antonovsky individuelle, kulturelle und soziale Fähigkeiten und Möglichkeiten, Probleme zu lösen und Schwierigkeiten zu meistern. So zählt er zu diesen Ressourcen finanzielle Sicherheit, Ich-Stärke, Intelligenz, praktische Bewältigungsstrategien, genetisch geprägte oder organische Faktoren. Diese Ressourcen werden insbesondere in Kindheit und Jugend entwickelt. Defizite entstehen dann, wenn frühere Lebenserfahrungen nicht konsistent sind, wenn also die Umgebung Kinder und Jugendliche unter- oder überfordert, oder wenn sie an Entscheidungen nicht teilhaben können.

STRESSOREN UND SPANNUNGSZUSTÄNDE

Die Abwehr der Stressoren ist eine wichtige Aufgabe des Organismus. Bevor ein potenziell stresserzeugender Reiz allerdings wirken kann, muss er verschiedene Hürden nehmen. Stressoren können, müssen aber nicht unbedingt den menschlichen Organismus belasten. Selbst unangenehme Stressreaktionen, die durch Stressoren ausgelöst werden, führen nicht zwangsläufig zu Krankheiten. Die fatale Ereigniskette, so Antonovsky, wird erst in Gang gesetzt, wenn ein potenziell stresserzeugender Reiz tatsächlich den Organismus unter Druck setzt – und dann zusammen mit Schadstoffen oder bestehenden körperlichen Schwachstellen zur Krankheit führt.

Antonovsky hat die Stressmodelle seiner Zeit, die auch heute noch Gültigkeit haben, in großem Umfang aufgegriffen. Potenziell stressauslösende Faktoren, so hält er fest, sind

in erster Linie neutrale Reize. Zu Stressoren werden die Reize erst, wenn sie Stressreaktionen hervorrufen. Es mag sein, dass der eine den Reiz überhaupt nicht als Stressor wahrnimmt, während bei einem anderen derselbe Reiz schwere Stressreaktionen bis hin zu körperlichen Befindlichkeitsstörungen hervorruft. Was den einen „kalt lässt“, kann andere in Rage bringen.

Auch den Begriff Stressreaktion fasst Antonovsky neutral. Zunächst bedeutet Stressreaktion nicht mehr, als dass eine Situation vorliegt, in der das Individuum nicht weiß, wie es reagieren soll. Es ist „unerträglich ratlos“, und diese Reaktion führt einen physiologischen Spannungszustand herbei. Aufgabe des Organismus ist es nun, den Stressor zu bearbeiten und den Spannungszustand zu lösen. Wird er positiv verarbeitet, wird also adäquat auf den Alarm reagiert, gerät der Organismus wieder in sein Gleichgewicht und nimmt keinen Schaden. Ob ein Stressor eine Stressreaktion auslöst und ob dann die Stressreaktion tatsächlich schädlich ist – das hängt vom individuellen Bewertungsraaster und persönlichen Widerstandsressourcen ab.

In einer ersten Bewertung (*primäre Bewertung*) wird also über die Frage befunden, ob ein Reiz überhaupt als Stressor auftritt. Dabei bewerten Menschen mit hohem SOC potenzielle Stressreize häufiger neutral als Menschen mit niedrigem SOC. Schon durch diese erste Bewertung nehmen Menschen mit ausgeprägtem Kohärenzgefühl viele potenzielle Stressoren gar nicht mehr als Stressreize wahr. Die potenziellen Stressoren bleiben unterhalb der Wahrnehmungsschwelle.

Selbst die als Stressoren wahrgenommenen Reize lösen nicht zwangsläufig eine Stressreaktion aus. In einer zweiten Prüfung (*sekundäre Bewertung*) beurteilt das Individuum den Stressor und schätzt ab, ob es Reserven, Strategien und Ressourcen hat, dem Problem angemessen entgegenzutreten. Fall eins: Es nimmt zwar Anspannung wahr, versichert sich aber gleichzeitig, dass keine Gefahr droht. Fall zwei: Es sieht sich durch ein Problem gefährdet, und das löst die Stressreaktion aus. Auch bei dieser zweiten Bewertung haben Menschen mit hohem SOC die besseren Karten. Sie werden in einem Stressor eher eine bewältigbare Herausforderung als ein unlösbares Problem entdecken. Bei ihnen setzt sich eine Erfolgsspirale in Gang: Ein hohes Kohärenzgefühl mobilisiert ausreichend generalisierte Widerstandsressourcen, und der erfolgreich durchgeführte Widerstand wiederum fördert das Kohärenzgefühl, das Gefühl also, Aufgaben und Herausforderungen der Welt bewältigen zu können.

Es macht also nur dann Sinn, von Stressoren zu sprechen, wenn man auch von der Person spricht, bei der die Stressreaktion ausgelöst wird. Stressoren sind also keine „objektiven Größen“, sondern stehen in direkter Abhängigkeit von individuellen Faktoren. Je höher der SOC des Betroffenen ist, desto häufiger wird das Individuum einen zunächst beunruhigenden Stressor als bewältigbar bewerten – oder einen potenziell beunruhigenden Reiz als solchen nicht wahrnehmen.



DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEN BAUSTEINEN DES SALUTOGENESEMODELLS

Die einzelnen Bausteine des Salutogenesemodells – Kohärenzgefühl, Stressoren, generalisierte Widerstandsressourcen – stehen nicht isoliert voneinander. Sie sind in dynamischer Wechselwirkung miteinander vernetzt und können einander positiv oder auch negativ beeinflussen.

Die Aufwärtsspirale: Ein hohes Maß an Widerstandsressourcen hilft, Reize seltener als Stressoren und „Alarmzeichen“ zu werten. Die Erfahrungen werden „verbessert“. Das Individuum erfasst die Welt als strukturiert und handhabbar – mit der Folge, dass diese Erfahrungen das Kohärenzgefühl stärken. Diese Stärkung wiederum erhöht die Widerstandsressourcen.

Die Abwärtsspirale: Ein Stressor löst Spannung aus, und dem Individuum gelingt es nicht, diese Spannung zu lösen. Folge: Es gerät in einen Stresszustand, der zur Krankheit führt. Zugleich erfährt sich die Person als machtlos gegenüber der Welt und kann – wenn sich dieses Gefühl über längere Zeit festsetzt – ein nur gering ausgeprägtes Kohärenzgefühl entwickeln.

Immer wieder unterstreicht Antonovsky das Wechselverhältnis zwischen SOC und generalisierten Widerstandsressourcen. Erlebt jemand dank ausgeprägter Widerstandsressourcen die Welt als verstehbar, gut zu bewältigen und auch als sinnvoll, entwickelt er einen guten SOC. Andersherum vermag der SOC generalisierte Widerstandsressourcen zu mobilisieren.

Indes hängt es nicht allein von der Verfügbarkeit dieser Ressourcen ab, in welchem Maß das Individuum den SOC ausbildet. Antonovsky macht für eine ausgeprägte Entwicklung auch förderliche gesellschaftliche Bedingungen verantwortlich. Im Sinne der Piaget'schen Begriffe „Akkommodation“ und „Assimilation“ eignen sich Kinder und Jugendliche die Welt an und bilden, sofern die Welt gute Voraussetzungen bietet, das Kohärenzgefühl. Eine Umwelt, die diese Auseinandersetzung begünstigt, unterstützt die Ausbildung des SOC.

Das Maß des SOC steht nach Meinung Antonovskys in direkter Verbindung mit der Gesundheit. In der Tat hat die Neuroimmunologie in den letzten Jahren gezeigt, dass das Kohärenzgefühl den Organismus direkt beeinflussen kann. Zugleich dient es als WahrnehmungsfILTER für Stressoren und kann vorhandene Ressourcen mobilisieren – kurz, es macht Personen zu guten Schwimmern im mitunter lebensgefährlichen Lebensstrom. Zusätzlich beeinflusst ein hohes Maß an Kohärenzgefühl nach Meinung Antonovskys auch das Gesundheitsverhalten. Die Ergebnisse verschiedener Studien zu dieser Fragestellung sind jedoch widersprüchlich.

Das Modell der Salutogenese ist bislang nicht ausreichend wissenschaftlich überprüft worden. Auch haben Wissenschaftler bislang nur einzelne Komponenten des Modells untersucht, nicht aber die methodisch problematische Überprüfung des Gesamtmodells in Angriff genommen. Möglicherweise ist diese „Generaluntersuchung“ ohnehin kaum zu bewerkstelligen. Für die Überprüfung eines derart komplexen, grundlegenden „Meta-Modells“ für Gesundheit mangelt es – so die übereinstimmende Meinung der Wissenschaft – an geeigneten Instrumenten.

Nicht nur die Menge, auch die Qualität der bislang in Angriff genommenen Forschung lässt wenig Rückschlüsse auf die Stichhaltigkeit des Salutogenesekonzepts zu. Bei den vorgelegten Arbeiten zum Thema handelt es sich zumeist um Querschnittsuntersuchungen mit zum Teil widersprechenden Ergebnissen. Diese Untersuchungen stellen zwar Zusammenhänge, nicht aber direkte Verbindungen („Kausalitäten“) fest. So lassen sich zwar Korrelationen zwischen hohem SOC und Gesundheit aufspüren, doch Ergebnisse, die einen ursächlichen Zusammenhang nahe legen, fehlen. Es lässt sich nicht nachweisen, dass der SOC Ursache von Gesundheit ist, wohl aber, dass ein hoher SOC mit Gesundheit zusammentrifft. So sind selbst grundlegende Annahmen des Modells bis heute nicht wissenschaftlich fundiert. Beispielsweise hat sich die 3-Faktoren-Struktur des Kohärenzgefühls bislang nicht bestätigt.

EINZELNE ERGEBNISSE DER FORSCHUNGEN

- Mit einem speziellen Fragebogen lässt sich das Maß an Kohärenzgefühl heute vergleichsweise sicher ermitteln. Die sogenannte „SOC-Skala“, die Antonovsky entwickelt hat, erfüllt weitgehend die heute gültigen Gütekriterien und kann in der Praxis eingesetzt werden.
- Eine Verbindung zwischen hohem SOC und psychischer Gesundheit (sowie niedrigem SOC und Angst) scheint zu bestehen. Dagegen fehlen eindeutige Belege für eine Korrelation zwischen SOC und physischer Gesundheit.
- Bestätigt wurde Antonovskys Modell beim Zusammenhang zwischen SOC und Stresswahrnehmung. Der SOC beeinflusst die Wahrnehmung von Stress und die Bewertung von potenziellen Stressoren.
- Tendenziell bestätigt haben Untersuchungen eine Korrelation zwischen dem SOC und dem sozialen Umfeld, in dem der Einzelne steht (soziale Unterstützung, soziale Aktivitäten, familiäre und eheliche Zufriedenheit/Kommunikation).
- Frauen haben, so Antonovsky, einen im Durchschnitt geringeren SOC als Männer. Diese Hypothese scheint sich zu bestätigen. (Als Ursache wird von Forschern und Forscherinnen die weibliche Sozialisation angegeben.)
- Bestätigt hat sich auch Antonovskys Annahme, dass das Modell interkulturell in den Industrieländern (Westeuropa/Nordamerika) einsetzbar ist. Zugleich belegt die Forschung, dass das Maß des Kohärenzgefühls unabhängig vom Bildungsstand ist.



- Ein Zusammenhang zwischen SOC und Gesundheitsverhalten ließ sich kaum belegen. Obgleich Antonovsky von einer direkten Verbindung ausgeht, steht für ihn allerdings dieser scheinbar wichtige Zusammenhang SOC – Gesundheitsverhalten – Gesundheit nicht im Vordergrund der Überlegungen.
- Im Gegensatz zu Antonovskys Feststellung, dass ab etwa 30 Jahren das Kohärenzgefühl stabil bleibt, zeichnet sich in neueren Untersuchungen ab, dass der SOC bis ins hohe Alter veränderbar ist. Alte Menschen verfügen in der Regel über einen höheren SOC als junge Menschen.

VERWANDTE MODELLE UND ANSÄTZE

Neben Aaron Antonovsky haben sich in den letzten 20 Jahren andere Fachleute aus den Bereichen Soziologie, Psychologie und Medizin um Theorien und Modelle bemüht, mit denen sich Gesundheit erklären und auf breiter Ebene fördern lässt. Auch hier steht die Frage im Vordergrund, welche Faktoren Menschen gesund halten. Diese Modelle scheinen dem Salutogenesemodell ähnlich zu sein und sich in einigen Ansätzen mit ihm zu überschneiden. Trotzdem unterscheiden sie sich in wesentlichen Details von Antonovskys Theorie. Beispielhaft seien dargestellt:

Konstrukt der Widerstandsfähigkeit

Das Konstrukt der Widerstandsfähigkeit (*Hardiness*) entstand zeitgleich mit dem Modell der Salutogenese. Die Verfasserin dieses Konzepts (Kobasa, 1979; Kobasa, Maddi & Kahn, 1982) geht davon aus, dass Individuen mit der Persönlichkeitseigenschaft „Hardiness“ resistent gegen die negativen Wirkungen von Stress sind und in der Folge keine körperlichen Symptome entwickeln. Ähnlich wie Antonovskys Konzeption umfasst auch das Konstrukt der Widerstandsfähigkeit drei Komponenten: Engagement (*Commitment*), Kontrolle (*Control*) und Herausforderung (*Challenge*). So stellt die Verfasserin fest, dass Menschen mit hoher Widerstandskraft sich in vielen Bereichen engagieren, von ihrer grundsätzlichen Möglichkeit zur Einflussnahme auf ihre Umgebung überzeugt sind und das Leben als herausfordernd empfinden. Obgleich die drei Komponenten den SOC-Elementen ähneln, unterscheidet sich die Hardiness-Konstruktion in einigen wesentlichen Punkten von Antonovskys Ansatz. So setzt das Modell beispielsweise voraus, dass sich das Maß an Widerstandskraft auch im Erwachsenenalter noch ändern lässt – eine Annahme, die von Antonovsky nicht geteilt wurde.

Modell der Selbstwirksamkeitserwartung

Sozialpsychologische Ansätze stehen beispielsweise beim Modell der Selbstwirksamkeitserwartung im Vordergrund (Bandura, 1977; 1982). Der Grundgedanke ist, dass das Verhalten von Personen davon bestimmt wird, welche Effizienz und welche Ergebnisse sie von ihrem Verhalten erwarten. Es reicht zumeist nicht aus, sich ein positives Ergebnis in Aussicht zu stellen. Entscheidend ist die Überzeugung, dass man den Weg zu diesem Ergebnis auch schaffen kann, also nicht nur das Ziel, sondern auch ein bestimmtes Verhalten oder

eine Leistung in Reichweite liegt. Je häufiger es jemandem gelingt, eine Situation erfolgreich zu bewältigen, desto stärker wird diese „Selbstwirksamkeitserwartung“ entwickelt.

Die Selbstwirksamkeitserwartung ist nachweislich eine Bedingung dafür, dass Menschen zu präventivem Gesundheitsverhalten bereit sind. Selbstwirksamkeitserwartungen können also Gesundheitsverhaltensweisen und damit auch potenziell Gesundheit beeinflussen. Allerdings verstanden die Entwickler dieses Modells Selbstwirksamkeitserwartungen ursprünglich als eine situationsabhängige Überzeugung – und nicht als stabile Persönlichkeitseigenschaft, als die Antonovsky das Kohärenzgefühl versteht.

Nach aktuellem Stand der Forschung kann die Salutogenese einen notwendigen Perspektivenwechsel, nicht aber einen Paradigmenwechsel auslösen. Sie kann Diskussionen in Gang setzen und bestehende Modelle und Konzepte ergänzen und als Rahmenmodell unterstützen. An diesem Punkt wirkt es sich günstig aus, dass Antonovskys Modell grundlegende Ähnlichkeiten mit bestehenden Konzepten des Empowerments, der Gemeindepsychologie und der Gesundheitsförderung hat. Gemeinsam ist dabei allen Modellen, gemäß Antonovskys Flussmetapher, Menschen zu guten Schwimmern im gefährlichen Strom zu machen. Diese Idee scheint eine Konstante im Nachdenken über Gesundheit zu sein. Gesundheitsförderer bzw. -förderinnen müssen Schwimmlehrer oder -lehrerin und nicht Rettungsschwimmer oder -schwimmerin sein. Dieser Punkt ist – wie sich zeigen wird – ein Proberstein für die praktische Umsetzung.

Salutogenese unterstützt die Herausbildung von allgemeinen Widerstandskräften, also Faktoren, die vor Krankheiten schützen. Anders als eine „Krankheitsverhütung“, die sich an Risikofaktoren orientiert, wird salutogenetisch ausgerichtete Prävention nicht spezifische Maßnahmen gegen Risiken (beispielsweise Raucherentwöhnungskurse) nahe legen, sondern sogenannte unspezifische Maßnahmen, die beispielsweise zur Erhöhung des Kohärenzgefühls führen. Es geht darum, die Lebenskompetenz zu stärken.

Salutogenetisches Vorgehen konzentriert sich nicht allein auf das Individuum, sondern auch auf strukturelle Verbesserungen. Es geht neben der Verhaltensprävention auch um Verhältnisprävention.

ASPEKTE AUS DER TEILNEHMERDISKUSSION

Im Anschluss an den Vortrag vertieften Professor Bengel und Dr. Strittmatter aufgrund von Teilnehmerfragen nachfolgende Punkte:

• Interkulturelle Dimension

Obleich das Modell kulturübergreifend angelegt ist, ist wegen bislang fehlender Untersuchungen schwer abzuschätzen, ob es tatsächlich über Westeuropa/Nordamerika hinaus (z. B. in der Migrantenarbeit) interkulturell verwendbar ist.



• Kohärenzgefühl und Gesundheitsverhalten

Für Antonovsky ist der Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und dem Gesundheitsverhalten keine zentrale Fragestellung. Allerdings betont er, dass Menschen mit hohem Kohärenzgefühl über angemessenere Bewältigungsstrategien verfügen. Auch die Forschung geht nicht von einem direkten, unmittelbaren Einfluss des Kohärenzgefühls auf das Gesundheitsverhalten aus, sondern vermutet, dass ein hohes Kohärenzgefühl hilft, unangemessenes Coping zu vermeiden und die Risikowahrnehmung zu verbessern – Faktoren, die letztlich wiederum das Gesundheitsverhalten begünstigen. Allerdings zeigen die wenigen durchgeführten Studien zu SOC und Gesundheitsverhalten keine eindeutige bzw. nur eine schwache Korrelation. Folgende Gründe sind hier zu vermuten: Das Kohärenzgefühl stellt nur einen Faktor für Gesundheitsverhalten dar. Weitere wichtige Faktoren sind das soziale Umfeld und die konkreten Lebensumstände, in die das Gesundheitsverhalten komplex eingebettet ist. Das Gesundheitsverhalten wird durch „persönliche und kollektive Sozialisationsprozesse vermittelt und erworben ... ist abhängig von Arbeits- und Wohnbedingungen, von unterschiedlichen sozialen Netzwerken, von den Zeitbudgets der Menschen und der Verfügbarkeit medizinischer und präventiver Versorgungsangebote in der Gemeinde“.²

• Wo wird die Salutogenese erforscht?

Forschungen werden unter anderem in Basel, Zürich, Freiburg, Graz und Trier durchgeführt.

• Veränderung des Kohärenzgefühls

Aaron Antonovsky geht davon aus, dass im Alter von 30 Jahren, wenn der Einzelne fest in seine soziale Rolle (Arbeitsleben, eigene Familie) gefügt ist, das Kohärenzgefühl entwickelt und ausgeprägt ist. Dennoch deuten Studien darauf hin, dass auch ab dem 30. Lebensjahr das Kohärenzgefühl beeinflusst werden kann und sich auch ohne Beeinflussung mit zunehmendem Alter weiter ausprägt. Ebenso liegt es nahe, dass sich die innere Ordnung und Gewichtung der drei SOC-Komponenten über das Lebensalter verschieben.

Wahrscheinlich ist, dass ein ohnehin schwach ausgeprägtes Kohärenzgefühl weiter abnimmt. Die Spirale drehe sich, so die Referenten, eher abwärts als aufwärts. Eine sinnvolle Intervention könne es daher sein, den SOC zu stabilisieren und den Status quo zu erhalten.

• Kohärenzgefühl und Umwelt

Nach Aaron Antonovsky beeinflusst das soziale Umfeld die Ausbildung des Kohärenzgefühls erheblich. So wird ein starkes Kohärenzgefühl ausgebildet, wenn Familien, die Gruppe oder die Gesellschaft ihren (jungen) Mitgliedern erlauben, konsistente Erfahrungen zu machen. Neben konsistenten Lebenserfahrungen unterstützt die Teilhabe an

2 BZgA (Hrsg.) (1996): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*, Schwabenheim a.d. Selz: Verlag Peter Sabo, S. 55f.

Entscheidungssystemen sowie eine optimale Herausforderung des Einzelnen (weder Unter- noch Überforderung) die Reifung des Kohärenzgefühls. Die mangelnde Partizipation von Frauen an Entscheidungsprozessen könnte auch das durchschnittlich geringere Kohärenzgefühl erklären.

7.2 **DIE SALUTOGENETISCHE PERSPEKTIVE IN DER PRAXIS VON GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION – DREI PROJEKTBERICHTE**

Nach Antonovsky entscheiden Kindheit und Jugendalter darüber, ob Erwachsene später genügend Kohärenzgefühl und Widerstandsressourcen haben, um gesund zu bleiben. Im frühen Erwachsenenalter, so die Theorie weiter, sei die Ausbildung des Kohärenzgefühls dann abgeschlossen. Wenngleich an dieser Annahme heute Zweifel bestehen, liegt es nahe, früh mit Gesundheitsförderung nach salutogenetischem Konzept zu beginnen. Indes stößt die Umsetzung des augenscheinlich vielversprechenden Konzepts auf Probleme. Was in der Theorie beeindruckend geschliffen und geradlinig klingt, lässt sich in der Praxis nicht ohne Weiteres umsetzen.

Das Problem liegt darin, dass die Salutogenese als Erklärungsmuster und Theorie nicht als Praxismodell entworfen worden ist. Antonovsky beendete seine Arbeit bewusst mit der theoretischen Konzeption und Erarbeitung des Modells. Er zeigt kaum Möglichkeiten auf, die Salutogenese in die Praxis zu übertragen. Handlungsanweisungen für den „Gebrauch“ des Modells sucht man bei ihm vergebens. Bestenfalls geben dürre Hinweise Anregungen.

So verwundert es nicht, dass es bislang kaum dokumentierte Versuche gibt, das Modell explizit in Projekten umzusetzen. Es ist anzunehmen, dass dies aber auch aus einem anderen Grund nicht geschehen ist: In der Praxis haben sich meist Maßnahmen bewährt, die sowohl ressourcen- als auch risikofaktoren- bzw. krankheitsorientierte Elemente berücksichtigen, wobei die Gewichtung themen-, zielgruppen- und situationsabhängig ist.

Auf dem Workshop wurden zwei Praxisbeispiele aus der Suchtprävention und eines aus der Arbeit mit chronisch Kranken vorgestellt, die im Folgenden dokumentiert sind.

7.2.1

KONZEPT DER PRIMÄRPRÄVENTION DES SUCHTVERHALTENS IM KINDESALTER AM BEISPIEL DER BZGA-KAMPAGNE „KINDER STARK MACHEN“

Vortrag von Dagmar Grundmann und Stephan Blümel¹

Das Modell der Salutogenese und die Thesen von Aaron Antonovsky korrespondieren nicht nur mit Entwicklungen und Strömungen in (der Kritik an) der Gesundheitsversorgung, sondern auch mit Veränderungen in der Prävention und Gesundheitsförderung. Diese Veränderungen lassen sich als Wechsel von der pathogenetischen zur salutogenetischen Perspektive beschreiben.

Bis in die 70er-Jahre des 20. Jahrhunderts war das Risikofaktorenmodell, das sich an der pathogenetischen Perspektive orientiert, die wesentliche Basis für präventive Maßnahmen. Es wurde aufgrund von präventivmedizinischen Interventionsstudien entwickelt, wobei die wichtigste die Framingham-Studie zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den USA in den 60er-Jahren war. Dabei zeigten sich Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren (wie hohe Blutfettwerte, Rauchen, Bluthochdruck, Übergewicht, Stress) und vermehrtem Auftreten von koronaren Herzerkrankungen. Gemäß dem Risikofaktorenmodell werden Risikofaktoren bereits als beginnende Erkrankungen aufgefasst, die Prävention zielt auf die Vermeidung der Risikofaktoren, wobei die sogenannten verhaltensgebundenen Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck) im Vordergrund stehen, während die kontext- und verhältnisbezogenen (z. B. chronische Arbeitsbelastungen, Umwelteinflüsse) noch vernachlässigt werden. Ansatzpunkt bei dem Modell ist demnach hauptsächlich das individuelle Verhalten.

Warum hat das Risikofaktorenmodell zwar wichtige Erkenntnisse gebracht, reicht aber als alleinige Grundlage für Maßnahmen der Gesundheitserziehung/Gesundheitsförderung nicht aus? Es handelt sich bei diesem Modell um ein statistisches Wahrscheinlichkeitsmodell, das keine kausalen, zwangsläufigen Vorhersagen für die Erkrankung einzelner Menschen zulässt. Hinzu kommt, dass einige Forschungsergebnisse zum Stellenwert verschiedener Risikofaktoren und deren Wechselwirkungen widersprüchlich sind: Ab wann ist ein Risikofaktor gefährlich? Wie lange muss ein Risikofaktor bestehen? Dazu gibt es gar nicht so selten unterschiedliche Einschätzungen in der Wissenschaft, die sich im Laufe der Zeit auch ändern – erinnert sei an die Diskussion um das Cholesterin.

Aber selbst wenn Risikofaktoren ein Gefährdungspotenzial darstellen – wer wollte bestreiten, dass etwa Rauchen, Hypertonie, Übergewicht die Wahrscheinlichkeit für koro-

¹ Dagmar Grundmann war seinerzeit Referentin im Referat „Primärprävention von Sucht, illegale Drogen“ der BZgA; Stephan Blümel ist Referent im Referat „Veranstaltungen zur Fort- und Weiterbildung in der Gesundheitserziehung; Erwachsenenbildung; Interventionsprogramme“ der BZgA.

nare Herzerkrankungen und Schlaganfälle erhöhen –, reichen diese Erkenntnisse allein nicht aus. Es ist wichtig, ergänzend die Frage von Antonovsky zu stellen, warum Menschen trotz Belastungen gesund bleiben, welche Schutzfaktoren es gibt, die ein adäquates Coping-Verhalten in Stresssituationen fördern und damit dem Risikoverhalten entgegenwirken.

Solche Zusammenhänge müssen berücksichtigt werden, denn die Erfahrungen der traditionellen Gesundheitsaufklärung zeigen, dass Informationen über Gesundheitsgefahren nicht unbedingt zu Einsicht und Verhaltensänderung führen – insbesondere nicht bei Kindern und Jugendlichen, bei denen Erwachsene „gesundheitsgerechtes“ Verhalten als besonders wichtig ansehen. Im Gegenteil: Kinder und Jugendliche sind eher bereit (aus Erwachsenensicht), „Gesundheit zu riskieren“. Gesundheitliche Probleme, die Jugendliche im fortschreitenden Alter treffen können, sind jenseits ihres Ereignishorizonts.

Entsprechend hoch ist die Risikobereitschaft und entsprechend gering sind die Chancen, z.B. im Sinne suchtpreventiven Handelns an Vernunft zu appellieren und einseitig faktenorientiert aufzuklären. Kinder und Jugendliche (und auch Erwachsene) stumpfen gegen die permanenten Warnungen vor Gesundheitsgefahren ab. Mitunter erreichen wohl gemeinte Ermahnungen genau das Gegenteil dessen, was sie bezwecken sollen: Der Reiz des Verbotenen lockt. Nicht wenige Jugendliche sind durch die ausschließlich substanzorientierte „Drogenaufklärung“ der 70er-Jahre zusätzlich neugierig geworden, eigene Erfahrungen mit Drogen zu sammeln.

Heute unterstreichen Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen, dass Informationen über Substanzen – wo sinnvoll und nützlich – zwar angebracht sind, lebenskompetenzfördernde Ansätze jedoch – insbesondere in der Primärprävention – im Vordergrund stehen sollten. Die Suchtprevention setzt heute deshalb bereits sehr weit im Vorfeld jeglicher Suchtentwicklung an. Ihr geht es nicht mehr in erster Linie um Aufklärung, sondern darum, Kinder umfassend in ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu fördern. Obwohl die BZgA dieses Konzept nicht explizit aufgrund des Modells der Salutogenese entwickelt hat, zeigt sich hier doch deutlich die salutogenetische Perspektive.

„KINDER STARK MACHEN“ – PRIMÄRPRÄVENTION IM KINDESALTER

Nicht die Vermeidung von Suchtmitteln steht bei der Kampagne „Kinder stark machen“ im Vordergrund, sondern die Förderung sogenannter Protektivfaktoren. Als erwiesen gilt es, dass Suchtverhalten durch eine mangelnde persönliche Entwicklung zumindest mitverursacht wird. Ungenügend ausgebildete soziale Kompetenz, fehlende Selbstsicherheit sowie ein instabiles familiäres und soziales Umfeld können dazu beitragen, dass Kinder und Jugendliche süchtig werden. Folglich orientiert sich die Prävention heute in erster Linie daran, Protektivfaktoren als Widerstandsressourcen möglichst früh, häufig schon im Kindergartenalter und während der Grundschuljahre, aufzubauen. Gefördert werden



dabei Selbstwertgefühl, Selbstachtung, Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Frustrationstoleranz, Genuss- und Erlebnisfähigkeit sowie – soweit möglich – die Sinnsuche und Sinnerfüllung. Dabei handelt es sich nicht um suchtspezifische, sondern um allgemeine Lebenskompetenzen, die es Kindern und Jugendlichen ermöglichen, altersspezifische Entwicklungsaufgaben zu bewältigen und nicht in Suchtverhalten auszuweichen.

Die Kampagne „Kinder stark machen“ richtet sich an alle Erwachsenen, die Verantwortung für Kinder und Jugendliche tragen. Sie sollen ein Verständnis dafür entwickeln, dass aktive Suchtvorbeugung nicht Experten und Expertinnen vorbehalten ist, sondern vor allem lebensnah im Alltag mit Kindern und Jugendlichen umgesetzt werden kann.

Eltern und andere Erziehungspersonen erhalten z.B. durch Broschüren, Kino- und Fernsehspots, Anzeigen und durch persönliche Beratung per Telefon Informationen, wie sie durch ihr Vorbild, ihre Einstellung und ihr Verhalten die Entwicklung ihrer Kinder fördern können. Dazu gehören:

- *Eigenaktivität* und *Eigenverantwortung*: Es ist wichtig, dass Erwachsene Kinder ermutigen, sich auch einmal an etwas heranzutrauen, was sie bisher noch nicht können, damit sie neue Kenntnisse und Fähigkeiten entwickeln können, die Selbstvertrauen fördern und erste Schritte in die Unabhängigkeit und in ein selbstbestimmtes, suchtfreies Leben darstellen.
- *Konfliktfähigkeit*: Kinder, die erleben, dass man sich mit Problemen bewusst auseinandersetzen kann (und sich Konflikte gemeinsam lösen lassen), weichen Problemen nicht aus, sondern suchen nach Lösungen.
- *Erlebnis- und Genussfähigkeit*: Kinder, die gelernt haben, sich zu entspannen und auf ihre Bedürfnisse zu achten, entwickeln ein ausgeglichenes Verhältnis zu ihrem Körper. Sie brauchen keinen Alkohol, keine Schlaftabletten oder Drogen, um abschalten zu können.
- *Sinnerfüllung*: Kindern, denen geholfen wird, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu erkennen und zu verwirklichen, die frühzeitig mitentscheiden dürfen, können eher Sinn in ihrem Leben finden.

Neben dem Elternhaus sind Sportvereine (die ca. 70 % aller Kinder und Jugendlichen erreichen) ein wichtiges Lernfeld, in dem soziale Erfahrungen gesammelt und verschiedenste Fähigkeiten erprobt und unterstützt werden können: In einer Sportgruppe können zum Beispiel Kontaktfähigkeit, Verantwortungsübernahme, Rücksichtnahme, Durchsetzungsvermögen und Kompromissfähigkeit ebenso wie Frustrationstoleranz und Durchhaltevermögen gelernt werden. Hier haben Betreuer und Betreuerinnen sowie Übungsleiter und -leiterinnen, die häufig von Jugendlichen in der Pubertät als Vertrauensperson gesucht und akzeptiert werden, eine wichtige Funktion. Deshalb arbeitet die BZgA eng mit Kooperationspartnern im Freizeit- und Breitensport zusammen, führt Fortbildungsveranstaltungen für Übungsleiter und -leiterinnen sowie Trainer und Trainerinnen durch

und hat ein Handbuch für diese Zielgruppe erstellt. Außerdem gibt es die „Kinder-stark-machen-Tour“ mit Mitmach- und Informationsangeboten beispielsweise bei Sportfestivals, Schulaktionstagen, Landesgymnastraden oder Familiensporttagen. Hier können Kinder unter Anleitung von Spielpädagogen und -pädagoginnen ihre Fähigkeiten – zum Beispiel in Akrobatik-, Clownerie- und Jonglage-Workshops – erproben und einem Publikum auch präsentieren, was sie gelernt haben.

Diese neue Art der Suchtprävention baut also auf Förderung und Unterstützung von Fähigkeiten und unterscheidet sich damit deutlich von der Gesundheitsaufklärung früherer Tage, die von Warnungen und Verboten geprägt war.

Das Salutogenesemodell stützt diese modernen Konzepte der Gesundheitsförderung, zu denen die Lebenskompetenzförderung gehört, für die die dargestellte Kampagne „Kinder stark machen“ ein Beispiel ist. Es hat damit eine wichtige Bedeutung für die Gesundheitsförderung, da es als Meta-Theorie für das Arbeitsfeld und als Legitimation für konzeptionelle Überlegungen und für konkrete Maßnahmenplanung dient. Die präventiven Aktivitäten erhalten hierdurch eine Rahmentheorie, die ressourcenorientierte, kompetenzsteigernde und unspezifische Präventionsmaßnahmen stützt.

Der Perspektivenwechsel von den Risikofaktoren zu den Protektivfaktoren fand seinen Niederschlag bereits in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung von 1986. Auch wenn in der Ottawa-Charta der Begriff der Salutogenese noch nicht auftaucht, wird später als zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung die Stärkung des Kohärenzgefühls genannt und das von Antonovsky formulierte positive Selbstbild der Handlungsfähigkeit als ein wesentliches Element von Gesundheit betrachtet (Kickbusch, 1992).



7.2.2

SALUTOGENE ASPEKTE DES MODELLPROJEKTS „KINDER STARK MACHEN – SUCHTPRÄVENTION IM KINDERGARTEN“

Vortrag von Sabine Menne und Burkhard Nolte¹

EINLEITUNG

Mit dem Modellprojekt „Kinder stark machen – Suchtprävention im Kindergarten“ stellt die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (HAGE) ein Praxisbeispiel vor. Es entstand unter dem Konzept der „Förderung der Lebenskompetenz“ und bietet einige Anknüpfungspunkte zur Salutogenese. Wir möchten dem Projekt zwei zentrale Konstrukte der Salutogenese zuordnen: den „*sense of coherence*“ (SOC) und die „generalisierten Widerstandsressourcen“. Damit möchten wir einen Impuls für die gemeinsame Diskussion darüber geben, wie Projekte aussehen könnten, die die salutogenetische Perspektive stärker berücksichtigen.

LEITGEDANKEN ALS ANKNÜPFUNGSPUNKTE ZUR SALUTOGENESE

Das Projekt zur Suchtprävention wurde vom Kasseler Arbeitskreis vorbereitet. Der Kasseler Arbeitskreis setzt sich aus den verschiedensten Institutionen zusammen. Neben der Initiatorin Anneliese Augustin (vormals MdB) und der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V. sind das Stadtgesundheitsamt Kassel, das Stadtjugendamt, die Fachstelle für Suchtprävention der Stadt Kassel, das Diakonische Werk Kurhessen-Waldeck sowie weitere Partner vertreten.

In dieser Runde sind wichtige Leitgedanken zusammengetragen worden, die in der ausführlichen Projektkonzeption (Menne, 1996) ausgearbeitet worden sind. Mit diesen Leitgedanken sind drei zusammengehörige Projektteile entstanden, deren Nähe zur Salutogenese aufgezeigt wird:

- Ein problematischer Umgang mit legalen oder illegalen Suchtmitteln ist meist die Folge einer Entwicklung, in der ein Mangel an sozialer Kompetenz, Genussfähigkeit und Selbstverantwortung eine Rolle spielt.
- Ursachenorientierte Suchtprävention setzt auf die Förderung der Lebenskompetenz und die Persönlichkeitsentwicklung der Zielgruppe.

¹ Sabine Menne ist Projektkoordinatorin der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung; Burkhard Nolte ist Sachgebietsleiter Qualitätssicherung und Evaluation bei der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (Heinrich-Heine-Straße 44, 35039 Marburg, Tel. 06421/6007-0).

- Lebenskompetenz bedeutet, über Schutzfaktoren wie soziale Kompetenz und Genussfähigkeit zu verfügen. Lebenskompetenz kann ihre Entsprechung in den aus der Salutogenese bekannten „generalisierten Widerstandsressourcen“ finden: Sie prägen die Lebenserfahrung, formen das Kohärenzgefühl und wirken als Potenzial, um Spannungszustände abzubauen.
- Kinder brauchen realistische Vorbilder, um zu starken Persönlichkeiten heranzuwachsen und den verantwortungsbewussten Umgang mit Genussmitteln zu lernen.
- Bewegung ist für Kinder ein elementarer Bestandteil in der Auseinandersetzung mit sich und der Umwelt.

Diese beiden letzteren Gedanken möchten wir mit der Entstehung des Kohärenzgefühls bei Kindern in Verbindung bringen. Kinder können über realistische Vorbilder die zwei Komponenten „Verstehbarkeit“ und „Sinnhaftigkeit“ des SOC erfahren. Anders gesagt: Die Eltern und Erzieherinnen zeigen ihnen als Vorbilder, wie sie mit Freundschaften, Frustrationen oder Genussmitteln umgehen. Die Bewegung ist dabei ein Mittel, um beispielsweise diese Erfahrungen zu verarbeiten. Bewegung könnte somit möglicherweise über die dritte Komponente „Handhabbarkeit“ helfen, den SOC bei Kindern aufzubauen.

Die Basis für ein gesundes Gefühl der eigenen Stärke wird geschaffen durch eine Grundeinstellung in der Erziehung, die das normale Gelingen in den Vordergrund stellt, nicht die Höchstleistung oder das Versagen.

Die Aufmerksamkeit für das normale Gelingen, die Kinder von ihren Eltern und Erzieherinnen erfahren, kann eine Quelle für die generalisierten Widerstandsressourcen darstellen.

PROJEKTPRAXIS

Das Modellprojekt „Kinder stark machen – Suchtprävention im Kindergarten“ möchte ursachenorientierte Vorbeugung leisten, die sowohl die Persönlichkeit des Einzelnen als auch seine Lebensbedingungen einbezieht. Kindergartenkinder werden von Eltern und Erzieherinnen erzogen, und alle drei Gruppen stehen in Wechselbeziehung zueinander. Also wurde das Projekt entsprechend den Zielgruppen Kinder, Eltern und Erzieherinnen mit drei spezifischen Projektteilen geplant:

- Informationsteil für die Zielgruppe „Eltern“,
- Ermutigungsteil für die Zielgruppe „Erzieherinnen“,
- Psychomotorikteil für die Zielgruppe „Kinder“.

Das Projekt fand in Kassel in zwei Kindertagesstätten statt, einer städtischen und einer kirchlichen Einrichtung. Das Programm mit den drei Projektteilen wurde dort von März 1996 bis Dezember 1998 in insgesamt vier Kindergruppen durchgeführt.



Informationsteil

Im Informationsteil ging es an drei Abendveranstaltungen um eine Wissensvermittlung zur Suchtentwicklung, das Hinterfragen der eigenen Konsumgewohnheiten und um den Einfluss von Kindheitserfahrungen auf eine mögliche Suchtentwicklung. Den Eltern sollte klar werden, dass sie mit ihren Einstellungen zum Alltag eine wichtige Rolle für die Entwicklung von Schutzfaktoren ihrer Kinder spielen. Die Abende wurden von der Fachkraft für Suchtprävention in Kassel durchgeführt.

Ermutigungsteil

Im Ermutigungsteil ging es in regelmäßigen vierzehntägigen Supervisionen für Erzieherinnen um eine Selbstwertstärkung. Die Basis für ein gesundes Gefühl der eigenen Stärke ist das Vertrauen auf das normale Gelingen. Wichtig ist dabei eine Grundeinstellung in der Erziehung, die Gefühle und das Gelingen in den Vordergrund stellt und nicht Fehler oder Versagen. Diese Grundeinstellung sollte insbesondere den Erzieherinnen vermittelt werden, damit sie die Atmosphäre im Kindergarten in diesem Sinne selbstbewusster beeinflussen können.

Diese Sichtweise erfordert einen langen Umdenkungsprozess, da negatives Verhalten in der Regel viel auffälliger ist und im Alltag viel stärker thematisiert ist als das normale Gelingen. Der Ermutigungsteil wurde von der in Kassel ansässigen Praxis für Supervision und Organisationsberatung durchgeführt.

Psychomotorikteil

Der Psychomotorikteil beinhaltete über ein ganzes Kindergartenjahr einmal wöchentlich eine „Bewegungsstunde“, die der Bewegungs- und Wahrnehmungsförderung der Kinder diente. Bewegung ist für Kinder ein elementarer Bestandteil in der Auseinandersetzung mit sich und der Umgebung. Die Erwachsenen verstehen sich dabei als aktive Begleiter der Kinder und geben ihnen Raum, das spontane Spiel wiederzuentdecken. Es sollten auch gezielt die Stärken der Kinder gefördert und eventuelle Schwächen frühzeitig entdeckt werden. Dieser Projektteil wurde von dem Kasseler Verein „Bewegen-Spielen-Lernen“ durchgeführt. Zusätzlich wurde eine Fortbildung für Erzieherinnen organisiert, damit diese im Verlauf des Projekts immer stärker einbezogen werden konnten, um schließlich auch die Psychomotorikstunden selbstständig durchführen zu können.

Dieses umfangreiche Programm wurde vor der Umsetzung in der Projektkonzeption festgeschrieben und dann ohne Einschränkungen durchgeführt. Das Projekt wurde wissenschaftlich begleitet. Verlauf und Ergebnisse der Maßnahmen sind vom Zweitautor in einem Evaluationsbericht (Nolte, 1998) zusammengefasst worden.

EVALUATION

Die Evaluation stützte sich auf verschiedene Verfahren. Es wurden Fragebogen und strukturierte Interviews eingesetzt. Ergebnisse aus beiden Erhebungen sollen hier ausschnitt-

weise vorgestellt werden. Während der Vorbereitung zu dieser Tagung ist aufgefallen, welche Ähnlichkeit der eingesetzte Fragebogen mit dem SOC-Fragebogen von Antonovsky² aufweist. Diese Ähnlichkeit soll hier als Diskussionsimpuls aufgezeigt werden. Daran anschließend werden einige Ergebnisse über die Wirkung der Maßnahmen präsentiert.

SOC-Dimensionen im Pearlin-Fragebogen

In der Projektevaluation wurde der Kurzfragebogen zu Selbstvertrauen/Kontrollüberzeugung von Pearlin (1981) eingesetzt, der auch von Badura (1985) in einer sozialepidemiologischen Studie zum Leben mit Herzinfarkt verwendet wurde. In der „Badura-Studie“ zur tertiären Prävention hat sich der Fragebogen als Indikator für eine erfolgreiche Lebens- oder Krankheitsbewältigung erwiesen.

In unserem primärpräventiven Projekt sollte der Kurzfragebogen das Selbstwertgefühl der Erzieherinnen messen. Die Items des Pearlin-Fragebogens lassen sich nach unserer Auffassung den Dimensionen „Handhabbarkeit“ und „Verstehbarkeit“ des SOC-Fragebogens zuordnen. Eine Ähnlichkeit zu der Dimension „Sinnhaftigkeit“ bzw. „Bedeutsamkeit“ weist der Pearlin-Fragebogen nach Meinung der Autoren keinesfalls auf. Der Kurzfragebogen von Pearlin war im Rahmen der Evaluation von untergeordneter Bedeutung. An dieser Stelle soll er jedoch nochmals dargestellt werden, um auch hier den drei Elementen des SOC nachzuspüren.

Die Frage an die Erzieherinnen lautete:

„Wenn Sie darüber nachdenken, wie Sie Dingen im Leben gegenüberstehen, oder wie Sie Dinge meistern, inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?“

Die Erzieherinnen kreuzten in einer vierstufigen Skala von 1 bis 4 an, inwieweit sie den Aussagen zustimmten.

Hier die Items, die die größte Veränderung in der Vor- und Nachher-Messung zeigten. Eine Ähnlichkeit der Items zur Dimension „Handhabbarkeit“ ist auffällig:

„Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die ich erlebe.“

„An vielen Dingen, die mir im Leben wichtig sind, kann ich wenig ändern.“

„Oft fühle ich mich meinen Problemen ausgeliefert.“

In der ersten Messung wurden diese Aussagen abgelehnt, in der zweiten Messung wurde diese Ablehnung noch verstärkt.

Folgende Beispiele aus dem Pearlin-Fragebogen spiegeln eher die Dimension „Verstehbarkeit“ wider:

„Ich fühle mich in meinem Leben gelegentlich hin und her geworfen.“

„Oft fühle ich mich meinen Problemen ausgeliefert.“

2 Siehe Kapitel 6.5. in diesem Band.



Die Ergebnisse aus dem Pearlin-Fragebogen zeigen bis auf ein invariantes Item, dass die Erzieherinnen zu einem noch stärkeren Bewusstsein über die eigenen Fähigkeiten gekommen sind und sich den Aufgaben im Alltag gewachsen fühlen. Die Stichprobe mit sieben Erzieherinnen war so klein, dass eine Aussage über die Signifikanz der Veränderung nicht gemacht werden kann. Das Ergebnis wird aber gestützt durch die Aussagen in den Interviews.

Kernstück der Evaluation waren die strukturierten Interviews mit Eltern und Erzieherinnen, auf die nachfolgend Bezug genommen wird.

Effekte auf die Kinder

Getreu dem Motto „Kinder stark machen“ interessiert zum Schluss natürlich die Wirkung auf die Kinder: Sind sie wirklich „stärker“ geworden? Dazu liegen die Aussagen von Erzieherinnen und Eltern vor, die die Effekte beobachtet haben.

- Aussagen der Erzieherinnen:

„Sie (die Kinder) sind selbstständiger geworden, selbstbewusster. Man kriegt auch mal ein deutliches Nein gesagt. Gerade auch im Vergleich zu vorher. Im Großen und Ganzen ist die Gruppe ausgeglichener. Sie hält zusammen. Sie ist eben eine Gruppe. Es gibt ja auch Gruppen, die keine Gruppen sind.“

„Die Kinder sind ein Stück weit selbstbewusster geworden durch M. (gemeint ist der Diplom-Motologe) ... Dass man den Kindern mehr Ermutigung mitgeben kann. Es ist ein unterschiedliches Sozialverhalten aufgetreten in der Gruppe. Es gibt ein etwas in der Entwicklung zurückgebliebenes Kind, um das sich die anderen in besonderer Form kümmern: Es wird geschützt und umsorgt.“

„Ich finde unsere Kinder sicherer in ihren Bewegungen und dadurch sind sie ihrer selbst sehr bewusst.“

Die Beobachtungen der Erzieherinnen belegen ausnahmslos eine gestärkte Selbstständigkeit der Kinder und ein größeres Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten. In vielen Fällen wird das Sozialverhalten sogar so beeinflusst, dass sich das Gruppengefühl nachhaltig ändert.

- Aussagen der Eltern:

„Sie (die Tochter) ist freier geworden. Sie behauptet sich anderen Kindern gegenüber. Sie lässt sich nicht mehr alles gefallen.“

(Die Tochter) „ist total selbstbewusst geworden. Auch anderen Kindern gegenüber kann sie sich besser durchsetzen. Das versucht sie jetzt auch bei uns.“

„S. (die Tochter) ist konsequenter. Wenn sie Nein sagt, sagt sie Nein. Was sie nicht will, das macht sie nicht. Ganz im Unterschied zum älteren Bruder.“

Auch den Eltern bleibt die Stärkung der Kinder nicht verborgen. Es gibt aber auch kritische Stimmen, die die Veränderung eher als Altersentwicklung sehen.

Ein sehr wichtiges Ergebnis waren für die Autoren die Wechselwirkungen der so unterschiedlichen Projektteile. Die Projektteile waren spezifisch auf die Zielgruppen ausgerichtet, haben aber die gesamte Atmosphäre im Kindergarten nachhaltig beeinflusst.

Dazu einige Aussagen von Erzieherinnen:

„Die Elternabende waren für mich die wichtigste Sache überhaupt. Ohne die Abende wäre der Rest nicht so gut gelaufen ... Die gute Atmosphäre zwischen den Erzieherinnen und den Eltern wirkt sich auf die Kinder aus. Ein fröhliches Wort zwischen Erzieherinnen und Eltern spricht auch die Kinder an.“

„Bei den Kindern zeigt sich aber immer eine große Freude auf die Motologie. Und allein diese Freude hat schon was bei den Kindern bewirkt. Die ganze Gruppe ist geordneter durch die Motologie ... Diese atmosphärischen Veränderungen kommen aber durch mich, da ich durch die Supervision anders auf die Kinder wirke.“

„Sie (die Kinder) trauen sich viel zu und ich lasse sie auch. Das gegenseitige Vertrauen ist größer geworden. Ich traue ihnen mehr zu. Ich lasse sie gewähren und siehe da, sie können es ... Andererseits sagen die Kinder auch ‚Nein, weil ...‘ Damit muss man fertig werden. Das war dann gewöhnungsbedürftig.“

Die Erzieherinnen erleben, wie ihre eigene Veränderung Auswirkungen auf die Kinder hat. Die Stärkung der Kinder und das veränderte Gruppengefühl hat wiederum Rückwirkung auf die Erzieherinnen. Und nicht zuletzt wirkt sich die verbesserte Eltern-Erzieherinnen-Beziehung wieder auf die gesamte Einrichtung aus.

LITERATUR

Badura, B. et al. (1985): *Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie*. Oldenburg.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1998): *Gesundheit für Kinder und Jugendliche*. Köln: BZgA (Konzepte Bd. 1).

Menne, S. (1996): *Modellprojekt „Kinder stark machen – Suchtprävention im Kindergarten“ – Projektkonzeption*. Marburg.

Nolte, B. (1998): *Evaluationsbericht über das Kasseler Modellprojekt „Kinder stark machen – Suchtprävention im Kindergarten“*. Marburg.

Pearlin, L. et al. (1981): „The stress process.“ *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337–356.



7.2.3

„GESUNDHEIT AKTIVIEREN“ – EIN NEUER DRK-KURS FÜR CHRONISCH KRANKE MENSCHEN

Vortrag von Elisabeth Krane und Hildegard Klus¹

Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) hat ein neues Kursangebot für Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen auf der Grundlage des Modells der Salutogenese entwickelt. Der Kurs „Gesundheit aktivieren“ ergänzt das Spektrum der bisherigen DRK-Angebote zur Gesundheitsförderung. Bereits seit den 50er-Jahren bietet das DRK in den örtlichen Kreisverbänden unterschiedliche gesundheitsfördernde Kurse an, die in der Sozialarbeit verankert sind. Grundlage des Engagements im Bereich Gesundheitsförderung sind Satzung und DRK-Leitbild. Danach verpflichtet sich das DRK in besonderer Weise den Menschen, die von Krankheit, Verletzung, Behinderung oder Benachteiligung bedroht oder betroffen sind.

Im Mittelpunkt dieses Beitrags, der im Rahmen der BZgA-Seminare vorgetragen wurde, steht die Darstellung der *Konzeptentwicklung* und der hierbei gewonnenen Erfahrungen mit der *praktischen Umsetzung* des salutogenetischen Ansatzes.

DAS KONZEPT – GRUNDIDEEN UND ENTWICKLUNG

Das Kursangebot „Gesundheit aktivieren“ wurde auf Bundesverbandsebene (DRK-Generalsekretariat) entwickelt und wird auf regionaler Ebene in DRK-Kreisverbänden angeboten. Ausgangspunkt für die Entwicklung eines neuen Kursangebotes für chronisch kranke Menschen im DRK waren 1997 mehrere Grundideen:

Das neue Angebote sollte

- Gesundheitsförderung im Sinne der WHO für chronisch Kranke umsetzen,
- medizinisch/alternativmedizinische Maßnahmen ergänzen und die salutogenetische Perspektive umsetzen,
- an Aktivitäten und Kompetenzen im Verband anknüpfen,
- flexibel einsetzbar sein,
- das Verbandsprofil stärken und zu den Aufgaben des DRK passen,
- auf wissenschaftlichen Grundlagen beruhen und evaluiert werden.

Der konzeptionelle Hintergrund von „Gesundheit aktivieren“ sind das Modell der Salutogenese von Antonovsky, die WHO-Konzeption zur Gesundheitsförderung sowie Erkenntnisse aus der Stress- und Copingforschung und der Gesundheitspsychologie.

¹ Deutsches Rotes Kreuz – Generalsekretariat, Team 42, Carstenstr. 58, 12205 Berlin, Tel: 030/8 54 04-309 (Frau Klus) oder -364 (Frau Krane); Fax: 030/8 54 04-486.

Die Entwicklung der Kurskonzeption lässt sich rückblickend in zwei Phasen einteilen:

In der ersten Phase wurde zunächst auf der Basis einer Literaturrecherche sowie einer Befragung von 80 Menschen mit chronischer Krankheit eine Kurskonzeption erstellt, die – bei kritischer Betrachtung – eher einer Mischung von „Risikoverhalten ändern“ und „salutogene Faktoren fördern“ glich. Die Inhalte spiegelten überwiegend ein klassisches Gesundheitstraining wider, die einzelnen Themen wiesen eine hohe inhaltliche Dichte auf, und die Wissensvermittlung stand im Vordergrund.

Diese Erfahrungen in der ersten Phase der Konzeptentwicklung machen deutlich, dass ein längerer Entwicklungsprozess erforderlich ist, um den Perspektivenwechsel in Richtung Salutogenese tatsächlich praktisch umzusetzen. Eine ständige Selbstreflexion ist notwendig, da die pathogenetische Sichtweise und das Risikofaktorenmodell unser Denken immer wieder dominieren.

In der zweiten Phase wurde die Konzeption überarbeitet und konsequent neu ausgerichtet. Das jetzt vorliegende Kursangebot stellt ein *indikationsübergreifendes, ressourcenorientiertes Gesundheitstraining* dar, das darauf abzielt,

- salutogene Faktoren zu fördern statt Defizite und Probleme zu bearbeiten,
- zum Handeln zu motivieren statt nur Wissen zu vermitteln,
- prozessorientiert vorzugehen statt Themen aneinanderzureihen,
- Zukunftsperspektiven aufzuweisen statt Vergangenheit zu bewältigen.

Angestrebt wird eine Förderung gesundheitlicher Schutzfaktoren in drei Bereichen:

- Soziale Unterstützung,
- Entspannungs- und Genussfähigkeit,
- Wert- und Zielorientierung.

Das Kursangebot umfasst in der Entwicklungsphase sieben Einzelveranstaltungen von jeweils zwei Zeitstunden, die aufeinander aufbauen. Die Bestandsaufnahme und die Entwicklung in den drei zentralen Lebensthemen „Soziale Unterstützung“, „Entspannungs- und Genussfähigkeit“ und „Wert- und Zielorientierung“ stehen im Vordergrund. Der methodische Aufbau folgt den Schritten: Bestandsaufnahme/Bewusstmachung, Bewertung und Transfer in den Alltag. Die Bearbeitung erfolgt auf der kognitiven und emotionalen Ebene sowie auf der Verhaltensebene. Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung wird implizit bei der Bearbeitung der drei Bausteine mitbehandelt.

Das neue Kursangebot soll den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Anstöße und Unterstützung anbieten, um das Leben nach diesem kritischen Lebensereignis und mit der chronischen Krankheit neu auszurichten. Sie sollen sich selbst als aktiv Handelnde erkennen und erleben und dadurch ihren eigenen Handlungs- und Gestaltungsspielraum mit der chronischen Krankheit erweitern.



Die Entwicklung der Konzeption und die Durchführung während der Modellphase wurde von Priv.Doz. Dr. Gert Kaluza vom Institut für Medizinische Psychologie des Klinikums der Philipps-Universität Marburg wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluation lagen Ende 2000 vor.

Vor Beginn (T1), unmittelbar nach (T2) sowie acht Wochen (T3) nach Ende des Kurses wurden die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF12) und körperliches Wohlbefinden (FEW 16) sowie als Mediatorvariablen Soziale Unterstützung (F-SOZU), Entspannungs- und Genussfähigkeit (FKV), Kohärenzgefühl im Sinne Antonovskys und Generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung mittels standardisierter Fragebogen erhoben. Zusätzlich wurde eine programmbegleitende Struktur- und Prozessevaluation durchgeführt.

Das ursprünglich geplante Wartekontrollgruppen-Design ließ sich aus praktischen Gründen leider nicht realisieren.

ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE ZUR STRUKTUR-, PROZESS- UND ERGEBNISQUALITÄT

Strukturqualität

Es besteht Nachfrage nach dem Kursangebot. Dies zeigt die Tatsache, dass trotz äußerst geringer „Vorlaufzeiten“ bei der Kursvorbereitung in 10 der 13 Kreisverbände mindestens eine Kursgruppe zusammengestellt werden konnte.

Mit dem Kursangebot wird überwiegend ein Personenkreis angesprochen, der noch nicht an anderen Kursangeboten des DRK oder anderer Träger teilgenommen hat. Verglichen mit der typischen Mittelschichtsklientel anderer Träger der Erwachsenenbildung wurden relativ mehr Personen aus unteren sozialen Schichten erreicht. Somit kann das DRK mit diesem Kursangebot Menschen ansprechen, die bislang nur wenig von Gesundheitsangeboten erreicht werden. Dies passt gut zu der mit der Gesundheitsreform angestrebten Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen und entspricht auch dem Leitbild des DRK.

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer und Teilnehmerinnen waren Frauen – wie bei vielen anderen Angeboten im Bereich „Gesundheit/Psychologie“ auch. Mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer war bereits länger als zehn Jahre krank und von mehreren Krankheiten betroffen. Die Motivation für die Kursteilnahme deckte sich mit den Zielen des Kursangebots.

Bei der Kursdurchführung zeigte sich, dass angemessene Räumlichkeiten zur Verfügung stehen sollten.

Prozessqualität

Das Gesamtkonzept konnte von den Kursleitern und Kursleiterinnen gut umgesetzt werden. In den Kursgruppen ist es überwiegend gut gelungen, eine offen-vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen. Die Abbruchquote liegt mit 23 % deutlich unter der durchschnittlichen Ausfallquote von 30 % bei anderen Bildungsträgern.

Die Inhalte der einzelnen Kurstreffen sind noch gezielter miteinander zu vernetzen und der Transfer in den persönlichen Alltag ist zu verbessern. Insgesamt ist den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der prozesshafte Charakter des Lernens und Umdenkens in Richtung „Wie kann ich meine Gesundheit stärken?“ besser zu verdeutlichen.

Ergebnisqualität

Das Kursangebot ist insgesamt von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern positiv aufgenommen worden. Etwa 90 % würden den Kurs weiterempfehlen. Die Kursleitungen und die Kursgruppe wurden überwiegend positiv beurteilt, während bei den Kursinhalten, beim Kursverlauf und bei der Kursorganisation noch Verbesserungsmöglichkeiten gesehen wurden.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass es bei den Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern acht Wochen nach Kursende zu einer Verbesserung des körperlichen wie auch des psychischen Wohlbefindens sowie zu einem Anstieg optimistischer Einstellungen im Vergleich zum Zustand vor Kursbeginn gekommen ist. Aufgrund des nicht realisierten Kontrollgruppendesigns lassen sich diese Veränderungen jedoch nicht zweifelsfrei auf die Kursteilnahme zurückführen.

FAZIT

Für den neu entwickelten Kurs für chronisch kranke Menschen „Gesundheit aktivieren“ bestehen Bedarf und Nachfrage. Es wurden überwiegend Teilnehmerinnen und Teilnehmer gewonnen, die durch bisherige gesundheitsorientierte Angebote nicht erreicht werden. Das Kursangebot wurde im Grundsatz akzeptiert und ist praktisch umsetzbar. Es lohnt sich weiterzumachen, allerdings sollte das Kursangebot in einigen Aspekten überarbeitet und zu einem späteren Zeitpunkt die Ergebnisqualität nochmals untersucht werden.

Auch die am Projekt beteiligten DRK-Landes- und Kreisverbände ziehen eine positive Bilanz aus den vorgestellten Ergebnissen der Evaluationsphase. Das neue Angebot wird von ihnen als sinnvolle Ergänzung zu den bestehenden Kursangeboten der Gesundheitsförderung im DRK angesehen. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus den Landesverbänden sind entschlossen, aktiv an der Implementierung des neuen Angebots für chronisch kranke Menschen mitzuwirken.



AUSBLICK AUF DAS WEITERE VORGEHEN

Das Generalsekretariat wird den in der wissenschaftlichen Untersuchung festgestellten Verbesserungsbedarf bei der Weiterentwicklung des Kurses berücksichtigen. In der nächsten Projektphase werden sowohl der Leitfaden für die Kursleitung als auch die Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit überarbeitet.

Als Projektleiterinnen im Generalsekretariat werden die beiden Autorinnen im zweiten Halbjahr 2001 die Implementierung des neuen Kursangebots auf Kreisverbandsebene in Zusammenarbeit mit den Landesverbänden steuern und vorbereiten. Ende 2001 wird das zweite Fortbildungsseminar für Kursleiterinnen angeboten.

7.3 PERSPEKTIVEN UND KONSEQUENZEN FÜR DIE ARBEITSFELDER DER TEILNEHMERINNEN UND TEILNEHMER – KURZBERICHTE AUS DEN ARBEITSGRUPPEN

Im Rahmen der BZgA-Seminare wurden in Arbeitsgruppen, die nach den konkreten Arbeitsfeldern der Teilnehmer und Teilnehmerinnen zusammengesetzt worden waren, die Bedeutung und die Nutzungsmöglichkeiten des Modells in dem jeweiligen Tätigkeitsbereich diskutiert. Neben konkreten Hinweisen und Vorschlägen waren dabei auch kritische Fragen erlaubt, die es zu klären galt. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Arbeitsgruppen zweier Seminare dargestellt (die auch beispielhaft für den Diskussionsprozess in den anderen Veranstaltungen sind).

ARBEITSGRUPPE „REHABILITATION, KLINIKEN UND THERAPIE“

Salutogenese wird im Bereich „Rehabilitation, Kliniken und Therapie“ keinen Paradigmenwechsel auslösen können. Für einen Perspektivenwechsel allerdings sehen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gute Chancen – obwohl der ausgewogene Wechsel nicht leicht fällt. Es gilt, das Gleichgewicht zwischen herkömmlichem und salutogenetischem Vorgehen zu wahren. Ein Teilnehmer warnte: *„Wir dürfen uns nicht der pathogen orientierten Perspektive verschließen, um uns nunmehr ganz der salutogenen Perspektive zu öffnen. Es geht darum, gewissermaßen mit beiden Augen – dem pathogenen wie auch dem salutogenen – sehen zu lernen.“*

Diesen Perspektivenwechsel müssen Praktikerinnen und Praktiker in Rehabilitation, Klinik und Therapie erst in sich selbst vollziehen, bevor sie ihn in ihrem Handlungsfeld vollziehen können. Frage ist, welche Orientierung und Lebensphilosophie ein Therapeut bzw.

eine Therapeutin benötigt, um das Modell in seiner bzw. ihrer Arbeit fruchtbar werden zu lassen. Die Herausforderung für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ist, Patienten und Patientinnen noch mehr als bisher in ihrer Individualität (und nicht im herkömmlichen Sinne als „Mensch mit isoliertem Symptom“) wahrzunehmen. Auf ihre Selbstkompetenz wäre zu achten, sie wären als „Experten bzw. Expertinnen in eigener Sache“ anzusprechen. Damit könnte die sonst rigide Polarisierung zwischen „Fachleuten“ und „Patienten bzw. Patientinnen“ aufgelöst werden.

Ein Praxisansatz könne beispielsweise sein, Patienten und Patientinnen Erfahrungen zu ermöglichen, die potenziell das Kohärenzgefühl erhöhen. Problem dabei ist: Während Salutogenese eine langfristige Betreuung erfordert, sind Therapien und Rehabilitation bestenfalls mittelfristige Maßnahmen von wenigen Wochen Dauer. Auch bleibt ungeklärt, wie konkret nach den individuellen Ressourcen des Patienten bzw. der Patientin zu suchen ist.

Zudem stellt sich die Frage, ob sich durch ein höheres Kohärenzgefühl auch höhere Anforderungen an die Praxis ergeben: In der Therapie wäre der jeweilige SOC festzustellen und zu beachten. Je nach Kohärenzgefühl wäre zu prüfen, inwieweit der Patient bzw. die Patientin über- oder unterfordert wird. Insofern könnte die Ermittlung des Kohärenzgefühls ein Instrument für die Praxis werden. Je nach Ausprägung des Gefühls könnten sich unterschiedliche Vorgehensweisen in der Therapie anbieten. Das Kohärenzgefühl wäre damit eine Einflussgröße in der Therapiedurchführung. Skeptisch dagegen beurteilte die Gruppe eine direkte Einflussnahme auf den SOC.

Einen hohen Stellenwert könnte die Salutogenese als Meta-Theorie erlangen. Sie könnte ordnend und strukturierend auf die Praxis wirken. Dabei ist das Modell geeignet, Berührungspunkte verschiedener Therapieansätze offenzulegen, die ein gemeinsames Ziel auf verschiedenen Wegen zu erreichen versuchen.

Der stärkeren Berücksichtigung der Salutogenese werden sich jedoch in der Organisation der Institutionen Probleme entgegenstellen. So sind beispielsweise die Vorgaben von Kostenträgern zumeist risikoorientiert (statt ressourcenorientiert) ausgerichtet. Wenn Salutogenese in diesem Bereich gelingen (und kein „Anhängsel“ sein) soll, ist ein Standortwechsel nötig, der Konsequenzen für alle Beteiligten beinhaltet.

ARBEITSGRUPPE „BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG“

Grundsätzliche Überlegungen und praktische Ansätze entwarf eine Arbeitsgruppe zur Frage, wie Erkenntnisse des salutogenetischen Modells in die betriebliche Gesundheitsförderung integriert werden können. Ausgehend von den drei Komponenten des Kohärenzgefühls (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit) entwickelte die Gruppe ihre Vorschläge, wie sich im Berufsalltag das Kohärenzgefühl stützen oder im günstigen Fall stärken lässt.



Verstehbarkeit

Transparenz und Verlässlichkeit bei allen Faktoren, die die eigene Arbeit betreffen (Arbeitsaufgabe, betriebliche Abläufe und Entscheidungen, beruflicher Status und Entwicklungsmöglichkeit) sind Bedingung dafür, dass Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ihr Umfeld nachvollziehen und in ihrer Berufswelt konsistente Erfahrungen sammeln können. Besonders wichtig ist dies dann, wenn Unternehmen vor einer Umorganisation stehen.

Handhabbarkeit

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen benötigen das Gefühl, ihre Aufgaben bewältigen zu können. Dazu ist natürlich die Grundvoraussetzung, dass Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit ihren Aufgaben nicht überfordert sind und sie auf Unterstützung etwa durch Vorgesetzte, ein kollegiales Umfeld und Fortbildungsmöglichkeiten zurückgreifen können.

Bedeutsamkeit

Hier zählen Partizipation an Entscheidungsprozessen, Förderung der Eigenverantwortung, Gestaltungsmöglichkeiten, Anerkennung und Wertschätzung zu den Schlüsselfaktoren, durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ihre eigene Arbeit als bedeutungsvoll empfinden können.

Wichtig ist, dass Maßnahmen sowohl auf der individuellen als auch auf der organisatorischen Ebene (Organisationsentwicklung) ansetzen. Mitarbeiterbefragungen, Gesprächszirkel, Seminare, Betriebsvereinbarungen, die z.B. zu einer Verbesserung des Informationsflusses und von Arbeitsabläufen beitragen, wurden als Beispiele genannt.

Als Praxisinstrument ersten Ranges sticht die Schulung von Führungskräften hervor: Als Ziel gilt ein kooperativer, situativ ausgerichteter Führungsstil, der eher als Coaching denn als Führung zu verstehen ist. In dem Zusammenhang haben auch Vorgesetztenbeurteilungen (Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterinnen beurteilen Vorgesetzte) ihre Bedeutung.

Als Problem wertete die Arbeitsgruppe, das komplexe Modell in Unternehmen bekannt zu machen und Verständnis für den Perspektivenwechsel in der Gesundheitsförderung zu wecken, d.h. zu verdeutlichen, dass die betriebliche Gesundheitsförderung nicht nur individuelle Maßnahmen zur Krankheitsverhütung, sondern auch Maßnahmen in Bezug auf Betriebsklima und -organisation umfasst. Galt das Augenmerk bislang Belastungen und Gefahren, so steht jetzt die Gesundheit im Mittelpunkt des Interesses. Dabei darf die Salutogenese allerdings nicht die Belastungsanalysen ersetzen. Auch hier gilt es, nicht zugunsten der neuen Perspektive auf alte Blickrichtungen gänzlich zu verzichten.

ARBEITSGRUPPE „ÜBERGEORDNETE STRUKTUREN: MINISTERIEN, LANDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEIT, WOHLFAHRTSVERBÄNDE U.A.“

Aus den Berichten dieser Arbeitsgruppe ging wiederholt hervor, dass sich Dachverbände,

Behörden, Kostenträger und andere übergeordnete Behörden an der Berücksichtigung der salutogenetischen Perspektive in der Gesundheitsförderung beteiligen müssen. Dabei skizzierte die Arbeitsgruppe Wege, diese Stellen zur Mitarbeit zu motivieren. Auf längere Sicht ist es hilfreich, Salutogenese in die Ausbildungscurricula der Schlüsselberufe einzubringen. Durch diese Maßnahme wird das Umfeld langfristig auf die Arbeit mit der Salutogenese-Perspektive aufmerksam.

Auch mittel- und kurzfristig wirksame Möglichkeiten riss die Arbeitsgruppe an, um bei übergeordneten Stellen Verständnis für Salutogenese zu wecken. Bewährt hat sich beispielsweise eine Tandemstrategie (die auch bei der Fortbildung zur Salutogenese empfehlenswert ist), bei der zwei Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen – eine(r) von der untergeordneten, eine(r) von der übergeordneten Institution – eng zusammenarbeiten und jeweils in ihrer Organisation das Verständnis für Salutogenese fördern. Die Zweier-Strategie, so die Erfahrung der Gruppe, bewirkt in der Regel mehr als eine Einzelmision. Auch die generelle Frage der Kooperationspartnerschaften wurde diskutiert. Eine Vielzahl von Partnern (z.B. Landesvereinigungen für Gesundheit) eröffnen Chancen und berge zugleich Gefahren – offenbar lässt sich hier keine generelle Empfehlung aussprechen.

Netzwerkarbeit könnte die Umsetzung von Salutogenese wesentlich erleichtern. Ansonsten drohe die Gefahr, dass zwischen ähnlich angelegten Projekten zur Salutogenese Informationen und Erfahrungen nicht ausreichend fließen mit der Folge, dass sich Fehler wiederholen und Entwürfe und Konzepte immer wieder neu erstellt werden müssen.

ARBEITSGRUPPE „KRANKENVERSICHERUNGEN, ÖFFENTLICHER GESUNDHEITSDIENST UND INSTITUTIONEN DER SUCHTPRÄVENTION“

Die salutogenetische Perspektive lässt sich nach Einschätzung der Arbeitsgruppe gut in bereits vorhandenen Projekten der Suchtprävention anwenden. Dabei sollten die Beteiligten Augenmaß walten lassen und prüfen, wo sich der Einsatz lohnt oder Sinn macht. Fragen ergaben sich bezüglich der Berücksichtigung der salutogenetischen Perspektive in der Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung bei Kindern. Das Problem: Mit Hilfe von Fragebogen lässt sich das individuelle Kohärenzgefühl messen. Wie aber können Fragebogen bei Kindern eingesetzt werden? Die Autoren der Expertise wiesen darauf hin, dass es eine Skala zur Messung des Kohärenzgefühls bei Kindern gibt.

In der Arbeitsgruppe wurde die Meinung vertreten, dass alle Beteiligten den bereits beschriebenen Perspektivenwechsel von der Pathogenese und von der Risikovermeidung hin zur Salutogenese vollziehen müssen. Nicht minder wichtig: Statt das Modell im großen Wurf umzusetzen, empfiehlt es sich, sich dem Modell in Schritten zu nähern. Wer die salutogenetische Perspektive bei seiner Arbeit berücksichtigen will, benötigt einen langen Atem. Immer wieder muss das Modell in die laufende Arbeit einbezogen und Langfristigkeit gesichert werden.



Grundsätzlich ist Aufklärungsarbeit zur Salutogenese notwendig. Der Begriff ist als Schlagwort bekannt, das Modell allerdings nicht. Neben der reinen Aufklärung wird auch politische Überzeugungsarbeit erforderlich sein. Nicht zuletzt müssen an der Praxis Beteiligte Rückgrat beweisen, wenn sie Schwerpunkte auf die Salutogenese setzen wollen. So gelte es, das Konzept gegen herkömmliche Angebote zu verteidigen – auch dann, wenn diese derzeit gefördert werden. Ein Teilnehmer: „*Wir brauchen eine eigene Linie und müssen Modethemen auch einmal abweisen können.*“

Jede Altersgruppe wird eine andere Salutogenesepraxis wünschen und benötigen. So gilt es, Methoden und Ansätze für Projekte und Veranstaltungen zu finden, die dem Lebensalter der Zielgruppe angemessen sind. Dabei sollte auch ein unterschiedliches Verständnis von Gesundheit beachtet werden. Junge Menschen werden mit dem Begriff „Gesundheit“ anders umgehen als ältere Menschen.

Als ein weiteres Feld für die Salutogenesepraxis wertete die Gruppe die Betriebe. Sie sollten eigenverantwortlich in Projekte der Salutogenese eingebunden werden. Generell gelte es, die Eigenverantwortung der Beteiligten zu fördern. Beispielsweise könnten „Gesundheitszirkel“ wichtige Erfolge zur Verbesserung der Gesundheit bieten. Konkret sah die Arbeitsgruppe Praxismöglichkeiten darin, Jugendliche stärker bei der Berufswahl zu unterstützen. Hier komme es darauf an, dass Berufseinsteiger und -einsteigerinnen ihre Eignungen und Stärken bei der Berufsfindung angemessen berücksichtigen können. Ziel sei es, Unter- und Überforderung zu vermeiden, individuell die Handhabbarkeit der (Berufs-) Welt zu ermöglichen und auch Möglichkeiten zu geben, in der Tätigkeit einen Sinn zu finden (siehe auch den Bericht der Arbeitsgruppe „*Betriebliche Gesundheitsförderung*“).

7.4

RESÜMEE DER WORKSHOPS

Viele Teilnehmer bzw. Teilnehmerinnen betonten, dass

- ihnen das salutogenetische Modell die Notwendigkeit des Perspektivenwechsels verdeutlicht habe: weg von der ausschließlich risikoorientierten Prävention und hin zur Stärkung gesunderhaltender Ressourcen,
- sich die Salutogenese gut als Meta-Theorie (bestätigt durch ähnliche Modelle/Konzepte) zur Unterstützung ressourcenorientierter Maßnahmen (z.B. der Lebenskompetenzförderung) eigne,
- sie deshalb auch in ihren Institutionen und bei Kooperationspartnern über das Modell berichten werden.

Viele Teilnehmer bzw. Teilnehmerinnen fühlen sich dort, wo sie bereits ressourcenorientiert arbeiten, bestärkt; sie wollen ihre Arbeit insgesamt überprüfen und – wo noch nicht ausreichend geschehen – die salutogenetische Perspektive stärker berücksichtigen. Dadurch soll die „traditionelle“ Sichtweise ergänzt, aber nicht vollständig ersetzt werden, denn nach wie vor besteht auch ein gewisser Bedarf an risiko- und krankheitsorientierten Elementen – zum einen bei den Betroffenen und zum anderen zur Legitimation gegenüber Kostenträgern. Es kommt also darauf an, salutogene und krankheitsorientierte Elemente bedarfsgerecht zum geeigneten Zeitpunkt, in der passenden Situation und bei der richtigen Zielgruppe einzusetzen bzw. miteinander zu kombinieren; in der Praxis findet man bei erfolgreichen Maßnahmen bereits häufig eine solche „Mischform“.



Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“

- Band 1: *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen* – Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung von Klaus Riemann und Uwe Gerber im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60600000
- Band 2: *Geschlechtsbezogene Suchtprävention* – Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen. Abschlussbericht eines Forschungsprojekts von Peter Franzkowiak, Cornelia Helfferich und Eva Weise im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60602000
- Band 3: *Gesundheit von Kindern* – Epidemiologische Grundlagen. Eine Expertentagung der BZgA. Bestellnr.: 60603000
- Band 4: *Prävention durch Angst?* – Stand der Furchtappellforschung. Eine Expertise von Jürgen Barth und Jürgen Bengel im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60604000
- Band 5: *Prävention des Ecstasykonsums* – Empirische Forschungsergebnisse und Leitlinien. Dokumentation eines Statusseminars der BZgA vom 15. bis 17. September 1997 in Bad Honnef. Bestellnr.: 60605000
- Band 6: *Was erhält Menschen gesund?* – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60606000
- Band 7: *Starke Kinder brauchen starke Eltern* – Familienbezogene Suchtprävention – Konzepte und Praxisbeispiele. Bestellnr.: 60607000
- Band 8: *Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung* – Eine Expertise von Gerhard Christiansen, BZgA, im Auftrag der Europäischen Kommission. Bestellnr.: 60608000
- Band 9: *Die Herausforderung annehmen* – Aufklärungsarbeit zur Organspende im europäischen Vergleich. Eine Expertise im Auftrag der BZgA und Ergebnisse eines internationalen Expertenworkshops vom 2. bis 3. November 1998 in Bonn. Bestellnr.: 60609000
- Band 10: *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen* – Eine länderübergreifende Herausforderung. Dokumentation einer internationalen Tagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für Europa vom 4. bis 5.2.1999 in Bonn von Bernhard Badura und Henner Schellschmidt. Bestellnr.: 60610000
- Band 11: *Schutz oder Risiko?* – Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern. Eine Studie von Catarina Eickhoff und Jürgen Zinnecker im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60611000
- Band 12: *Suchtprävention im Sportverein* – Erfahrungen, Möglichkeiten und Perspektiven für die Zukunft. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 20. bis 22. März 2000. Bestellnr.: 60612000
- Band 13: *Der Organspendeprozess: Ursachen des Organmangels und mögliche Lösungsansätze* – Inhaltliche und methodenkritische Analyse vorliegender Studien von Stefan M. Gold, Karl-Heinz Schulz und Uwe Koch im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60613000
- Band 14: *Ecstasy – „Einbahnstraße“ in die Abhängigkeit?* – Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive. Eine empirische Untersuchung von H. Peter Tossmann, Susan Boldt und Marc-Dennan Tensil im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60614000
- Band 15: *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention* – Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Bestellnr.: 60615000
- Band 16: *„Früh übt sich ...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten* – Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef. Bestellnr.: 60616000
- Band 17: *Alkohol in der Schwangerschaft* – Ein kritisches Resümee. Bestellnr.: 60617000
- Band 18: *Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung* – Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema. Bestellnr.: 60618000
- Band 19: *Drogenkonsum in der Partyszene* – Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand. Bestellnr.: 60619000

- Band 20: *Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile* – Eine empirische Studie. Von Jürgen Gerhards und Jörg Rössel im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60620000
- Band 21: *Suchtprävention im Kinder- und Jugendsport* – Theoretische Einordnung und Evaluation der Qualifizierungsinitiative „Kinder stark machen“. Eine Expertise von Prof. Dr. Klaus-Peter Brinkhoff und Uwe Gomolinsky im Auftrag der BZgA. Bestellnr.: 60621000
- Band 22: *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte* – Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Von Frank Lehmann, Monika Meyer-Nürnberg u. a. Bestellnr.: 60622000
- Band 23: *Illegale Drogen in populären Spielfilmen* – Eine kommentierte Übersicht über Spielfilme zum Thema illegale Drogen ab 1995 mit ergänzenden Handlungsempfehlungen für den Einsatz von Spielfilmen im Rahmen der Suchtprävention. Von Sabine Goette und Renate Röllecke. Bestellnr.: 60623000
- Band 24: *Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland* – Grundlagen und Konzeption. Von Bettina Schmidt. Bestellnr.: 60624000
- Band 25: *Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche* – Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen. Von Anja Meurer und J. Siegrist. Bestellnr.: 60625000
- Band 26: *Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Von Ottomar Bahrs, Björn Jung, Marina Nave und Ulrike Schmidt. Bestellnr.: 60626000
- Band 27: *Ernährung, Bewegung und Stressregulation bei Kindern und Jugendlichen – Epidemiologische Grundlagen und Handlungsansätze für ein integriertes Interventionsmodell*. Von Reinhard Mann, Lydia Lamers und Cornelia Goldapp. Bestellnr.: 60627000
- Band 28: *MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen – Evaluationsergebnisse des Fortbildungsmanuals sowie der ersten Implementierungsphase*. Von Kordula Marzinzik und Angelika Fiedler. Bestellnr.: 60628000
- Band 29: *Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs*. Von Anneke Bühler und Christoph Kröger. Bestellnr.: 60629000
- Band 30: *Jugendesskultur: Bedeutungen des Essens für Jugendliche im Kontext Familie und Peergroup*. Von Silke Bartsch. Bestellnr.: 60630000
- Band 31: *Neue Wege in der Prävention des Drogenkonsums – Onlineberatung am Beispiel von drugcom.de*. Von Peter Tossmann. Bestellnr.: 60631000
- Band 32: *drugcom.de – Modellbafte Suchtprävention im Internet. Jahres- und Evaluationsbericht 2005*. Von Marc-Dennan Tensil, Benjamin Jonas und Dr. Peter Tossmann. Bestellnr.: 60632000
- Band 33: *Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme*. Von Beate Hollbach-Grömig und Antje Seidel-Schulze. Bestellnr.: 60633000
- Band 34: *Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland*. Von Manfred Cierpka, Michael Stasch, Sarah Groß. Bestellnr.: 60634000
- Band 35: *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*. Von Jürgen Bengel, Frauke Meinders-Lücking und Nina Rottmann. Bestellnr.: 60635000
- Band 36: *Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit* Von Antje Richter und Marcus Wächter. Bestellnr.: 60636000

Ausführliche Informationen zu dieser Fachheftreihe sowie zu anderen Schriftenreihen der BZgA finden sich im Internet unter www.bzga.de im Verzeichnis „Fachpublikationen“. Alle bisher erschienenen Fachhefte stehen unter dieser Adresse auch vollständig als PDF-Datei zum Herunterladen zur Verfügung.



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

**ISBN 978-3-933191-10-6
ISSN 1439-7951**