

selbsthilfegruppenjahrbuch
2001

DAG SHG

selbsthilfegruppenjahrbuch 2001

Herausgeber:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
Friedrichstr. 28, 35392 Gießen

Redaktion:

Anita Jakubowski, Koordination für Selbsthilfe-Kontaktstellen in
Nordrhein-Westfalen der DAG SHG e.V. (KOSKON),
Friedhofstr. 39, D-41236 Mönchengladbach, Tel.: 02166/248567
Jürgen Matzat, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen der DAG SHG e.V.,
Friedrichstr. 33, D-35392 Gießen, Tel.: 0641/99-45612
Wolfgang Thiel, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung
und Unterstützung von Selbsthilfegruppen der DAG SHG e.V. (NAKOS),
Albrecht-Achilles-Straße 65, D-10709 Berlin, Tel.: 030/ 8914019

Umschlag:

Lutz Köbele-Lipp, Kubik, Berlin

Satz und Layout:

Focus Verlag GmbH, Gießen

Druck:

Fuldaer Verlagsanstalt, Fulda
ISSN 1616-0665

Namentlich gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der
Redaktion wieder. Nachdruck einzelner Artikel nur mit ausdrücklicher
Genehmigung der Redaktion und der Autoren.

Herstellung und Versand dieser Ausgabe des ›selbsthilfegruppenjahrbuchs‹
wurde gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und
Jugend, von der ›GlücksSpirale‹ und von folgenden Krankenkassen:
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Barmer Ersatzkasse, Deutsche Angestellten
Krankenkasse, Kaufmännische Krankenkasse, Schwäbisch Gmünder Ersatz-
kasse, Techniker Krankenkasse.

Wir bedanken uns ganz herzlich!

*Zur Unterstützung unserer Vereinsarbeit bitten wir Sie herzlich um eine
Spende (steuerlich abzugsfähig) auf unser Konto Nr. 6.3030.05 bei der
Volksbank Gießen (BLZ 513.900.00).*

Salutogenese, Gesundheitsziele und Selbsthilfe

Vorbemerkungen

Die Zeichen für Gesundheitsförderung sind besser als noch vor zwei Jahren: Mit der Wiedereinführung des § 20 im SGB V haben Gesundheitsförderung und Prävention wieder einen – immer noch viel zu bescheidenen – Platz inne. Auch wenn den gesetzlichen Formulierungen weitgehend Konkretisierung, Verbindlichkeit und finanzielle Untersetzung fehlen, ist eine Handschrift erkennbar, die Gesundheitsförderung und einer nicht nur medizinisch verengten Perspektive der Prävention den Weg öffnen könnte und in jedem Fall die auch von professioneller Seite als unverzichtbar anerkannte Selbsthilfe stärkt. Mit diesem politischen Rückenwind bemüht sich die institutionalisierte und professionalisierte Selbsthilfeszene als Repräsentant nicht-staatlicher gesellschaftlicher Selbstorganisation auch wieder gesundheitspolitisch stärker Gehör zu verschaffen. Das von Aaron Antonovsky 1979 erstmals formulierte und erst in den letzten Jahren auch in Deutschland breiter rezipierte Konzept der Salutogenese macht in neuem Gewande in der Gesundheitsszene die Runde, wird dort mit dem Begriff der Initiative verknüpft und – mit Emphase – als »SALUTIVE« zur Basis einer Neubestimmung eines zielorientierten Selbstverständnisses der Gesundheitsbewegung vertreten und von einigen Protagonisten fast zu einer säkularen Religion (v)erklärt (Göpel/Hölling 2000). Ist nun die *Salutive* jener magische Kristallisationskern, der Ziele klärt und rahmt, Motive bündelt, Engagement freisetzt und den vielfältig bunten und verstreuten Aktivitäten die Verortung in einem übergreifenden gesellschaftlichen Sinnhorizont einer »Politik der Lebensführung« (Giddens 1997) zu geben in der Lage ist?

Im folgenden möchte ich die sozialen Voraussetzungen dieser Erwartungen befragen und Bedeutung und Chancen des Konzepts der Salutogenese für die Selbsthilfe diskutieren.

1. Zur Ausgangslage

Nachdem der Gesundheitsbewegung die Bewegung abhanden gekommen ist (v. Kardorff 1996) sucht sie nach Orientierung. Das Postulat der Vernetzung, wiewohl nach wie vor noch aktuell, hat sich zwar als schwieriger erwiesen als die Vernetzungs- und Kooperationsrhetorik uns glauben machen wollte (v. Kardorff 1998), dennoch läßt sich die Vernetzung der institutionalisierten Selbsthilfe als erfolgreich bezeichnen. *Intermediäre* oder *Brückeninstanzen* wie etwa Selbsthilfezentren stellen von Nutzer/innen wie von der Kommunalpolitik akzeptierte lokale Bezugspunkte und Angebote für unterschiedlichste Selbsthilfezusammenschlüsse dar, können aber über ihre wichtige Dienstleistungsfunktion hinaus in der *Bewegung* scheinbar nicht mehr allzuviel (kon-

kret Sichtbares) bewegen. Deshalb konzentrieren sich deren Aktivitäten seit einigen Jahren verstärkt auf vier Referenzpunkte:

- auf eine noch engere Kooperation mit der lokalen Gesundheitsverwaltung, kommunalen Entscheidungsträgern, Krankenkassen und Ärzteverbänden mit den Zielen der eigenen Absicherung, der Erweiterung des Spektrums der Selbsthilfe und auf Bemühungen, erforderliche neue Angebote als Regelangebote in der kommunalen Gesundheitsförderung zu verankern;
 - auf die Vernetzung und Kooperation der Brückeninstanzen untereinander mit dem Ziel der Herstellung von Synergie-Effekten und einer Stärkung einer *Kultur der Selbsthilfe* oder der Entwicklung einer *Neuen Kultur des Helfens*;
 - auf die mit dem Stichwort *Bürgergesellschaft* bezeichneten Bemühungen zur Förderung lokaler Selbstverantwortung und gesundheitsfördernder Gestaltung der unmittelbaren Lebensumwelt, mit dem Ziel Einzelaktivitäten von ihrem *Ein-Punkt-Charakter* zu befreien und sie – mit eher mäßigem Erfolg – mit globaleren Anliegen von Bürger/innen zu verknüpfen;
 - auf die Vernetzung mit internationalen Programmen, wie etwa dem *Gesunde-Städte-Programm*, das Impulse setzen und auf der Mentalitätsebene Verknüpfungspotentiale sichtbar macht (*lokal handeln, global denken*).
- Größere Selbsthilfezentren (z. B. Berlin und München) versuchen darüber hinaus in eigenen Forschungs- und Entwicklungsprojekten Qualitätsstandards für die professionelle Arbeit in diesem Bereich zu entwickeln, Kooperationsformen zu beschreiben und zu analysieren und gesundheitspolitische Leistungen der Selbsthilfe und ihre Effektivität zu dokumentieren und zu evaluieren.

In dieser Entwicklung zeigt sich eine zunehmende Professionalisierung und Institutionalisierung des Selbsthilfebereichs. Dies verbessert im Rahmen des *dualen Systems* der gesundheitlichen Versorgung (Badura 1983) die Anschlußfähigkeit der Selbsthilfe (und v. a. des Selbsthilfedankens) an das Versorgungssystem und hat damit inzwischen einen wichtigen *dritten Sektor* geschaffen, der die Arbeit der informellen Selbsthilfeszusammenschlüsse durch die Bereitstellung von Information, Infrastruktur, Rückhalt, Einbindung und einen gemeinsamen *Stil* oder eine gemeinsame *Kultur der Selbsthilfe* erleichtert und befördert.

Andererseits leistet es Vereinnahmungen Vorschub und erzeugt eine normative *Homogenisierung der Selbsthilfekultur*. Ihre Zielperspektiven *verschwinden* gleichsam in ihrer erfolgreichen Routine, ihre praktischen Strategien zielen auf vorsichtige Bestandssicherung und systemkonforme Erweiterung, ihre Rhetorik nach außen folgt eher dem Diskurs des *Systems*, die nach innen abstrakt unverbindlicher Programmrhetorik, ohne daß konkrete Utopien und Visionen angesichts der realen Gefahren, die mit institutioneller Deregulierung einerseits und leistungsbezogener Rationierung im Gesundheitswesen andererseits verbunden sind, am Horizont erscheinen. Damit steht, nicht nur für das Gesundheitssystem als ganzes, sondern auch für die Selbsthilfe zur Selbstklärung (zwischen *Bewegung[-skatalysator]* und institutionalisiertem *dritten Sektor*) eine Diskussion der *Gesundheitsziele* auf der Tagesordnung. Dazu knüpft die professionalisierte Selbsthilfe an Stand und Entwicklung der

internationalen Diskussionen auf der WHO-Ebene an: Die vielfach auf Konferenzen in Form von Deklarationen und Programmatiken verabschiedeten Gesundheitsziele – von den 38 Gesundheitszielen des WHO-Regionalbüros von 1984 bis zur Ottawa-Charta von 1986, haben sich als leicht konsentierbare und weitgehend folgenlose Auflistung eines Wunschkataloges erwiesen, dessen gleichwohl wichtige Funktion in der Formulierung einer Leitutopie besteht. Deren Elemente haben in *Setting-Projekte* wie das WHO-Gesunde-Städte-Programm (Gesundheitsberichterstattung z. B.) Eingang gefunden. Hierzu gehören auch die Deklaration von Alma Ata »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« und schließlich die Agenda 21 und die 1997 in Jakarta beschlossene Resolution der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert., deren Forderungen bis 2020 verwirklicht werden sollen. Wer wollte sich nicht vollkommener, körperlicher, seelischer und sozialer Gesundheit erfreuen, wer könnte schon etwas gegen Nachhaltigkeit sagen, und wer wäre – zumindest öffentlich – gegen Demokratie, Stärkung von Patient/inneninteressen und Partizipation, gegen Qualität und Transparenz, gegen intelligente Ressourcennutzung und Ausschöpfung kreativer Potentiale, wer schon gegen Bürgerengagement und Eigenverantwortung.

Internationale und nationale Konferenzen, engagierte Gesundheitspolitiker/innen und Professionelle, Macher/innen, Multiplikator/innen haben an der Propagierung dieser Ziele und ihrer ansatzweisen handlungsbezogenen Operationalisierung und daran geknüpften Umsetzungsversuchen in lokalen Konferenzen, Gesundheitszirkeln, Leitstellen und Projektbüros bislang intensiv gearbeitet und versuchen diese Konzepte umzusetzen – mit hohem symbolischen, in lokalen Modellen immer wieder beeindruckenden, in der Breite und Nachhaltigkeit eher mäßigem Erfolg.

Daß Gesundheitsförderung ein bedeutsames und sinnvolles Ziel darstellt, ist unbestritten. Gesundheitsförderung verweist dabei sowohl auf die strukturellen gesundheitsfördernden Bedingungen in der Gesellschaft (von der Armutsvermeidung bis zur verlässlichen Versorgung mit unschädlichen Nahrungsmitteln, von der Lärmvermeidung bis zum nachhaltigen Umgang mit den zentralen ökologischen Ressourcen von Wasser, Luft und Boden) als auch auf die Notwendigkeit der Veränderung milieuspezifischer und individueller Lebensstile, den Umgang mit Genuß-/Suchtmitteln, usw. An der Reibungsfläche, an der individuelle Lebensweise, subjektives (Gesundheits-) Bewußtsein und individuelle und kollektive Kontroll- und Veränderungswünsche/-potentiale auf gesellschaftliche und (Gesundheitsversorgung, Wohn- und Arbeitsbedingungen, Arbeitsmarkt) und ökologische Rahmenbedingungen treffen, taucht die Suche nach einer Theorie und zugleich einer Vision auf, die analytisch Handlungsmöglichkeiten und mental Motivationspotentiale angesichts struktureller systembedingter Blockierungen aufweist. Aaron Antonovskys Konzeption der Salutogenese scheint hier besonders attraktiv zu sein, weil sie in ihrem ganzheitlichen, prozeß- und bewältigungsorientierten und auf Kompetenzen und Kontrolle der eigenen Lebensbedingungen setzenden Gesundheitsverständnis eine Integration von Konzept und Handeln verspricht.

2. Salutogenese: Ein kompetenz- und ressourcenorientiertes Rahmenkonzept der Gesundheitsförderung

2.1 Was ist Salutogenese

Das Konzept der Salutogenese wurde von dem in den USA und in Israel forschenden und lehrenden Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923-1994) entwickelt, 1979 erstmals zusammenhängend dargestellt und in einer Vielzahl von empirischen Studien von Antonovsky selbst und anderen Forscher/innen verfeinert, differenziert und modifiziert (Antonovsky 1987, dt. 1997; zum Forschungsstand: Bengel u. a. 1999; Wydler u. a. 2000). Im Rahmen einer Studie über Frauen in den Wechseljahren in Israel wurde Antonovsky mit einigen Überlebenden der Konzentrationslager konfrontiert, die die schrecklichen Bedingungen und Erfahrungen wie Hunger, Folter, Krankheiten, Demütigungen und Bedrohungen mit einer relativ stabilen seelischen Gesundheit überlebt hatten. Diese Beobachtungen haben Antonovsky zu der Frage geführt, wie es einigen Frauen gelingen konnte trotz dieser Erfahrungen relativ *gesund* zu überleben, während andere aufgrund der erlittenen Traumatisierungen seelisch und körperlich schwer erkrankt und belastet waren. Von hier aus stellen sich Fragen nach individuellen Dispositionen (Vulnerabilitäten einerseits, Kompetenzen andererseits) und nach gesellschaftlichen Bedingungen und Ressourcen gleichermaßen.

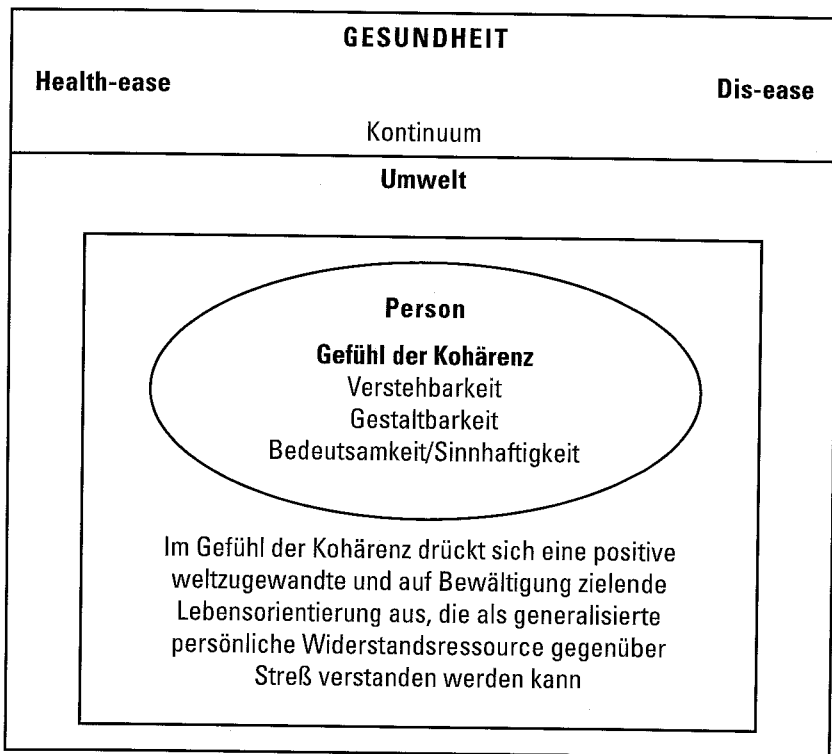
Im Rahmen seiner damals bereits vorliegenden Überlegungen zur Bewältigung von Streß im Anschluß an kognitiv-psychologische Konzepte von Lazarus und anderen gelangte Antonovsky zu der Auffassung, daß eine pathogenetische, am dominanten defizitorientierten Krankheitsmodell der Medizin sich ausrichtende Sichtweise von Gesundheit zu kurz greift, weil sie

- Krankheit lediglich als das Gegenteil von Gesundheit sieht,
- Krankheit durch eine klare Grenze von Gesundheit geschieden sieht, statt von einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit auszugehen;
- Krankheit nur als Defizit begreifen kann, statt sich auf Kompetenzen und Ressourcen zur Bewältigung der Krankheit zu konzentrieren,
- Krankheit organisch objektiviert, anstelle von der subjektiven Bedeutung und den dadurch ausgelösten Empfindungen des Wohlbefindens oder des Mißbehagens und Leidens auszugehen,
- den erkrankten Menschen zum Objekt physischer oder psychischer Prozesse macht, anstelle seine aktive und kompetente Rolle als Subjekt und als Experte/in seiner/ihrer Lebensführung und seines/ihrer Alltags bei der Bewältigung von Störungen anzuerkennen,
- Krankheit als isoliertes Element begreift, anstatt sie als Teil der ganzen Person, ihres Erlebens und ihrer Lebensführung zu sehen.

Kurz, die pathogenetische Sichtweise müsse, so Antonovsky, durch eine übergreifende Perspektive der *Salutogenese*, um Bedingungen, unter denen körperliche und seelische Stabilität und ein Gefühl von Gesundsein sich entwickelt (entwickeln kann), ergänzt werden. Diese Überlegungen setzen ein neues Verständnis von Gesundheit voraus, das nicht statisch einen Zustand beschreibt, sondern *Gesundheit* als Kontinuum von Gesundheit (Health) und

Krankheit (Dis-ease) auffaßt, auf dem sich Personen im Lauf ihres Lebens mit unterschiedlich erfolgreichen Strategien der Lebensführung und der Krankheitsbewältigung bewegen und in ihrem Wohlbefinden selbst einordnen. Die folgende Abbildung stellt ein stark vereinfachtes Modell der Überlegungen von Antonovsky dar:

Das salutogenetische Modell Die Grundannahmen



Für die Gesundheitsforschung bedeutet dieser Perspektivenwechsel neben anderen Aspekten, zentral nach den Bedingungen zu fragen, die die unterschiedliche *Vulnerabilität* von Personen bestimmen und damit zugleich nach den zentralen protektiven Bedingungen und Faktoren und individuellen Ressourcen zu suchen, die eine *gesunde*, d. h. mit positivem Erleben und aktiver Ressourcennutzung verbundene Bewältigung von Streß ermöglichen. Dies ist besonders vor dem Hintergrund einer deutlichen Zunahme von chronischen Erkrankungen, altersbedingter Multimorbidität, unspezifischen Streßerscheinungen, gesundheitlichen und seelischen Beeinträchtigungen aufgrund kritischer Lebensereignisse, von Langzeitarbeitslosigkeit usw. von Bedeutung. Antonovskys Untersuchungen zeigen, daß viele von den genannten Krankheiten, sozialen Problemen und Einschränkungen betroffene Menschen sich

nicht über ihre *Krankheit* oder über ihre *Behinderung* definieren und/oder mit ihrer Situation, ihrem Schicksal *hadern*. Viele von ihnen erleben sich trotz oft erheblicher krankheitsbedingter Einschränkungen als gesund und begreifen Beeinträchtigungen als aktiv zu bewältigende Herausforderungen. Welches sind für diese Menschen gesundheitsförderliche – und das heißt für eine aktive und selbstbestimmte und -gesteuerte Lebensbewältigung – positive gesellschaftliche und individuelle Voraussetzungen? Was wirkt *salutogenetisch*, was behindert die Entwicklung von Salutogenese?

Wenn *Gesundheit* nicht von außen *objektiv* bestimmbar ist, dann kommt der subjektiven Bedeutung des eigenen Erlebens innerer und äußerer Reize eine zentrale Rolle zu. Die individuell unterschiedlich weitgehend und differenziert erlernte Kodierung (Be-Deutung) von Wahrnehmungen eigener Körperreize und von Einflüssen der äußeren Umwelt und ihre Einbettung in einen (mit anderen Menschen geteilten oder teilbaren) Rahmen individuellen und gesellschaftlichen Sinns bildet nicht nur eine Vorbedingung für das Erleben von *gesund* und *krank*, sondern stellt eine zentrale salutogenetische Ressource dar. Im Mittelpunkt steht dabei das psychologische Konstrukt des individuell erlebten *Kohärenzgefühls*, das wiederum auch auf äußere – *gesellschaftliche* – Vorbedingungen zu seiner Ausbildung verweist.

Ein Kohärenzgefühl kann sich einstellen, wenn die Situation verstanden werden kann, wenn Personen das Gefühl haben, ihre Situation kontrollieren, beeinflussen, gestalten zu können und wenn sie für ihre Lage eine sinngebende Deutung im Horizont ihrer individual- und kohortenbiographischen Lebensführung finden können.

Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Ausbildung eines Kohärenzgefühls an Bedingungen gebunden ist, die nicht vom Einzelnen allein abhängen, sondern – von schicht- und geschlechtsspezifischen Lern- und Erfahrungsprozessen im Verlauf der familiären Sozialisation,

– von Auffassungen und Praktiken im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit,

– von tradierten und eingelebten Mustern der Lebensführung in den jeweiligen sozialen Milieus,

– von Bildungsvoraussetzungen und von Zugängen zu Informationen über gesundheitsfördernde Lebensformen,

– von objektiven Möglichkeiten, das eigene Leben selbst zu bestimmen und die nähere soziale und ökologische Umwelt gestalten zu können.

An diese Aspekte ist deshalb zu erinnern, weil sie die *harten* Bedingungen jeglicher erfolgreicher Gesundheitsförderung sind, will sie nicht allein am individuellen Verhalten ansetzen.

2.2 Salutogenese als wissenschaftliches und gesundheitspolitisches Rahmenkonzept der Gesundheitsförderung

Antonovskys Vorstellung von der Bedeutung des Kohärenzgefühls, mit seinen Elementen der Verstehbarkeit, der Gestaltbarkeit und der Sinnhaftigkeit ließe sich als ein übergreifendes theoriehaltiges Rahmenkonzept begreifen, das an eine Reihe von verwandten, teils engeren und empirisch gut belegten verhal-

tenspsychologischen Konzepten wie etwa das der *Kontrollüberzeugung* (Rotter 1966), der *Selbstwirksamkeitsüberzeugung* (Bandura 1986) oder der *Widerstandsfähigkeit* (Kobasa 1979) anschlussfähig ist, sich gut mit streßtheoretischen Konzepten wie etwa dem des *psychosoziales Immunsystems* (Cassel 1974) verbinden läßt, aber auch an entwicklungspsychologische und hermeneutische Konzepte wie *Identität* (z. B. Erikson; Krappmann; Keupp u. a. 1999) oder an ressourcenorientierte Ansätze, wie Konzepte *sozialer Hilfenetze* und *soziale Unterstützung* (Keupp/Röhrle 1987; Badura 1983) anknüpfen kann. Nicht zuletzt in dieser Anschlussfähigkeit an wichtige Konzepte einer verhaltensbezogenen, aber auch einer soziale Umwelt aktiv gestaltenden Gesundheitsförderung liegt eine besondere integrative und synthetisierende Funktion der Idee und des Rahmenkonzepts der Salutogenese. Nicht zufällig ist Salutogenese inzwischen zu einem vieldiskutierten Konzept der Gesundheitsförderung geworden, obgleich die wissenschaftliche Operationalisierung des Konzepts, ihr Zusammenhang zu anderen Konzepten der Gesundheitsförderung und Epidemiologie noch in vielen Bereichen ungeklärt ist (vgl. Bengel u. a. 1999; Faltermaier 2000). Diese Überlegungen sollen hier nicht weiterverfolgt werden.

Warum ist das Konzept trotz seiner in einer Reihe von Bereichen noch ungeklärten wissenschaftlichen Absicherung zu Recht so populär geworden? Es eignet sich nicht allein als ein Meta- oder Rahmenkonzept zur Integration verschiedener wissenschaftlicher Konzepte, sondern auch als *gesundheitspolitisches Integrationsmodell*, das viele Gesundheitsziele, wie etwa die in der Ottawa Charta von 1986 zusammengefaßten oder heute in der Agenda 21 formulierten Überlegungen *rahmen* könnte und zudem Anknüpfungen an Themen und Fragestellungen der Selbsthilfe ermöglicht.

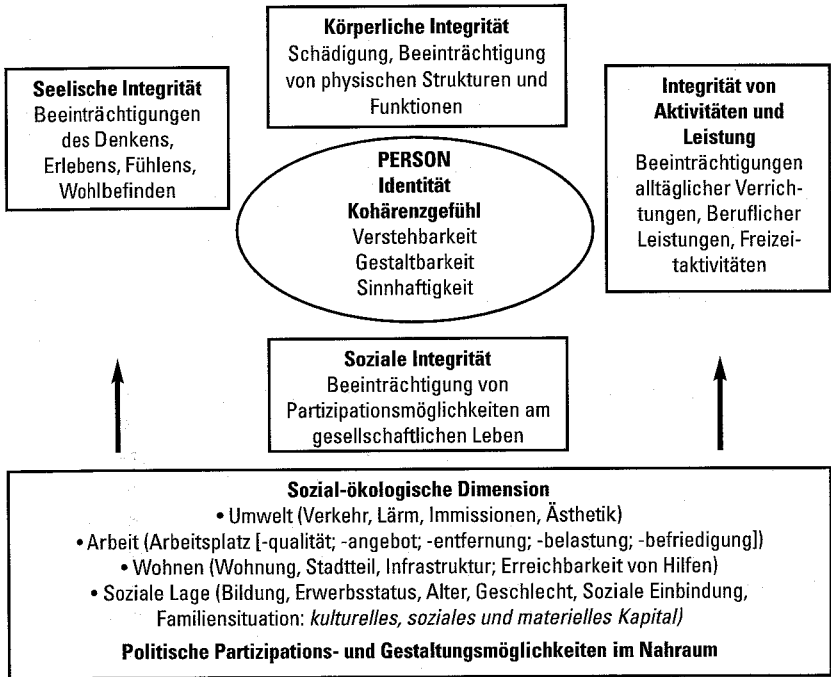
Als ein Beispiel hierfür kann das *Kohärenzgefühl* gelten, weil es in zentraler Weise Probleme der neuen Unübersichtlichkeit, der Individualisierung, der Entsolidarisierung und der mangelnden Beherrschbarkeit von Lebensverhältnissen, der zunehmenden Exklusion der »Überflüssigen« auszudrücken in der Lage scheint: Mangelndes Kohärenzgefühl verweist auf individuelle und kollektive Orientierungsprobleme angesichts dieser säkularen gesellschaftlichen Entwicklungen. Eine Voraussetzung zur Ausbildung dieses salutogenetisch bedeutsamen Kohärenzgefühls sind psychosoziale Rahmenbedingungen zur Stärkung dieses Gefühls, etwa in Selbsthilfegruppen oder in lokalen Initiativen, in denen für die sozialen »Nähesinne« (Oskar Negt) die eigene Umwelt im Idealfall kontrolliert, verstanden, gestaltet, verändert und mit einem eigenen Sinn versehen werden kann.

2.3 Salutogenese und Gesundheitsziele

Versucht man das Modell von Antonovskys für eine Analyse von Gesundheitszielen fruchtbar zu machen, dann bietet sich eine Kombination dieses Modells mit dem von der WHO entwickelten und in einer zweiten Version erarbeiteten ressourcenorientierten Modell der ICIDH (International Classification of Impairments, Handicaps and Diseases) an. Mit diesem funktionalen Modell eingeschränkter Integrität der Person wird eine Identifikation von Gesundheits-

Das bio-psycho-soziale Modell zur Bewältigung von Krankheit und zur Entwicklung und Förderung von Gesundheit

Vier Dimensionen der Integrität und der Identität als Grundlage für Selbstbestimmung und Souveränität
(basierend auf der ICDH-2: International Classification of Impairments, Handicaps and Diseases; eigene Modifikationen)



zielen möglich, die zentrale Aspekte wie Partizipation und Souveränität, Selbstbestimmung und möglichst weitgehend selbständige Lebensführung einschließen und von einem integrierten bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit – verstanden als Integrität der Person in ihren Lebensbezügen – ausgeht, wie dies aus dem nächsten Schaubild deutlich werden kann. Hier wird eine starke Betonung auf die Bewältigung des Lebens mit Krankheit und Behinderung gelegt und danach gefragt, wie eine Integration von individuellen Beeinträchtigungen und gesellschaftlichen Barrieren gelingen könnte. Von dieser Heuristik aus können Ziele der individuellen und gruppenbezogenen wie auch strukturelle Notwendigkeiten für Gesundheitsbildung/-förderung abgeleitet werden.

3. Kritische Thesen zur »Salutogenese« als Leitidee der Gesundheitsförderung

1. Das Konzept der Salutogenese ist ein hilfreiches wissenschaftliches Konzept, das für Überlegungen zur verhaltens- und verhältnisbezogenen Prävention nützlich sein kann, weil es zur Begründung und Formulierung von Gesundheitszielen herangezogen werden kann. Salutogenese ist aber keine Leitformel für Gesundheitspolitik oder für eine neue Gesundheitsbewegung.

Eine Verknüpfung von Selbsthilfe und Bürgerarbeit, wie sie in der *Salutive* angedacht ist, ist aus meiner Sicht jedoch mit Vorsicht zu behandeln. Die These, daß der Rückgang industrieller Arbeitsplätze einen neuen Freiraum für gesellschaftlich sinnvolle Bürgerarbeit mit einem garantierten Grundeinkommen schaffe ist soziologisch nicht nur äußerst unwahrscheinlich, sondern auch zynisch. »Ein öffentlich gefördertes Qualifizierungsangebot für sorgende, pflegende, fördernde und planende Verantwortungen gegenüber der sozialen Mitwelt und der Umwelt im kommunalen Rahmen kann zu einem zentralen Merkmal einer bürgergesellschaftlichen Wohlfahrtsgesellschaft werden.« Dieser von der *GesundheitsAkademie* formulierte Gedanke läuft Gefahr, die Selbsthilfe zu überlasten und zugleich zu instrumentalisieren – diese Gedanken kommen ja notwendigerweise aus einer Avantgarde, aber eben *von oben*: Um zu funktionieren bedürfen sie einer Resonanz bei der Bevölkerung und einer Unterstützung und Entwicklung *von unten*. Hochqualifizierte Geld- und Produktivkapital schaffende Tätigkeiten, die hoch bezahlt werden, im Gegensatz zu pflegenden Tätigkeiten, die zu Konditionen eines Bürgerlohns erbracht werden sollen, das wäre bereits die Abwertung der letztgenannten Arbeit und zugleich deren gesellschaftliche Entqualifizierung in Richtung eines säkularisierten Caritasgedanken. Bevor aus wissenschaftlichen Erfahrungen heraus formulierte Gesundheitskonzepte als neue »Leitideen« für eine *andere* und *kritische* Gesundheitspolitik *von unten*, teilweise in kritischer Absetzung zum herrschenden System(denken) und neben dem System genutzt werden könnten, müßte eine Diskussion der Gesundheitsziele und vor allem Überlegungen zu deren handlungsbezogener Operationalisierung auf den verschiedenen Ebenen (z. B. globale Politik, lokale Politik, Fachlichkeit, Versorgung, Patient/innenzufriedenheit) stehen.

2. Allgemeine Gesundheitsziele sind gesellschaftspolitische Ziele im Kontext von Umwelt-, Sozial- und Wirtschaftspolitik und keine speziellen Ziele der Gesundheitspolitik. Spezielle Gesundheitsziele für die Akteure der Gesundheitspolitik – von Patienten und Angehörigen bis zu Fachkräften und Kostenträgern – sind immer auf die Verhinderung von Erkrankungsrisiken sinnvollerweise bezogen und damit tendentiell auch eher medizinlastig einerseits und auf individuelle Verhaltensänderung andererseits bezogen. Deshalb ist die Verbindung zwischen Gesellschaftsreform und Gesundheitsreform nicht linear.

3. Effiziente Gesundheitspolitik besteht nicht im weiteren Ausbau des bestehenden Systems, nicht in erweiterter Diagnostik, sondern in der Veränderung

zentraler sozialer Parameter: Moebus und Bödeker formulieren: »Das Dilemma der Gesundheitspolitik besteht darin, daß dieselben Gruppen und Schichten der Bevölkerung, die das größte Risiko tragen, zu erkranken oder frühzeitig zu sterben, zugleich über die geringsten Möglichkeiten der Kontrolle ihrer Lebensumstände und der Selbsthilfe verfügen. Sie haben die geringsten Einkommen, den geringsten Bildungsstand, die geringsten Gestaltungsmöglichkeiten, die schwächste soziale Unterstützung und den geringsten politischen Einfluß« (in Brundtland 2000, 215f.). Differenziert man diese Aussage, dann wird deutlich, daß soziale Ungleichheit von Gesundheit und Lebenschancen nicht allein ein Problem vor Armut ist, »sondern sich als Kontinuum auf der sozialen Stufenleiter darstellt. Wir wissen, daß Menschen aus unteren Sozialschichten auch mehr gesundheitsriskantes bzw. -belastendes Verhalten ausweisen. Aber diese Ungleichheiten erklären in großen Studien maximal ein Drittel der Ungleichheit in Morbidität und Mortalität. (...) Viel entscheidender (...) ist die relative Einkommensverteilung. (...) Je größer die Ungleichheit der Einkommensverteilung, desto weniger psychosoziale Gesundheitsressourcen sind in der Bevölkerung verfügbar bzw. erreichbar. Unter psychosozialen Gesundheitsressourcen verstehe ich dabei v. a. Inklusion, Partizipation, Reziprozität, Vertrauen und Solidarität« (Rosenbrock 2000, 43). Dies sind wichtige Elemente, die teils im Modell der Salutogenese enthalten sind (unter anderer Formulierung), sich teils gut damit verbinden lassen. Insbesondere die wichtigen Ressourcen *Vertrauen* und *Solidarität* sind für die Gesundheitsversorgung genauer zu präzisieren, damit sie nicht als normative Leerformeln – etwa im vielbeschworenen Arzt-Patient-Vertrauensverhältnis oder als Appelle an Politik oder Institutionen – verklingen, die ja als Formen gesellschaftlicher Organisation keine Adressaten moralischer oder psychologischer Inhalte sein können, sondern eher unter Gesichtspunkten sozialer Gerechtigkeit (als Verteilungs-, Generationen-, Risiko-, Lebenslagen-, Chancengerechtigkeit) sinnvoll im politischen Raum zu artikulieren sind.

4. Die Sicht von Gesundheit als Kompetenz zur Bewältigung des Lebens einerseits und als subjektives Wohlbefinden andererseits erscheint als Relationsbegriff sinnvoll, der sich auf die zu bewältigenden Alltagsaufgaben, Lebensstile, Lebensalter und die soziale Einbettung bezieht.

5. Zur Zieldimension »Bürgerorientierung im Gesundheitswesen«: Spezifisches Interesse an Engagement mit dem expliziten Ziel Gesundheit haben hier in erster Linie Betroffene, also v. a. chronisch kranke Menschen und ggf. ihre Angehörigen und deren Organisationen als Lobby. Wie wird aber der Bürger zum Schlüsselakteur? Dies kann nur auf regionaler und kommunaler Ebene geschehen, in den Themenfeldern, die realistischerweise auch von den Akteuren beeinflusst werden können (Erfolgsresultate) und die oft nicht direkt oder nicht in erster Linie mit Bezug auf Gesundheit wahrgenommen werden: Verkehr, Lärmbelästigung, Wohnumfeld, Bildung, Versorgung von Kindern und alten Menschen, Arbeitswelt. Gesundheitspolitische Ziele müssen stärker an Nachhaltigkeitsüberlegungen angebunden werden und sich nicht

auf die Systemprobleme der Versorgung fixieren. Das setzt aber auch voraus, daß die Kostenträger und die sektoralen Akteure des Gesundheitswesens für derartige Ideen aufnahmebereit werden und politisch auf diese Ziele verpflichtet werden können.

6. Die Politik von Agenda-Prozessen liegt dabei vor allem in der Motivationsfunktion als normativer Leitidee; ihre Gefahr besteht in einer bürokratischen Erstarrung, die sich aus einem patriarchalischen Top-Down-Vokabular speist: von der Planungszelle über Brückeninstanzen, etc. ohne, daß Ziele klar definiert, Wege bestimmt, Methoden der Überprüfung und Kontrolle festgelegt und Ergebnisse in den politischen Prozeß eingebunden sind. Völlig ungeklärt ist aus meiner Sicht, woher das Motivationspotential kommen soll; hier läge eine wichtige Forschungsaufgabe, die sowohl anhand bestehender Modelle aktiver Partizipation die Motive und subjektiven *Gewinne* der Akteure beschreibt, andererseits unter Gesichtspunkten der Aktivierbarkeit erforscht, welche Personengruppen aus welchen Milieus in welchen Lebensphasen und Altersgruppen überhaupt als potentiell interessierte Akteure in Frage kämen.

7. Gesundheitsarbeit als Bürgerarbeit zu definieren, läuft Gefahr, Pflege, Fürsorge, etc. vor allem als weibliche niedrig bezahlte gesellschaftliche Arbeit fortzuschreiben, Männer davon zu entlasten und unter dem Deckmantel der Selbstverantwortung und -bestimmung den dominanten Diskurs des Sozialabbaus wider Willen zu bedienen.

8. Eine Gesundheitsförderung *von unten* müßte eher dafür sorgen, daß das Thema Gesundheit an den Orten, wo es erforderlich ist, erörtert wird, nicht aber neue Strukturen im Sinne einer Leit- und Planstellenbürokratie wachsen lassen.

9. Wenn man über Ressourcen redet, muß man über den Verbrauch von Ressourcen bei den Zielgruppen nachdenken: Laien sind Expert/innen für ihre Gesundheit und ihre Lebensführung im Sinne einer autonomen Entscheidung über Lebensziele und Lebensweisen. Sie wollen aber die Expertenaufgabe der Ärztinnen Ärzte nicht an sich selber delegieren. Sie wünschen sich andere Ärztinnen Ärzte und mehr Information. Sie wollen ernst genommen werden und haben nur selten Interesse an eigenständiger para-professioneller Kooperation.

10. Salutogenese ist ein dynamisches, ressourcenorientiertes Konzept mit vielfältigen Anknüpfungsmöglichkeiten zu anderen Konzepten; damit bietet es sich als ein sowohl normatives als auch wissenschaftlich tragfähiges Konzept zur Orientierung für konkrete gesundheitspolitische Zielvorstellungen an. Dies allerdings nur unter der Voraussetzung, daß dieses Konzept nicht ideologisch überfrachtet und nicht mit Erwartungen überlastet wird. Als Motor für eine neue Gesundheits-*Bewegung* dient es aus meiner Sicht nicht, als *fruchtbare Rahmentheorie* (Faltermaier 2000, 186) erfüllt es nützliche Funktionen.

Literatur

- Antonovsky, Aaron: Health, stress, and coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco: Yossey-Bass 1979
- Antonovsky, Aaron: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. (dt. erweiterte Ausgabe). Tübingen 1997
- Bengel, Jürgen / Strittmatter, Regine / Willmann, Hildegard: Was erhält Menschen gesund?. Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. BZgA (Hrsg.): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6, Köln 1998
- Brundtland, Gro H. (Hrsg.): Grundrecht Gesundheit. Vision: mehr Lebensqualität für alle. Frankfurt/M. 2000
- Faltermaier, Toni: Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. In: Wydler, Hans u. a. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. München 2000, S. 185-196
- GesundheitsAkademie e. V. (Hrsg.): Salutiv. Beiträge zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitstag 2000. Frankfurt/M. 2000
- Giddens, Anthony: Jenseits von Links und Rechts. Frankfurt/M. 1997
- Kardorff, Ernst von: Die Gesundheitsbewegung – eine Utopie im Rückspiegel. In: Gesundheits-Akademie (Hrsg.) Macht – Vernetzung –Gesund. Bremen 1996, S. 15-43
- Kardorff, Ernst von: Kooperation, Koordination und Vernetzung – Anmerkungen zur Schnittstellenproblematik in der psychosozialen Versorgung. In: Nestmann, Frank / Röhrle, Bernd / Sommer, Gert (Hrsg.) Netzwerkinterventionen. Tübingen 1998
- Keupp, Heiner u. a.: Identitätskonstruktionen: das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Reinbek 1999
- Rosenbrock, Rolf: Primäre Prävention als Ziel öffentlicher Gesundheitspolitik. In: Gesundheits-Akademie (Hrsg.) Salutiv. Beiträge zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitstag. Frankfurt/M. 2000, S. 41-50
- Wydler, Hans u. a. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. München 2000

Prof. Dr. Ernst von Kardorff ist Psychologe und Soziologe. Er arbeitet als Hochschullehrer am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin. Dieser Beitrag ist die neu bearbeitete Fassung des gleichnamigen Vortrags, den er am 14.06.2000 im Rahmen der Fachtagung »Krankheit bewältigen– Gesundheit entwickeln. Selbsthilfe, Salutogenese und Gesundheitsziele« der DAG SHG e. V. in Erkner bei Berlin gehalten hat.