

In der Diskussion um Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Präventionskonzepte hat ANTONOVSKYS Modell der Salutogenese in den letzten beiden Jahrzehnten eine bedeutsame Rolle gespielt. Dabei schälen sich allmählich sowohl die Grenzen als auch die Chancen des Konzeptes – vor allem mit Blick auf den mit einer „gesunden Ernährung“ verknüpften Anspruch – heraus. Im Folgenden soll das Modell der Salutogenese zunächst historisch eingeordnet und kurz skizziert werden. Im zweiten Teil (Heft 1, 2008) werden dann Fragen zur Relevanz des Modells für den Zusammenhang von Ernährung und Gesundheit erörtert.

Salutogenese – ein Modell fordert zum Umdenken heraus

Teil 1: Antonovskys Modell der Salutogenese



Prof. Dr. Barbara Methfessel,
Pädagogische Hochschule Heidelberg
Abt. Ernährungs- und Haushaltswissenschaft und ihre Didaktik
Postfach 104240,
69032 Heidelberg,
E-Mail: methfessel@ph-heidelberg.de

Im Modell der Salutogenese des Medizinsoziologen Aaron ANTONOVSKY [1] ist die Frage zentral, wie Gesundheit entsteht. Die „Entstehung von Gesundheit“ ist dabei nicht gleichzusetzen mit der Vermeidung von Krankheit (also Prävention), vielmehr wird sie von anderen, eigenständigen Faktoren beeinflusst. Sie ist damit nicht als die „andere Seite“ der Entstehung von Krankheiten zu sehen.

Salutogenese ist ein Neologismus aus *Salus* (lat.: Unverletztheit, Heil, Glück) und *Genese* (gr.: Entstehung) und fragt danach, was *Gesundheit* hervorbringt.

Der Begriff entstand als Gegenpart zur medizinischen Disziplin der *Pathogenese*, die nach den Ursachen von *Krankheiten* fragt.

Zur Diskussion um Gesundheit und Krankheit

Gesundheit und Krankheit wurden in der Geschichte immer unterschiedlich gedeutet und definiert [1 (S. 23ff, 41ff)] [2]. Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) definierte 1946 im Rahmen ihrer Verfassung den Begriff „Gesundheit“ neu: Mit diesem sehr umfassenden und posi-

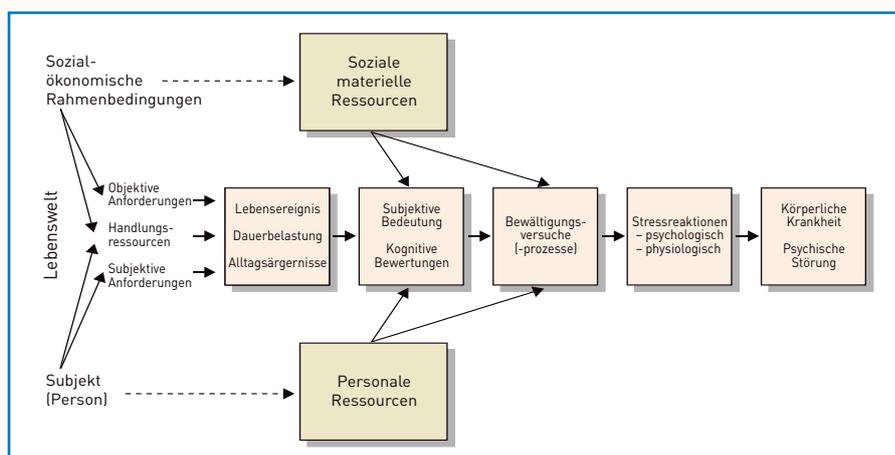
Gesundheitsdefinition (aus der Verfassung der WHO, N. Y., 1946)

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen.

Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen und sozialen Stellung.“ [4 (S. 60)] [5]

tiven Gesundheitsbegriff wollten sich die Delegierten von einem Gesundheitsverständnis abgrenzen, das nur an dem Freisein von körperlichen Beeinträchtigungen orientiert war, und den Anspruch auf psychisches und soziales Wohlbefinden aller in einer demokratischen Welt bestärken. Diese Gesundheitsdefinition wurde in späteren Konferenzen der WHO (vor allem der Ottawa Charta 1987) und von europäischen und nationalen Gesundheitsorganisationen weiter entwickelt. Der umfassende Gesundheitsanspruch wurde beibehalten und insbesondere um die Bedeutung gesundheitsfördernder Rah-

Abb. 1: Stressprozess.
Modifiziert nach
Faltermaier 1987,
S. 134. Quelle: [2 (S. 83)]



menbedingungen sowie der Selbstbestimmung und der Stärkung (empowerment) ergänzt [6 (S. 45ff)] [2 (S. 294ff)].¹

Gesundheit und Stress

„Was erhält Menschen gesund?“ Diese scheinbar selbstverständliche Frage hat eine neue Perspektive in die Diskussion um Gesundheit und folgend auch gesundheitsbezogene Interventionen gebracht. Die Antwort darauf ist nämlich nicht das Spiegelbild auf die übliche Frage: „Was macht Menschen krank?“.

Seit ANTONOVSKY – beeinflusst durch die Untersuchungen des jüdischen KZ-Arztens Victor FRANKL – israelische Frauen in den Wechseljahren untersuchte, folgte er der Frage, was Menschen gesund erhält. Es verwunderte ihn nicht, dass Frauen, die Faschismus und Konzentrationslager erlebt hatten, vermehrt gesundheitliche Probleme hatten. Er fragte sich jedoch, warum Frauen, die die gleichen schrecklichen Erfahrungen und Bedingungen erlebt hatten, sehr unterschiedlich ausgeprägte gesundheitliche Schäden davon trugen.

Diese Erfahrungen führten ihn zu Fragestellungen, die ihn den Rest seines Forscherlebens begleiteten:

- Warum werden Menschen trotz krank machender Einflussfaktoren nicht krank?
- Was unterscheidet die Menschen, die unter bestimmten Bedingun-

gen krank werden, von denen, die nicht krank werden?

Antworten fand ANTONOVSKY nach Weiterentwicklung der Stresstheorien. Menschen werden im Leben immer belastenden Einflüssen ausgesetzt und müssen konfliktreiche Situationen meistern. Die Haltung gegenüber diesen Einflüssen, ihre Wahrnehmung und der Umgang mit ihnen, die Widerstands-Ressourcen der Betroffenen, d. h. ihre subjektiven und objektiven Voraussetzungen und Möglichkeiten zur Bewältigung (*Coping*), bestimmen letztlich, inwieweit dieser Stress „negativ“, d. h. überfordernd, bedrückend und Gesundheit gefährdend, oder „positiv“, d. h. motivierend und herausfordernd sowie durch seine Bewältigung sogar Gesundheit stärkend wirkt.

ANTONOVSKYS Modell der Salutogenese gründet somit auch auf der Diskussion der 1970er Jahre, wonach die Frage des Stresses gebunden wurde an das Verhältnis der objektiven Belastungen eines Menschen zu seinen individuellen Potenzialen, diese zu bewältigen (*Coping*). Stress wurde dann festgestellt, „wenn ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen der Umgebung und den Reaktionskapazitäten der Person besteht“ [2 (S. 74)].

¹Kritisch wird allerdings zunehmend gesehen, dass die WHO-Definition impliziert, dass Gesundheit und die damit verbundene Leistungsfähigkeit und „Störungsfreiheit“ der „Normalzustand“ sind. Davon ausgehend kann Gesundheit eine Norm werden, die ermöglicht, nicht vollständig Gesunde zu diskriminieren – eine Vorstellung, die „Leistungsträgern“ (d. h. auch Arbeitnehmern), z. B. nicht mehr „erlauben“ würde, krank zu sein oder zu werden.

Aaron Antonovsky

Aaron ANTONOVSKY wurde 1923 in Brooklyn/N Y, NY, USA, geboren. Nach dem Militärdienst im 2. Weltkrieg schloss er das Soziologiestudium mit Ph.D. ab, arbeitete in der sich neu entwickelnden Stressforschung und spezialisierte sich auf Medizinsoziologie. In den 1960er Jahren emigrierte er nach Israel, wo er zunächst zusammen mit seiner Frau am Institut für angewandte Soziologie in Jerusalem arbeitete (Forschung zu Stress und gesundheitlichen Folgen von Stress). Aufgrund der Auseinandersetzung mit den sehr unterschiedlichen psychosomatischen Folgen der Leiden in Konzentrationslagern entwickelte er in den 1970er Jahren das Modell der Salutogenese. Er starb 1994 in Israel [2] [6 (S. 20f)].

Aus gesundheitlicher Perspektive bestimmt also erst das Verhältnis von Belastung und Bewältigung, wieweit Einflussfaktoren bzw. Stressoren zu Risikofaktoren werden. In der Stressforschung werden dementsprechend nicht allein Risikofaktoren beachtet, sondern auch die Ressourcen und Rahmenbedingungen der betroffenen Menschen sowie das Verhältnis, in dem die Bewältigungsmöglichkeiten zu den Stressfaktoren stehen. Erst diese Analyse lässt die Wirkung von Stressoren erkennen [6 (S. 13ff)] [2 (S. 41ff)].

Das Modell der Salutogenese oder: Was erhält Menschen trotz widriger Bedingungen gesund?

Das Modell der Salutogenese gründet auf empirischen Befunden und theoretischen Überlegungen aus der

Stressforschung. Das Modell soll Gesundheit erklären und verlangt daher eine Abkehr von vorherrschenden biomedizinischen Konzepten. Zentrale Elemente des Modells sind

1. das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum,
2. die Stressoren und allgemeinen Widerstandsressourcen (GRR) und
3. das Kohärenzgefühl (SoC) [1, 7, 2].

Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Gesundheit und Krankheit sind keine Alternativen, sondern zwei Pole eines Kontinuums, auf dem sich Menschen permanent bewegen. Gesundheit ist immer ein relativer und kurzfristiger Zustand (◆Abbildung 2).

Menschen können eine chronische oder schwere Krankheit haben, z. B. Diabetes oder Krebs, und trotzdem ihr Leben weitgehend wie Gesunde leben und genießen, oder sie können weitgehend „gesund“ sein und durch eine schwere Erkältung, Migräne etc. aktuell an Handlungsspielraum einbüßen. Es ist die „Gesundheit in der Krankheit“ oder „Krankheit in der Gesundheit“ sowie der jeweilige Umgang damit, die letztlich den Ausschlag geben, wie krank oder gesund sich ein Mensch fühlt, wie er die Situation handhabt und/oder wie stark sein Leben dadurch – aktuell oder längerfristig – beeinflusst wird.

Mit der Vorstellung des Kontinuums verdeutlicht ANTONOVSKY, dass Krankheiten allgegenwärtig und damit

„Normalität“ und nicht „Abweichung“ oder Ausnahme sind. Nicht die Idealvorstellung der *Homöostase* (des „gesunden“ Gleichgewichts), sondern die Realsituation der Heterostase, d. h. des Ungleichgewichts und des dauernden Ringens um dessen Bewältigung, ist Ausgangspunkt der Überlegungen [2 (S. 154)] [3]. Dieser Perspektivwechsel ist aufgrund der „störungsreichen“ Komplexität des menschlichen Lebens notwendig, welche immer wieder neues Ungleichgewicht hervorbringt, weil man Stressoren nicht meiden kann. Hier wird deutlich, dass der alleinige Blick auf Krankheiten nicht beantwortet, was denn nun den Menschen gesund erhalten kann. Es müssen explizit Einflussfaktoren gesucht werden, die Gesundheit stärken können.

Stressoren und allgemeine Widerstandsressourcen

Menschen sind immer „Stressoren“, d. h. belastenden Einflussfaktoren unterworfen, welche psychosozialer (einzelne Lebensereignisse, chronische Belastungen und/oder tägliche Ärgernisse), physikalischer oder (bio-)chemischer Natur sein können. Wie Menschen mit den Stressoren umgehen, hängt von der Summe und der Nutzung der Bewältigungsmöglichkeiten bzw. Schutzfaktoren ab.

ANTONOVSKY gebraucht dazu das Bild des „Lebens-Flusses“, der verschmutzt ist und in dem felsige Biegungen, starke Strömungen, Strudel und Stromschnellen mit beschaulichem Plätschern in breiten Flusstälern wechseln. In diesem Fluss müssen die Menschen schwimmen, ohne zu ertrinken oder auf andere Weise gravierende Schäden zu erlangen. Sie müssen in verschiedenen Flussabschnitten mit unterschiedlichen Hilfsmitteln vorwärts kommen. Er fragt: „Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“ [1 (S.92)]

Interessant wird also die Frage danach, was Menschen hilft, auf der „positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums“ [7 (S. 52)] zu stehen?

ANTONOVSKY identifizierte und definierte *allgemeine Widerstandsressourcen* (generalized resistance resources, GRR), als „jedes Merkmal einer Person, Gruppe oder Umwelt, das eine wirksame Spannungsbewältigung erleichtern kann“ [1 (S. 99)].

FALTERMAIER erweiterte und differenzierte diese Definition, indem er *Gesundheitsressourcen* als „dauerhaft verfügbare Kräfte oder Merkmale einer Person, sozialen Gruppe oder Umwelt, die eine positive Einflussnahme auf das Gesundheitskontinuum ermöglichen oder erleichtern können“ definiert [2 (S. 157ff)]. Diese Ressourcen helfen nicht nur, mit den Wendungen des Lebens umzugehen und Krankheiten abzuwehren. Sie schaffen positive Erfahrungen durch die gelungene Bewältigung von Herausforderungen und können so stärken, was wiederum zu einer Steigerung der Ressourcen führt.

Kohärenzgefühl – Sense of Coherence (SoC)

Die Erfahrungen mit den Herausforderungen und ihrer Bewältigung führen zu einer inneren Haltung, die ANTONOVSKY *Kohärenzgefühl* (Sense of Coherence – SoC) nannte und wie folgt beschrieb:

Das Kohärenzgefühl ist „ein Maß für ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens, dass

- die inneren und äußeren Ereignisse des Lebens strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
- einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Ereignisse stellen, zu begegnen;
- diese Anforderungen Anstrengungen und Engagement lohnen.

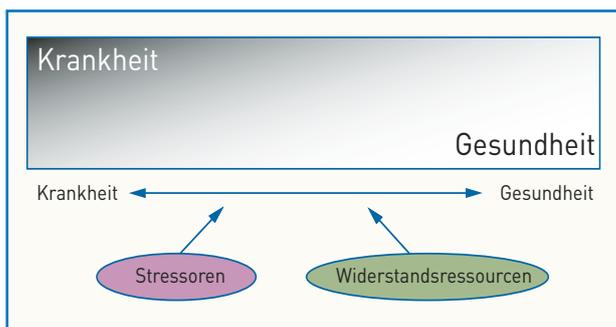


Abb. 2: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Kohärenzgefühl beschreibt also die Haltung, in der wir die Welt und das eigene Leben in ihr sehen.“ [7 (S. 54)]

Drei Komponenten des Kohärenzgefühls werden unterschieden:

1. Verstehbarkeit (*comprehensibility*)

Verstehbarkeit beinhaltet, dass die äußere und innere Umgebung strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind. Mit einer hohen Verstehbarkeit fühlt man sich nicht als „Opfer“ undurchschaubarer Prozesse, sondern verschafft sich die Möglichkeit, mit Prozessen umzugehen und sie beeinflussen zu können.

2. Handhabbarkeit (*manageability*)

Handhabbarkeit beinhaltet, dass zur Bewältigung der Aufgaben ausreichend interne und externe Ressourcen zur Verfügung stehen (werden). Dabei geht es darum, wie man die eigenen Ressourcen wahrnimmt. „Zur Verfügung“ stehende Ressourcen sind alle, auf die man sich meint stützen zu können, d. h. auch nahe stehende Menschen oder die Hilfe Gottes.

3. Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit (*meaningfulness*)

Bedeutsamkeit/Sinnhaftigkeit beinhaltet, dass es sich lohnt, sich für die Herausforderungen des Lebens zu engagieren. Da die Sinnhaftigkeit die motivationale Grundlage menschlichen Handelns ist, kommt ihr eine besondere Bedeutung zu. Sie steuert letztlich die Bereitschaft, ggf. gegebene Verstehbarkeit und Handhabbarkeit zu nutzen.

In unserer „aufgeklärten“ westlichen Welt werden diese drei Komponenten oft mit rationalen Argumenten und logischen Zusammenhängen „gefüllt“ und so schnell an die bestehenden Modelle, wie das Risikofaktorenmodell, angepasst (Risiken verstehen, Handlungsalternativen entwickeln und die Einsicht in die Bedeutsamkeit als Motivation für Änderungen

und Durchhaltevermögen nutzen)². ANTONOVSKY hat die individuelle Gestaltung dieser drei Komponenten jedoch bewusst offen gelassen. Für ihn können alle drei Komponenten durch religiöse oder sonstige Vorstellungen geleitet sein, wenn sie nur zur Förderung des Kohärenzgefühls beitragen. Auf diese Weise können auch Handlungen, die im Allgemeinen gesundheitsabträglich sind, auf individueller Ebene gesundheitsförderlich wirken.

Zur Diskussion des Modells

Das Modell der „Salutogenese“ hat im Gesundheitsdiskurs eine intensive wissenschaftliche Beachtung und Bearbeitung gefunden, allerdings gibt es hierzu leider noch keine ausreichend breite empirische Forschung³. Die Diskussionen stützen im Wesentlichen das Modell, zeigen aber auch Schwächen und weiteren Forschungsbedarf auf [zur Kritik vgl. u. a. 2, 6, 8, 9].

Die Orientierung am Stress-Coping Konzept, der Perspektivwechsel vom Gesundheits-Krankheits-Dualismus zum *Kontinuum* sowie der Perspektivwechsel durch die Suche nach und Orientierung an gesundheitsfördernden Einflüssen werden inzwischen als unverzichtbar für die Diskussion um Gesundheitsförderung gesehen. Das Konstrukt des Kohärenzgefühls und seiner Komponenten konnte – zumindest in den Grundaussagen – durch interessante Studien gestützt werden. Allerdings wird eine klarere und differenziertere empirische und theoretische Fundierung gefordert. Für die Ernährungswissenschaft, insbesondere für ernährungs- und gesundheitsbezogene Interventionen, sind insbesondere die Erweiterungen durch den Gesundheitspsychologen Faltermaier [2, 10] interessant. In seinem Konzept bekommen folgende Faktoren eine verstärkte Bedeutung:

- der Alltag der Menschen und die damit verbundenen Lebens- und Handlungsbedingungen als Grundlagen einer realistischen Analyse, Reflexion und Intervention,

- die jeweiligen subjektiven Theorien und Vorstellungen zur Gesundheit und damit auch die „Laien“ selbst als „Experten und Expertinnen“ ihres eigenen Lebens sowie
- die subjektive Rationalität des Gesundheitsverhaltens bzw. -handelns [2 (S. 170ff)].⁴

Neue Ansätze in der Gesundheitsförderung

Die bisher vorherrschende Gesundheitsförderung, -beratung und -bildung zielt darauf, Risikofaktoren zu verringern und zu vermeiden. Dies ist nur bedingt möglich. Daher muss gleichberechtigt zur Vermeidungsstrategie der erfolgreiche Umgang mit Risikofaktoren/Stressoren berücksichtigt werden.

Die Orientierung auf protektive, d. h. schützende Faktoren wie eine „gesunde Ernährung“ (z. B. durch antikarzinogene Wirkstoffe in Lebensmitteln) ist, auf Handlungsoptionen bezogen, durchaus sinnvoll, bleibt aber im Rahmen des Konzeptes der Risikominderung verhaftet. Auch wenn positiv mit dem „Benefit“ gesundheitsförderlichen Verhaltens argumentiert wird, ist der erforderliche Perspektivwechsel noch nicht vollzogen, solange sich dies nicht einordnet in eine generelle Mobilisierung und Stärkung der Widerstandsressourcen. Mit der Erkenntnis der Bedeutung der Lebenszusammenhänge wird zu-

²Das Risikofaktorenmodell: In der pathogenetischen Forschung, d. h. der Forschung nach Krankheitsursachen, hat man Zusammenhänge zwischen einzelnen Krankheiten (z. B. Herzinfarkt) und spezifischen Risikofaktoren identifiziert. Zu letzteren gehören z. B. unangewogene bzw. nicht bedarfsgerechte Ernährung, ungünstig wirkende Nahrungsmittel und Nährstoffe, Rauchen, (zuviel) Alkohol, Übergewicht, mangelnde Bewegung, Stress etc. Das Modell wird inzwischen aus methodischer und verhaltenswissenschaftlicher Perspektive kritisiert.

³Dies mag einerseits an der mit der Komplexität des Modells verbundenen Forschungsproblematik liegen, andererseits ist es sicherlich auch dadurch bedingt, dass für eine solche Forschung wenig Mittel zur Verfügung stehen. Aus kommerzieller Sicht ist mit den Forschungsergebnissen kein Geld zu verdienen, sondern allenfalls für die Zahler/-innen des Gesundheitssystems Geld zu sparen.

⁴Auf diese Faktoren wird in Teil 2 dieses Beitrags (nächstes Heft) noch detaillierter eingegangen.

nehmend auch die Kategorie des Lebensstils einbezogen. Auch dieser Einbezug bleibt allerdings nur begrenzt hilfreich, solange er (nur) der Identifikation der Risikofaktoren und nicht (auch) der Widerstandsressourcen dient. Denn immer noch werden vorrangig körperbezogene Ursache-Wirkungsverhältnisse herausgegriffen und der Lebenszusammenhang und die Lebensorientierung der Betroffenen sowie die Bedeutung von Gesundheit und auch Ernährung im jeweiligen Lebenszusammenhang vernachlässigt.

Die aus dem salutogenetischen Modell zu folgernden Fragen an Gesundheitsbildung und Prävention sind dagegen anders:

Wie kann man

- die allgemeinen Widerstandsressourcen nutzen, stabilisieren und ausbauen?
- das Kohärenzgefühl von Menschen so stärken, dass die Gesundheit erhalten und gefördert werden kann?
- Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit so aufbauen, dass Menschen den Anforderungen ihres Lebens positiv begegnen?

Es geht also um die Stärkung der Menschen, ihre psychosoziale Gesundheit, zunächst auch unabhängig von konkreten körperbezogenen Verhaltensweisen.

Krankheitsgewinn

Unter Krankheitsgewinn versteht man Vorteile, die aus einer Krankheit gezogen werden können, z. B. aus der Enthebung von Verpflichtungen und Aufgaben (primärer K-gewinn), aus der Fürsorge und Aufmerksamkeit, die jemandem durch die Krankheit zuteil wird (sekundärer K-gewinn) und für Außenstehende aus der Bestätigung, die durch das „Gebrauchtwerden“ resultiert (tertiärer K-gewinn). In Familien ist für Frauen z. B. Krankheit oft die einzige Möglichkeit, die Mithilfe der Familienmitglieder durchzusetzen und selbst in den Genuss der Umsorgung zu kommen.

Veränderter Blick auf das Verhalten von Klienten/Patienten

Die Abkehr vom Gesundheits-Krankheits-Dualismus erfordert einen anderen Blick auf Klienten bzw. Patienten. Diese Menschen sind nicht (nur) krank oder gesund, sondern krank und gesund. Sie müssen nicht (nur) vor Krankheit bewahrt oder davon geheilt werden, sondern sie brauchen (auch) Unterstützung, um sich auf dem Gesundheitskontinuum weiter zur Seite der Gesundheit zu bewegen und Stressoren bewältigen zu können.

Diese Vorstellung entlastet. „Kranke“ Patienten/Klienten können sich auf ihre gesunde Seite beziehen, um ihr Leben möglichst selbstbestimmt zu leben und ihre Lebensqualität weitgehend zu erhalten. Hieraus kann wiederum die Motivation für den Ausbau der Gesundheit gezogen werden. Auf den Expertinnen und Experten für Gesundheitsförderung lastet so weniger der Druck des Verhütens bzw. Heilens, sondern es ergibt sich eine Herausforderung des Begleitens.

Diabetiker/-innen, die gelernt haben, mit ihrer Krankheit umzugehen, würden sich z. B. nicht wegen ihrer Diabetes als krank bezeichnen. Sie haben die mit Diabetes verbundenen Einschränkungen in ihr Leben integriert wie andere Menschen ein niedrigeres Einkommen oder die Anforderungen durch Kinder. Als krank bezeichnen sie sich erst, wenn sie z. B. einen grippalen Infekt oder eine akute Magenentzündung haben. Vor der Aufgabe, Normalität zu leben, d. h. das subjektive Empfinden von Gesundheit im Sinne von Handlungsfähigkeit herzustellen und sich als produktive Gestalter/-innen des eigenen Lebens zu sehen, stehen alle Menschen, die an einer Krankheit leiden, ob chronisch oder akut. Selbst (und gerade) diejenigen, die an ihren Krankheiten festhalten, weil diese ihnen – aus welchem Grund auch

immer – einen „Krankheitsgewinn“ (siehe Infokasten) verschaffen, können sich auf diese Weise auf ihrem Gesundheitskontinuum aufwärts bewegen.

Berücksichtigung unterschiedlicher Gesundheitsvorstellungen

Eine besondere Herausforderung für Ärzte und Therapeuten stellen die sehr unterschiedlichen subjektiven Vorstellungen der Menschen von Gesundheit und Krankheit dar.

Von türkischen Migranten und Migranten ist z. B. bekannt, dass ihre Gesundheitsvorstellungen eher einem „pathogenetischen“ Bild entsprechen: Der Arzt muss wissen, was fehlt und für Abhilfe sorgen. Sogar die Frage nach wahrgenommenen Körpersymptomen kann schon irritieren. Aus indischen oder chinesischen Traditionen kommen hingegen Vorstellungen, die eher von Energiebalancen im Sinne eines Kontinuums ausgehen.

Zu einer wirkungsvollen Gesundheitsförderung gehört daher auch die Analyse der vorliegenden Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit und deren Berücksichtigung.

Die „Compliance“ von Klienten/Patienten (siehe Infokasten) wird, wie auch FALTERMAIER [2] herausstellt, davon abhängen, inwieweit ihre Gesundheitsvorstellungen erkannt und berücksichtigt werden. Der Erfolg einer Therapie ist davon abhängig, in welchem Maß Klienten/Patienten dafür gewonnen werden können, ihre Gesundheitsressourcen auszubauen.

1. Fazit: Pathogenese und Salutogenese: Unterschiedliche Fragen – unterschiedliche Antworten – unterschiedliche Bedeutungen

Die bisherige medizinische Forschung konnte – abgesehen von genetischen Dispositionen – nicht die

Compliance

Unter Compliance (engl.: Befolgung) versteht man die Bereitschaft zur und/oder das Maß der Einhaltung von Vorgaben, Empfehlungen oder Verhaltensregeln. Von der Compliance wird im therapeutischen Bereich oft der Erfolg der Therapie abhängig gemacht.

unterschiedliche Reaktion von Menschen auf pathogene Faktoren erklären. Sie gab damit auch keine Antwort darauf, wie Gesundheit stärker geschützt oder gestützt werden kann. Die Perspektive, Gesundheit zu stärken, wird jedoch zunehmend wichtiger. Viele Menschen können an der Menge und Komplexität der auf sie einwirkenden Stressoren wenig ändern. Eine latente oder starke Überforderung durch problematische sozioökonomische Bedingungen ist häufig eher die Regel als die Ausnahme. Die vorrangige Orientierung auf Vermeidung von Risikofaktoren ist weder möglich noch individuell erwünscht bzw. akzeptiert. Daraus ergeben sich für die Intervention besondere Herausforderungen.

Die salutogenetische und die pathogenetische Perspektive haben je eigene Zielsetzungen, Inhaltsbereiche und Berechtigungen, sie sind nicht „zwei Seiten einer Medaille“.

Das Modell der Salutogenese will die grundlegende Bedeutung der Pathogenese und der Risikofaktoren weder leugnen noch mindern. Sie verdeutlicht aber, dass damit nicht ausreichend erklärt wird, warum Menschen unterschiedlich auf Stressoren reagieren, d. h. gesund bleiben oder krank werden, bzw. sich auf dem Gesundheitskontinuum in die eine oder andere Richtung bewegen. Ausgehend davon, dass Menschen die Risikofaktoren weder vollständig vermeiden können noch dies wollen,

verfolgt die salutogenetische Perspektive das Ziel der Stärkung der Menschen durch Stärkung ihrer Gesundheitsressourcen.

Literatur

1. Antonovsky A. *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dgvt, Tübingen (1997)*
2. Faltermaier T. *Gesundheitspsychologie. Kohlhammer, Stuttgart (2005)*
3. Schneider C.M. *Philosophische Überlegungen zu Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese. In Wydler H, Kolip P, Abel T (Hg) Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Juventa, Weinheim (2000), 21–41*
4. Franzkowiak P, Sabo P (Hg) *Dokumente der Gesundheitsförderung. Peter Sabo, Mainz (1998)*
5. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Bearbeitet von Franzkowiak, P et al. In: Reihe Blickpunkt Gesundheit (Bd. 3). Peter Sabo, Schwabenheim (1999)*
6. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg) *Was erhält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bearbeitet von J. Bengel; R. Strittmatter & H. Willmann. In: Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (Bd. 6). BZgA, Köln (1999)*
7. Antonovsky A (1998) *Vertrauen, das gesund erhält. Warum manche Menschen dem Stress trotzen. Psychologie Heute, 2, 51–56*
8. Faltermaier T, Kühnlein I, Burda-Viering M. *Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Juventa, Weinheim (1998)*
9. Wydler H, Kolip P, Abel T (Hg) *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Juventa, Weinheim (2000)*
10. Faltermaier T. *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Beltz, Weinheim (1994)*

Zusammenfassung

Das in der Gesundheitswissenschaft breit diskutierte Modell der Salutogenese von Antonovsky und die dazu entwickelten Kritiken und Erweiterungen werden in die Diskussion um die Gesundheitsförderung eingeordnet und zusammengefasst vorgestellt. Die Grundannahmen des Modells werden nicht im Widerspruch zur biomedizinisch orientierten Pathogenese, Risikoforschung oder gar Therapie diskutiert, aber als zentrale Grundlage für Gesundheitsförderung bewertet. Die Herausforderungen werden – abgesehen von den offenen Forschungsfragen – in der notwendigen Umorientierung, d. h. der Abkehr von der Zentrierung auf Risikofaktoren gesehen.

Summary

Salutogenesis – a model provoking a change in thinking

Part 1: Antonovsky's model of salutogenesis

Barbara Methfessel, Heidelberg

The model of salutogenesis according to Antonovsky has widely been discussed among health scientists. Critical comments and extensions of the concept are presented and their consequences for the role of nutrition within the framework of health promotion discussed. Fundamentals of the model are not discussed in contradiction to a biomedically orientated pathogenesis, risk research or even therapy, but regarded as the central basis of health promotion. Apart from open questions to be answered by research, the challenges are described as a necessary reorientation (departure from focussing on risk factors) and related to the professional ingenuity of nutritionists.

Keywords: Salutogenesis, health promotion, stress, health, disease, feeling of coherence, coping, compliance

Ernährungs Umschau 54 (2007)
S. 704–709