

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen

Band 2

Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt
in Prävention, Intervention und Rehabilitation



edws

Edition Waldschlösschen Materialien

In der Edition Waldschlösschen Materialien veröffentlicht die Akademie Waldschlösschen Dokumentationen und Materialien. Auch Beiträgen von Kooperationspartner*innen des Waldschlösschens steht die in unregelmäßiger Folge erscheinende Schriftenreihe offen. Die Schriftenreihe wird herausgegeben von Dr. Rainer Marbach.

Herausgeber dieses Heftes

Marcel Hackbart

Projektmitarbeiter in der Akademie Waldschlösschen im „Kompetenznetzwerk zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit“



**Selbst.verständlich
Vielfalt**

**Kompetenznetzwerk zum Abbau von
Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit**

Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher
Selbstbestimmung und Vielfalt!

www.selbstverstaendlich-vielfalt.de

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie **leben!**

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen

Band 2

Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt
in Prävention, Intervention und Rehabilitation

Edition Waldschlösschen

Materialien

Heft 30

Impressum

Marcel Hackbart [Hg.]

Gesunde Vielfalt pflegen Band 2. Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Prävention, Intervention und Rehabilitation.

Edition Waldschlösschen Materialien / Heft 30

© Waldschlösschen Verlag

Göttingen 2021

Umschlagfoto:

istock/congerdesign

Gestaltung und Herstellung:

neueform corporate designers

1. Auflage 2021

ISBN 978-3-937977-22-5

Herausgegeben von der Akademie Waldschlösschen im Rahmen des „Kompetenznetzwerks zum Abbau von Homosexuellen- und Trans*feindlichkeit – Für die Akzeptanz von sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung und Vielfalt!“ im Bundesprogramm „Demokratie leben!“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des BMFSFJ oder des Bundesamts für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) dar. Für inhaltliche Aussagen trägt der*die Autor*in bzw. tragen die Autor*innen die Verantwortung.

Melanie Misamer

1. Gesundheit und Krankheit – Basiskonzepte der Gesundheitswissenschaften

„Gesundheit wird [vor] der subjektiv erlebten Lebenspraxis, den wahrgenommenen Risiken, Problemen und Schwierigkeiten der Verwirklichung von Gesundheit betrachtet und vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Machtverhältnisse und politischer Programme analysiert.“
(Rademaker, 2016, S. 35)

Gesundheit und Krankheit sind auf die eine oder andere Weise Thema im Leben jedes Menschen. Daher gehen die beiden Themen auch jede*n etwas an und beide sind deswegen auch Gegenstand wissenschaftlicher Forschungen (Geyer, 2020), um Grundlagen für das Gesundheitswesen zu schaffen (Razum & Kolip, 2020). Dieser Beitrag fokussiert gesundheitsbezogene Arbeit: Dabei geht es einerseits um körperliches, aber auch andererseits um psychisches und soziales Wohlbefinden. Wichtig ist die Ausbildung einer Gesundheitskompetenz, die für Fachkräfte in Gesundheitsberufen bzw. gesundheitsnahen Professionen besonders wichtig ist. Gesundheitskompetenz wird am Beispiel von Klient*innen Sozialer Arbeit ausgeführt, weil sich hier u. a. besonders vulnerable Personengruppen finden. Basis dafür ist die Idee von Gesundheit aus der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1986) und den hierauf aufbauenden Methoden zur Förderung von Gesundheit in verschiedenen in Gesundheitsprozessen involvierten Bereichen, die im Idealfall professionell ineinandergreifen können. Wenn es um die Interaktion mit vulnerablen Personengruppen oder grundsätzlich um das Arbeiten im Rahmen von Statusunterschieden geht, spielt auch (Ohn-)Macht eine Rolle.

In diesem Beitrag geht es auch um klassische Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bei der Entstehung von Gesundheit ist das Konzept der Salutogenese (Antonovsky, 1997) prominent, bei der es darum geht, wie Gesundheit, z. B. durch den Aufbau eines Gefühls von Stimmigkeit im Leben oder die Ausrichtung auf Ressourcen, gefördert werden kann. Im pathogenetischen Modell geht es dagegen darum, wie Krankheit entsteht. Interessanterweise können sich beide Modelle – so unterschiedlich ihre Ausrichtungen auch sind – gegenseitig ergänzen. Das biopsychosoziale Modell schließlich setzt verschiedene Faktoren miteinander in Beziehung. Das sind biologische, psychische und soziale Faktoren, wodurch für Gesundheitsfachkräfte und Fachkräften in gesundheitsnahen Professionen aus mehreren Blickwinkeln heraus förderliche Ansätze gefunden werden, die optimalerweise in interprofessionellen Teams umgesetzt werden können.

Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz

Gesundheit zu fördern, heißt, einen Prozess in Gang zu setzen, der ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit ermöglicht. Inbegriffen sind hierin auch das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden. Es geht darum, Wohlbefinden dadurch zu erzeugen, dass erlernt wird, eigene Hoffnungen und Wünsche wahrzunehmen und diese in der Umwelt verwirklichen zu können. Das Wohlbefinden fokussiert also die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse befriedigen zu können. Die Basis hierfür gibt die ganzheitliche Gesundheitsdefinition der WHO, die 1986 in der Ottawa-Charta konzipiert wurde und von vielen Gesundheitsberufen als Basiskonzept verwendet wird (Dettmers, 2015; WHO, 1986). In der Gesundheitsförderung soll darüber hinaus dabei unterstützt werden, eine eigene Gesundheitskompetenz aufzubauen. Das ist die Fähigkeit, angemessene Gesundheitsentscheidungen im Rahmen des Alltagslebens zu treffen. Es handelt sich hierbei um eine Empowerment-Strategie (→ [Empowerment](#)), die die Fähigkeit verbessert, Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erhöhen, gesundheitsrelevante Informationen ausfindig zu machen und Verantwortung zu überneh-

men (Kickbusch, Wait & Maag, 2005). In Kooperation und Vernetzung zwischen Sozial- und Gesundheitswesen werden Maßnahmen wie Gesundheitsförderung, aber auch Prävention und Kuratien bzw. Rehabilitation betrieben (→ [Prävention](#)), um Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern (Rademaker, 2016). Gesundheitsförderung kann zusammengefasst also so verstanden werden, dass einerseits Gesundheit und andererseits Wohlbefinden dadurch erreicht werden sollen, dass aktiv Strategien zur Gesundheitsförderung auf verschiedenen Ebenen (biologisch, psychisch und sozial; nach Engel, 1977) angewendet werden, die eine eigene Gesundheitskompetenz bei Personen(-gruppen) aufbauen sollen.

Gesundheitsförderung umfasst viele unterschiedliche Professionen wie u. a. Medizin, Pflegewissenschaft, Public Health, Psychologie und Sozialpädagogik (Wirtz, Kohlmann & Salweski, 2018). Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit beispielsweise ist ein Teilgebiet der Sozialen Arbeit (→ [Soziale Arbeit](#)) und leistet einen eigenständigen Beitrag neben den benannten Disziplinen (Dettmers, 2015) zur:

- Förderung und Sicherung von Gesundheit
- Heilung und Linderung von Krankheit
- Versorgung und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen
- Versorgung und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen

Ihr Gegenstand sind die gesundheitsförderlichen sozialen Ressourcen und die sozialen Problemanteile von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit (Dettmers, 2015; Ortmann, 2020). Sie bezieht sich auf die gleichen Grundlagen und wendet die gleichen Methoden an wie die allgemeine Soziale Arbeit. Der Unterschied besteht darin, dass gesundheitsbezogen arbeitende Sozialarbeiter*innen ausdrücklich die Gesundheit und Krankheit(en) in den Blick nehmen und ihre Interventionen als gezielten Beitrag zur Förderung und Sicherung von Gesundheit sowie zur Versorgung und Unterstützung erkrankter, behinderter bzw. behindert werdender und pflegebedürftiger Menschen verstehen (Dettmers, 2015; s. Abbildung 1).

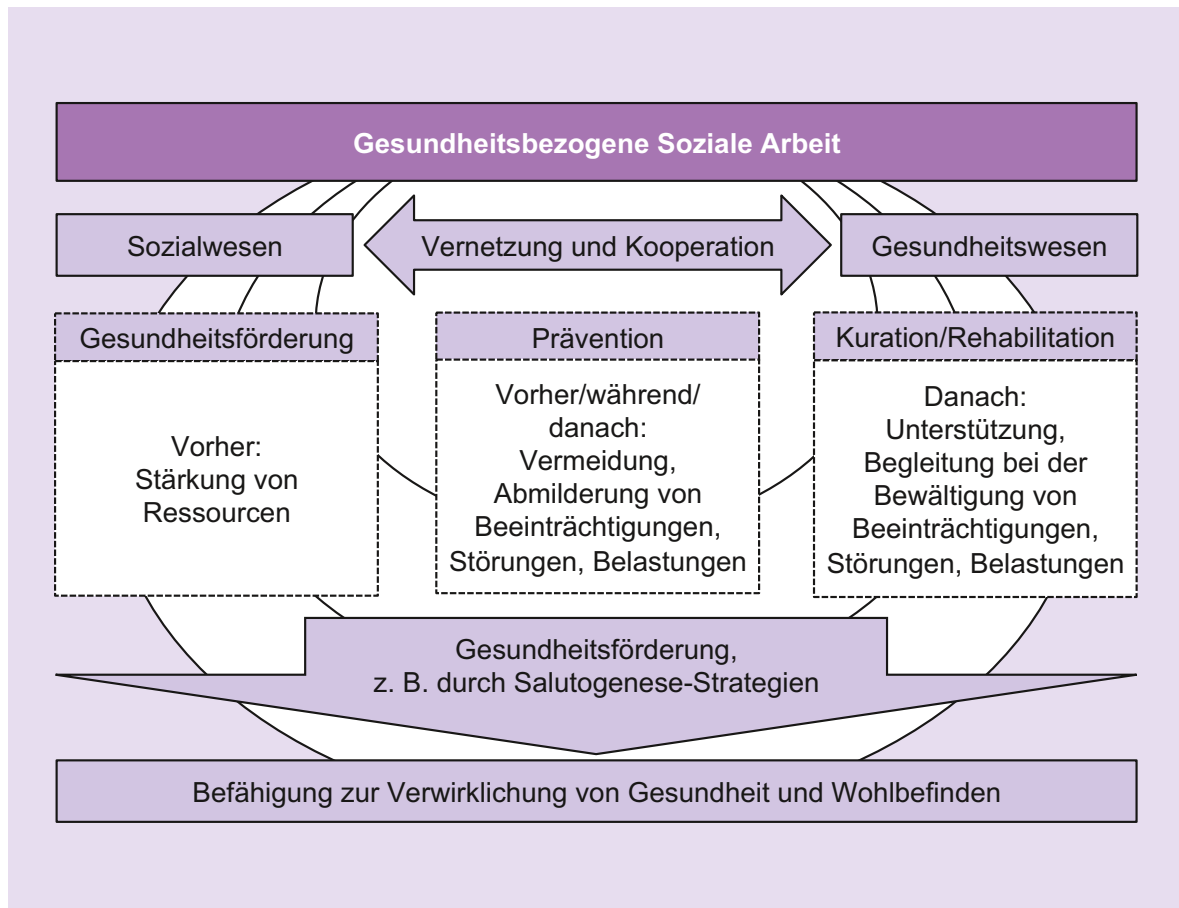


Abbildung 1: Bezüge gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit (nach Rademaker, 2016, S. 36)

Gesundheitsförderung: Prozess, der höheres Maß an Selbstbestimmung über Gesundheit ermöglicht. Inbegriffen sind auch:

- Körperliches Wohlbefinden
- Psychisches Wohlbefinden
- Soziales Wohlbefinden

Gesundheitskompetenz: Angemessene Gesundheitsentscheidungen treffen können mit Empowerment-Strategien, die die Fähigkeiten verbessern, ...

- Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erhöhen
- Gesundheitsrelevante Informationen ausfindig zu machen
- Selbst Verantwortung zu übernehmen

Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation

Wo kommt die Idee von Gesundheit, Gesundheitsförderung und Interessensvertretung her, auf die sich jetzt auch die neuen Gesundheitswissenschaften in ihrem Kern beziehen? Die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO hat 1986 die Ottawa-Charta verabschiedet (WHO, 1986). Diese Charta, aus der sich Konzepte zur Gesundheitsförderung ableiten, ist ein soziales Konzept für mehr Gesundheit. Als Schlüssel für Gesundheit werden folgende Aspekte gesehen:

- Die Selbstbestimmung
- Die Selbstständigkeit
- Die Selbsthilfe des Einzelnen und sozialer Systeme
- Die Partizipation und politische Einflussnahme

Die Ottawa-Charta steht für einen Perspektivwandel, denn der primäre Zugang zu den Fragestellungen ist nicht mehr nur pathogenetisch, sondern salutogenetisch (s.u.). Das Konzept der Gesundheitsförderung sieht gesundheitsschädigende und gesundheitsfördernde, psychologisch zu betrachtende Verhaltens- und soziologisch zu betrachtende Lebensweisen nicht mehr allein als individuelle Entscheidungen, sondern in ihrer Verflechtung mit sozialen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen Bedingungen (z.B. Kaba-Schönsteil & Trojan, 2018).

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorran-

giges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden ab (WHO, 1986).

Um Gesundheit zu fördern, muss ein Prozess angestoßen werden, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung und Kontrolle über ihre Gesundheit zu ermöglichen, damit diese ihr körperliches, psychisches (im Original: seelisch) und soziales Wohlbefinden steigern können. Das soll durch aktives, gesundheitsförderndes Handeln strategisch mit (a) dem Vertreten von Interessen, (b) der Ermöglichung von Befähigung sowie mit (c) dem Vermitteln und Vernetzen in den folgenden fünf Aktionsbereichen erreicht werden: (1.) Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln, (2.) gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen, (3.) gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen, (4.) persönliche Kompetenzen entwickeln und (5.) die Gesundheitsdienste neu orientieren (WHO, 1986). Spätestens an dieser Stelle wird klar, dass Gesundheit mit Macht bzw. Selbstermächtigung zu tun hat.

Ottawa-Charta: Schlüssel für Gesundheit:

- Selbstbestimmung und Selbstständigkeit
- Selbsthilfe des Einzelnen und sozialer Systeme
- Partizipation und politische Einflussnahme

Wohlbefinden durch Hoffnungen wahrnehmen, Wünsche in der Umwelt verwirklichen und Bedürfnisse befriedigen.

Aktionsbereiche der Gesundheitsförderung:

1. Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln
2. Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
3. Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
4. Persönliche Kompetenzen entwickeln
5. Gesundheitsdienste neu orientieren

Gesundheitskompetenz und Macht

Die Gesundheitskompetenz beinhaltet fundamental wichtige Empowerment-Strategien, die die Fähigkeit verbessert, Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erhöhen, selbst gesundheitsrelevante Informationen ausfindig zu machen und stärker Verantwortung für das eigene Gesundheitshandeln zu übernehmen. Das dient zur Selbstermächtigung, selbst Kontrolle über die eigene Situation haben und nutzen zu können (Kickbusch et al., 2005). Wenn Macht im Kontext von Gesundheit als das Verfügenkönnen über Gesundheitsressourcen verstanden wird und Ohnmacht als das Nichtvorhandensein von bzw. das Nichtherankommen an Gesundheitsressourcen, die benötigt werden, dann treten zum einen Machtsensibilität bei Fachkräften und zum anderen Strategien für Klient*innen und Patient*innen in den Fokus, die es ihnen ermöglichen, mehr Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erlangen. Ein Beispiel hierfür könnte ein junges, alleinerziehendes Elternteil sein, das bei sich und seinen Kindern durch Fehlernährung unwillentlich ein gesundheitsrelevantes Ausmaß von Adipositas auslöst. Das Elternteil hatte zu dem Zeitpunkt nicht das Handlungswissen, wie es sich und seine Kinder (nach aktuellen Erkenntnissen) „gesund“ ernährt. Durch eine Ernährungsberatung und gemeinsames gesundes Einkaufen und Nahrungszubereitung mit einer Fachkraft lernt das Elternteil, sich selbst und seine Kinder gesünder zu ernähren und damit mögliche negative gesundheitliche Folgen abzuwenden. Das junge Elternteil ist – durch das hinzugewonnene Handlungswissen und die

Motivation, dieses Wissen auch anzuwenden – stärker empowert und selbstermächtigt. Es kann nun mehr Kontrolle über die eigene Gesundheit und die seiner Kinder ausüben, weil es die durch die Beratung, gemeinsame Einkäufe und Nahrungszubereitung gesundheitsrelevante Informationen in Form von Handlungswissen erhalten hat, mit denen es – bezogen auf die Ernährung – nun selbst stärker steuern kann.

Alle professionell im Gesundheitswesen Tätigen müssen sich ihrer Macht, die sie gegenüber ihren Klient*innen oder Patient*innen haben, bewusst sein und dürfen diese nicht missbrauchen (→ [Soziale Arbeit](#) → [Band 1 Beziehung](#)), um Gesundheitskompetenz und Empowerment zu ermöglichen. Ein Wissen über Macht und Machtstrukturen ist damit für die Gesundheitsberufe unumgänglich. Dementsprechend muss gegen Willkür und Unterdrückung vorgegangen werden und eine gerechte, respektvolle Zusammenarbeit mit Klient*innen gepflegt werden (Leitlinien u. a. für Soziale Arbeit s. Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit, 2014; für Medizin s. Bundesärztekammer, 2021).

Gesundheit wird u.a. vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Machtverhältnisse betrachtet (Rademaker, 2016). Daher ist die „Diskussion über Macht und Herrschaft in der Gesellschaft [...] von großer Bedeutung, da das Vorhandensein dieser auch immer eine soziale Hierarchie und soziale Ungleichheiten hervorbringen“ (Imbusch, 2016, S. 197 → [Band 1 Intersektionalität](#)). Ein weiterer Machtaspekt im Kontext von Krankheit ist dieser: „Krankheiten“ und „Störungen“ sind vom historischen und kulturellem Kontext geprägt und Diagnosen dienen teilweise dem Aufrechterhalten von (Macht-)Strukturen. So werden Inter* und Trans* bis heute (Stand September 2021) in der International Classification of Diseases (ICD) der WHO pathologisiert (→ [Band 1 Menschenbild](#)).

Gesundheitskompetenz arbeitet mit *Empowerment-Strategien*, die Folgendes forcieren:

- Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erhöhen
- Informationen selbständig ausfindig zu machen
- Verantwortung für das eigene Gesundheitshandeln zu übernehmen
- Selbstermächtigung, selbstständig Informationsmacht nutzen zu können

Machtsensibilität: Gesundheitsfachkräfte sollen sich ihrer Macht, die sie gegenüber ihren Klient*innen haben, bewusst werden und dürfen diese nicht missbrauchen.

Gesundheit fördern: Die Salutogenese

Warum können Menschen zuweilen trotz einer Vielzahl belastender Faktoren gesund bleiben und/oder gesundheitliche Probleme erfolgreich ausgleichen? Das Modell der Salutogenese von Antonovsky (1997) hat hierauf Antworten: „Saluto“ heißt „Gesundheit“ und „Genese“ heißt „entstehen“. Es geht bei der Salutogenese also um die Entstehung von Gesundheit (in Abgrenzung zum medizinisch-pathogenetischen Modell zur Entstehung von Krankheit). Gesundheit wird dabei als Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit und als ein kontinuierlicher Prozess verstanden, auf dem sich ständig positioniert wird (→ Prävention) – selbstverständlich möglichst in Richtung Gesundheit oder um einen erreichten Gesundheitszustand zu erhalten (Antonovsky, 1997).

Was sind die Grundideen der Salutogenese? Menschen werden ständig mit unterschiedlichen Stressoren konfrontiert, die ein Spannungszustand erzeugen. Queere¹ Menschen beispielsweise erleben dabei neben

¹ Unter dem Begriff „queer“ werden hier alle Menschen gefasst, die von heteronormativen Vorstellungen zu sexueller Orientierung, romantischer Orientierung, Beziehungsgestaltung und Geschlechtlichkeit abweichen (vgl. Henderson, 2019).

den generellen Stressoren noch zusätzlichen Minoritätenstress (→ [Minoritätenstress](#)), der die Gesundheit beeinflussen kann (→ [Band 1 Gesundheit](#)). Die Bewältigung dieser Spannung geschieht mithilfe generalisierter Widerstandsressourcen. Beispiele hierfür sind u. a. das Immunsystem, Geld, Wissen und Intelligenz, Flexibilität, Voraussicht, der Glaube, das soziale Netzwerk und das Stigmamanagement. Eine maßgebliche Rolle hierbei spielt das Kohärenzgefühl – ein Gefühl der Stimmigkeit. Das Kohärenzgefühl ist ein Gefühl der Zuversicht, dass alltägliche Ereignisse vorhersehbar und verstehbar sind. Es besteht aus drei Komponenten:

1. **Verstehbarkeit:** Personen mit ausgeprägtem Kohärenzgefühl erleben die Welt als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar. Gleiches gilt für ihre inneren Erfahrungszustände. Ebenso haben Menschen mit ausgeprägtem Kohärenzgefühl das Gefühl, dass auch andere Menschen sie verstehen.
2. **Bewältigbarkeit:** Hinter dem Gefühl der Bewältigbarkeit der Welt steht die Überzeugung, geeignete Ressourcen zu haben, um Probleme und Herausforderungen zu bewältigen. Schwierigkeiten sind zu meistern – gleichgültig, ob die betreffende Person sie selbst löst, ob sie sich auf andere verlässt oder einer höheren Macht vertraut.
3. **Sinnhaftigkeit:** Personen mit hohem Kohärenzgefühl halten ihr Leben, ihre Biographie, ihr Tun für sinnvoll. Die Aufgaben sind es wert, dass Energie in ihre Lösung investiert wird. Personen mit hohem Kohärenzgefühl erkennen also Sinn in ihrem Leben.

Insgesamt lässt sich nach Antonovsky (1997) sagen: Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl, desto weniger werden fordernde Situationen als Belastung wahrgenommen, weil von einer erfolgreichen Problemlösung ausgegangen wird. Probleme werden klarer wahrgenommen, dadurch verringert sich das Gefühl, ausgeliefert zu sein – und die Wahl angemessener und gesundheitsförderlicher Bewältigungsstrategien wird wahrscheinlicher (Antonovsky, 1997). Petzold (2013, S.29) geht noch weiter und sagt: „Das Streben nach Kohärenz ist ein übergeordnetes

– wahrscheinlich allen Lebewesen innewohnendes Prinzip, das dafür sorgt, dass sich Lebewesen [...] komplex und gesund organisieren können.“ Studien der internationalen Salutogenese-Forschung zeigen, dass sich wesentliche Annahmen des Modells bestätigen lassen (vgl. Faltermaier, 2017). Zudem ist der Gesundheitsgedanke der Salutogenese von Interdisziplinarität geprägt. Beteiligte Disziplinen sind die Psychologie, die Philosophie, die Soziale Arbeit oder die Soziologie (Meier Magistretti, Lindström & Eriksson, 2019) und darüber hinaus auch alle weiteren Gesundheitsdisziplinen. Die Evidenz spricht für Antonovskys Annahme, dass der Kohärenzsinn, also die Fähigkeit, die eigenen Gesundheitsressourcen zu erkennen und zu nutzen, eine Schlüsselkompetenz für eine gesunde Lebensorientierung ist. Es gibt einige theoretische Konzepte „unter dem salutogenetischen Regenschirm“ (s. Abbildung 2) und Modelle, die ähnliche Zusammenhänge aufzeigen.

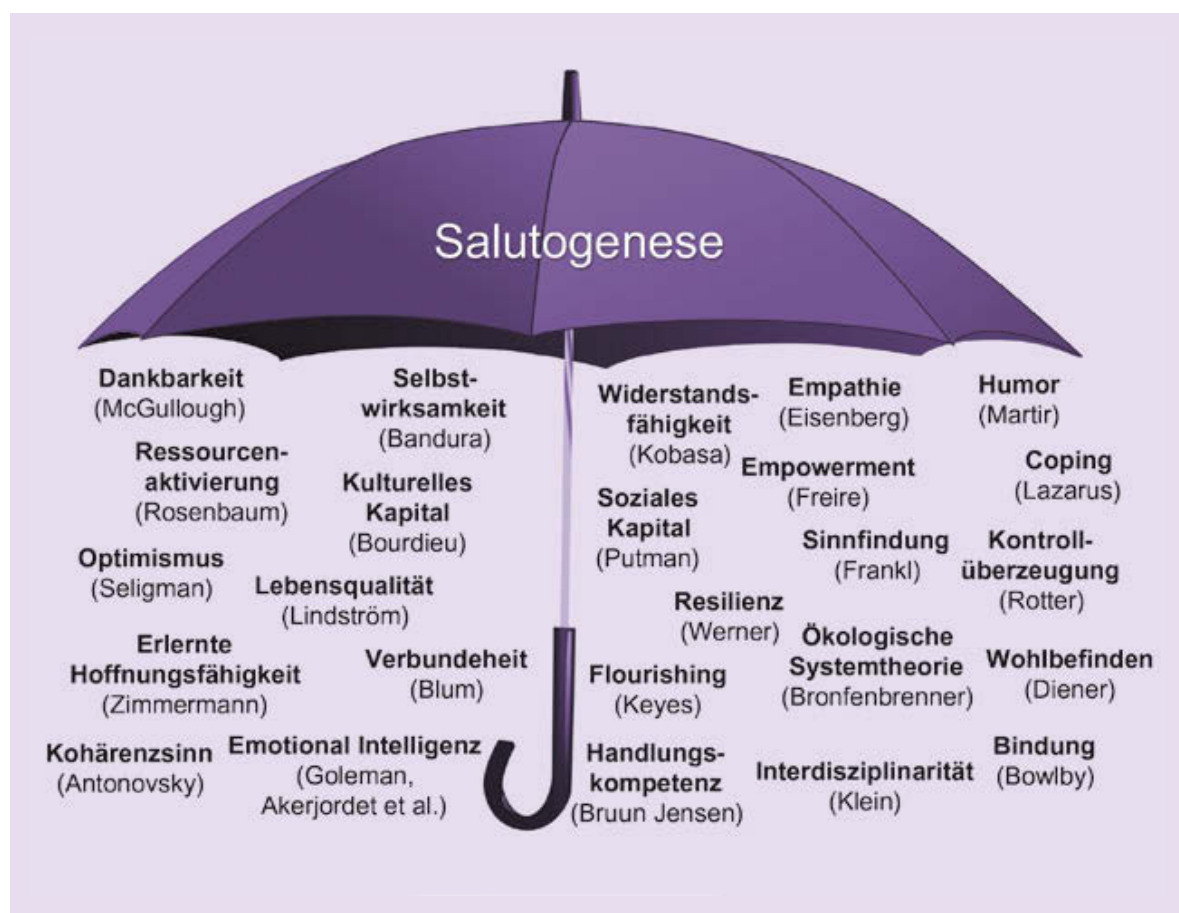


Abbildung 2: Salutogenese-Regenschirm (nach Meier Magistretti et al., 2019, S. 81)

Antonovskys (1997) Theorie zum Kohärenzgefühl ist die zum jetzigen Zeitpunkt am besten erforschte Theorie mit der breitesten Evidenzbasis (in mehr als 50 Ländern). Das Modell, ursprünglich ein Stressbewältigungsmodell, basiert auf einem systemischen Ansatz, der sowohl auf individueller als auch auf Gruppen- und Gesellschaftsebene implementiert werden kann. Es scheint, dass Menschen, die gut mit dem Umfeld verbunden sind, in dem sie leben, unabhängig vom Lebensalter² ein starkes Kohärenzgefühl entwickeln können. Das Finden von Synergie oder Kohärenz zwischen dem Individuum, der Gruppe und den umgebenden sozio-ökonomischen, kulturellen und psycho-emotionalen Strukturen ist von zentraler Bedeutung für die Entwicklung einer gesunden Lebensorientierung. Die (Weiter-)Entwicklung des Kohärenzgefühls ist ein lebenslanger Prozess. Daher überrascht es nicht, dass sich die höchsten durchschnittlichen Werte bei älteren Menschen finden (Lindström & Eriksson, 2010).

Wie kann Salutogenese praktisch umgesetzt werden? In den Qualitätskriterien für salutogenetisch orientierte Arbeit (Petzold, 2013) geht es um die Ausrichtung auf attraktive Gesundheitsziele und die Förderung hierfür hilfreicher Ressourcen. Es gibt verschiedene Aspekte:

1. Sich an Kohärenz orientieren, damit das Leben an Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit zunimmt.
2. Sich auf attraktive Gesundheitsziele ausrichten, wie die Erhöhung von Wohlbefinden, Sicherheit, Freude oder Lebensqualität.
3. Eigene Ressourcen erschließen, wie Quellen für Wohlbefinden, Eigenaktivität und Motivation.
4. Die Person und ihre Subjektivität wertschätzen, wie Selbstwahrnehmung, subjektive Theorien oder eigene Gesundheitsziele, die nicht die der Norm sein müssen.

² Antonovsky formulierte das Kohärenzgefühl ursprünglich etwa ab den 30. Lebensjahr als stabil, was bedeuten würde, dass das Kohärenzgefühl nach dem 30. Lebensjahr kaum oder gar nicht mehr veränderbar wäre. Es hat sich zwischenzeitlich mehrfach empirisch gezeigt, dass dem nicht so ist (z. B. Feldt, Leskinen, Kinnunen & Ruoppila, 2003; Feldt et al., 2011; Smith, Breslin & Beaton, 2003).

sein, dass Krankheiten psychisches Unwohlsein hervorrufen, jedoch nicht umgekehrt (Knoll, Scholz & Rieckmann, 2017). Es ist also bei der klassischen Idee von Pathogenese nicht so wie beim Konzept der Gesundheitsförderung der WHO (1986), dass bei den Erkrankten durch Empowerment-Strategien ein Prozess angestoßen werden soll, der ein höheres Maß an Selbstbestimmung über Gesundheit ermöglicht und dabei zudem körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden in den Blick nimmt.

Saluto- und Pathogenese müssen jedoch nicht zwingend als komplementär und sich gegenseitig ausschließend betrachtet werden. Sie können einander ergänzen, jeweils aus einer salutogenetischen Sicht auf das Gesundheitskonzept (Gesundheitsförderung) bzw. einer biomedizinischen Sicht auf das Krankheitskonzept (Prävention und Krankheitsbehandlung → Prävention). Wie können sich diese Sichtweisen gegenseitig ergänzen? Der salutogenetische Fokus betrachtet das Kohärenzgefühl von Menschen, also die Stimmigkeit im Leben insgesamt und möglichst attraktive Gesundheitsziele auf Basis vorhandener oder potenziell verfügbarer Ressourcen, wie z. B. eine Gruppensportart (→ Sport). Während die Pathogenese Probleme, also Unstimmigkeiten und Vermeidungsziele betrachtet, wie z. B. weniger Zucker zu essen. Salutogenese schaut dementsprechend auf vorhandene Ressourcen und deren Förderung des einzelnen und das auch gerne subjektiv – es geht ja auch maßgeblich um das eigene Wohlbefinden. Und die Pathogenese schaut ihrerseits auf Defizite sowie deren Reduzierung und zwar normgeleitet (Petzold, 2013).

Salutogenese: Entstehung von Gesundheit:

- Kohärenzgefühl (Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit, Sinnhaftigkeit)
- Ressourcenorientierung

- Praktische Umsetzung:
 - 1) Kohärenz aufbauen
 - 2) Auf Gesundheit ausrichten
 - 3) Auf Ressourcen ausrichten
 - 4) Subjektivität wertschätzen
 - 5) Systemische Selbstorganisation und -regulation
 - 6) Prozess- und lösungsorientiert denken
 - 7) Mehrere Möglichkeiten einschließen

Pathogenese: Entstehung von Krankheit als naturwissenschaftlich objektivierbarer Zustand:

- Biologische Funktionen, die von der Norm abweichen
- Störungen des Körpers, die das Überleben gefährden
- Störungen des Körpers, die die Reproduktionsfähigkeit gefährden

Ein biopsychosoziales Modell zur Beschreibung von Gesundheit und Krankheit

Eine weitere Option der gegenseitigen Ergänzung beider Konzepte ist, wenn der Gedanke zugelassen wird, dass körperliche, psychische und soziale Faktoren Gesundheits- und auch Krankheitszustände beeinflussen können. Das biopsychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit nach Engel (1977) ist international anerkannt und basiert auf einem integrativen Ansatz, der Krankheit nicht ausschließlich körperlich, sondern als Störung der Interaktion von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren versteht. Biologische, psychische und soziale Faktoren sind Teile eines sich gegenseitig beeinflussenden Systems, deren dynamische Wechselbeziehungen von kausaler Bedeutung für die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten gelten (Engel, 1977).

Die Beobachtung eines Zusammenspiels zwischen verschiedenen Faktoren (biologisch, psychologisch und sozial) hat mittlerweile Tradition. Befunde verschiedener Disziplinen zeigen die Untrennbarkeit

dieser Faktoren. Beispielsweise interagieren genetische Veranlagungen und alltägliche Verhaltensweisen bei der Entstehung von Krankheiten miteinander. Jemand kann etwa eine genetische Störung des Lipoproteinstoffwechsels haben und das hieraus resultierende Herz-Kreislauf-Risiko durch eine Ernährungstherapie und ausreichend Bewegung ein Stück weit reduzieren. Ein weiteres Beispiel ist nach Knoll und Kolleg*innen (2017) das Immunsystem, welches von emotionalen Befindlichkeiten, wie Stress, beeinflusst werden kann. Zudem spielen z. B. der Zeitpunkt des Auftretens einer Problematik, die Chronizität und auch die Auswirkungen auf das Funktionieren im Alltag eine Rolle für subjektive Annahmen über die Belastungen, die eine Erkrankung mit sich bringt. Für eine gesunde Person ist es „normal“, gelegentlich eine Erkältung zu bekommen. Häufigeres oder längeres Auftreten einer Erkältung aber gilt als behandlungsbedürftig (Knoll et al., 2017).

Durch solche Betrachtungen hat sich – neben der biomedizinischen Sichtweise – die Idee durchgesetzt, dass Gesundheit und Krankheiten von einem Wechselspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren verursacht werden. Heute wird davon ausgegangen, dass bei der Entstehung als auch im Verlauf von Krankheiten bzw. Genesungsprozessen diese drei Faktoren beteiligt sind (s. Abbildung 3).

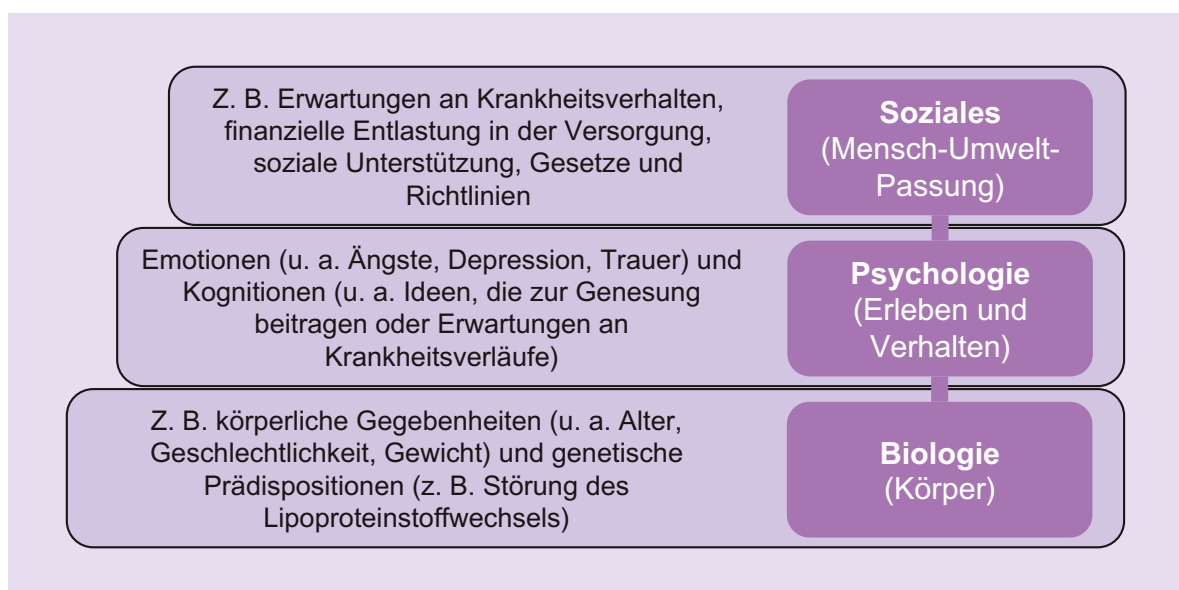


Abbildung 3: Biopsychosoziales Modell (eigene Darstellung in Anlehnung an Engel, 1977)

Gesundheit und Krankheit werden im biopsychosozialen Modell – ähnlich wie bei der Salutogenese – als Endpunkte eines Kontinuums und nicht als sich gegenseitig ausschließend angesehen. Die Unterscheidung „gesund“ oder „krank“ wird damit nicht unabhängig vom subjektiven Befinden der betreffenden Person betrachtet oder von deren sozialen und moralischen Werten oder Wahrnehmungen. So gesehen können sich zwei Betroffene einer Hausstauballergie in unterschiedlichem Maß in ihrer Leistungsfähigkeit oder ihrem allgemeinen Wohlbefinden beeinträchtigt fühlen – und in der Folge das Versorgungssystem (z. B. Ärzt*innen) in unterschiedlichem Maße in Anspruch nehmen. So richten sich Behandlungsentscheidungen von Ärzt*innen u. a. auch nach dem subjektiven Ausmaß von Beschwerden der Patient*innen. Das biopsychosoziale Modell basiert auf der Vorstellung, dass ein größerer Teil der Verantwortlichkeit für die Gesundheit bei den Personen selbst liegt und dass diese durch gesundes Verhalten Eigenverantwortlichkeit zeigen sollten (Knoll et al., 2017). Gesundheit wird als gelungene Anpassung an sozio-ökologische Lebensbedingungen verstanden, die eine Mehrebenendiagnostik und multimodale Therapieansätze ermöglicht wie auch die Arbeit in multiprofessionellen und interdisziplinären Teams.

Fazit

Wissen um Gesundheit und Krankheit sind Gegenstand des Gesundheitswesens und damit insbesondere wichtig für Fachkräfte in Gesundheitsberufen und gesundheitsnahen Professionen. Es wurde hergeleitet, dass körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden das Ergebnis einer erfolgreich entwickelten Gesundheitskompetenz sein können. Im Rahmen gesundheitskompetenzfördernder Strategien wird mehr Kontrolle über die eigene Gesundheit forciert, um weniger gesundheitsbezogene Ohnmacht (mangelnde Ressourcen, fehlende Zugänge etc.) zu erleben. Der Aufbau einer Gesundheitskompetenz fußt einerseits auf der Ottawa-Charta der WHO (1986) und den hierauf aufbauenden Methoden sowie andererseits auf Modellen von Gesundheit und Krankheit

(→ Gesundheitsmodelle), wie z. B. der Salutogenese, Pathogenese oder dem biopsychosozialen Modell. Zu berücksichtigen sind – neben konkreten Methoden zur Gesundheitsförderung – die Entwicklung einer Machtsensibilität bei Fachkräften, damit diese (gesundheitliche) Ungleichheiten bewusst reduzieren und nicht (ungewollt) verstärken. Zusammenfassend geht es also neben dem Aufbau von Gesundheit auch um eine Sensibilisierung von Fachkräften gegenüber Diversität in jeglichen Bereichen, um professionell und aus mehreren Blickwinkeln heraus Unterstützung zur Gesundheit leisten zu können.

Literatur

- ANTONOVSKY, A. (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (2021). (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Deutsches Ärzteblatt, 118(23), A1-A9. <https://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung/>
- DETTMERS, S. (2015). Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit – QGSA. Berlin: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. <https://dvsg.org/veroeffentlichungen/arbeitshilfen/qgsa/>
- DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR SOZIALE ARBEIT (2014). Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte. Zeitschrift Forum Sozial. Die Berufliche Soziale Arbeit, 4/2014, 3-43.
- ENGEL, G. L. (1977). The Need for a New Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-137. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- FALTERMAIER, T. (2017). Gesundheitspsychologie (2. Aufl.). Kohlhammer Verlag.
- FELDT, T., LESKINEN, E., KINNUNEN, U., & RUOPPILA, I. (2003). The Stability of Sense of Coherence: Comparing Two Age Groups in a 5-Year Follow-up Study. *Personality and Individual Differences*, 35, 1151-1165. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00325-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00325-2)
- FELDT, T., LESKINEN, E., KOSKENVUO, M., SUOMINEN, S., VAHTERA, J., & KIVIMÄKI, M. (2011). Development of Sense of Coherence in Adulthood: A Person-Centered Approach. The Population-Based HeSSup Cohort Study. *Quality of Life Research*, 20, 69-79. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9720-7>
- GEYER, S. (2020). Sozialwissenschaftliche Verfahren in den Gesundheitswissenschaften. In O. Razum & P. Kolip (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (7. Aufl.) (S. 326-356). Weinheim: Beltz Juventa.
- HENDERSON, B. (2019). *Queer Studies. Beyond Binaries*. New York, NY: Harrington Park Press.
- IMBUSCH, P. (2016). Macht und Herrschaft. In H. Korte & B. Schäfers (Hg.), *Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie* (9. Aufl.) (S. 195-220). Wiesbaden: Springer.
- KABA-SCHÖNSTEIN, L., & TROJAN, A. (2018, 15. Juni). Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i054-1.0>
- KICKBUSCH, I., WAIT, S., & MAAG, D. (2005). *Navigating Health. The Role of Health Literacy*. London: Alliance for Health and the Future. <https://ilcuk.org.uk/navigating-health-the-role-of-health-literacy/>

- KNOLL, N., SCHOLZ, U., & RIECKMANN, N. (2017). Einführung Gesundheitspsychologie (4. Aufl.). München: UTB.
- LINDSTRÖM, B., & ERIKSSON, M. (2010). The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis. Salutogenic Pathways to Health Promotion. Helsinki: Folkhälsan Research Centre.
- MEIER MAGISTRETTI, C., LINDSTRÖM, B., & ERIKSSON, M. (HG.) (2019). Salutogenese kennen und verstehen: Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung. Göttingen: Hogrefe.
- ORTMANN, K. (2020). Soziale Arbeit als Gesundheitsarbeit im Sozialwesen. In S. Dettmers & J. Bischof (Hg.), Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (2. Aufl.) (S. 239-244). München: Reinhardt.
- PETZOLD, T. D. (2013). Qualitätsentwicklung und -kriterien aus salutogenetischer Perspektive. Der Mensch. Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin, 46, 28-31.
- RADEMAKER, A. L. (2016). Soziale Arbeit mit Gesundheitsbezug. Auf dem Weg zur Profilierung einer Fachdisziplin? Forum Sozialarbeit + Gesundheit, 4/2016, 35-38.
- RAZUM, O., & KOLIP, P. (2020). Gesundheitswissenschaften: eine Einführung. In O. Razum & P. Kolip (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (7. Aufl.) (S. 19-43). Weinheim: Beltz Juventa.
- SMITH, P. M., BRESLIN, F. C., & BEATON, D. E. (2003). Questioning the Stability of Sense of Coherence. The Impact of Socio-Economic Status and Working Conditions in the Canadian Population. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38, 475-484. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0654-z>
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa. <https://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- WIRTZ, M. A., KOHLMANN, C.-W., & SALEWSKI, C. (2018). Gesundheitsförderung und Prävention – die psychologische Perspektive. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hg.), Psychologie in der Gesundheitsförderung (S. 13-27). Bern: Hogrefe.

Autor*in

Prof. Dr. Melanie Misamer ist Professorin für Methoden und Konzepte Sozialer Arbeit in der Gesundheitsförderung am Gesundheitscampus Göttingen, Fakultät Ingenieurwissenschaften und Gesundheit der Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminden/Göttingen. Ihre Arbeits- und Interessenschwerpunkte liegen in verschiedenen Bereichen der Machtanwendung, z. B. in sozialen und Gesundheitsberufen.

Kontakt: mail@melaniemisamer.de