

Salutogenese – Wege zur Gesundheit

Paul Ertl, Wolfgang Marktl, Günther Fleck, Gerhard Hubmann (Hrsg.)

Schriftenreihe der
Landesverteidigungsakademie





Schriftenreihe der
Landesverteidigungsakademie

Paul Ertl, Wolfgang Marktl, Günther Fleck, Gerhard Hubmann (Hrsg.)

Salutogenese – Wege zur Gesundheit

18/2024

Wien, Dezember 2024

Impressum:

Medieninhaber, Herausgeber, Hersteller:

Republik Österreich / Bundesministerium für Landesverteidigung
Rossauer Lände 1
1090 Wien

Redaktion:

Landesverteidigungsakademie
Zentrum für menschenorientierte Führung und Wehrpolitik
Stiftgasse 2a
1070 Wien

Schriftenreihe der Landesverteidigungsakademie

Copyright:

© Republik Österreich / Bundesministerium für Landesverteidigung
Alle Rechte vorbehalten

Dezember 2024

ISBN 978-3-903548-03-9

Druck:

ReproZ W 24-5990
Stiftgasse 2a
1070 Wien

Ertl / Marktl / Fleck / Hubmann (Hrsg.)

Salutogenese – Wege zur Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

Paul Ertl, Günther Fleck, Wolfgang Marktl, Gerhard Hubmann

Über die Wege zur Gesundheit – eine Einleitung 5

Teil 1: Propädeutik zur Salutogenese7

Paul Ertl

Philosophische Aspekte der Salutogenese 9

Günther Fleck

Kohärenzsinn, persönliches Wachstum & die Methode der systematischen
Selbstreflexion: Bedeutung für die Salutogenese 35

Teil 2: Salutogenese und Public Health61

Thomas Dorner

Salutogenese als Werkzeug in Public Health63

Peter E. Novak

Salutogenese als Grundlage von Stärkung der Gesundheitskompetenz
in Österreich 85

Wolfgang Marktl

Die Zeitstruktur des Organismus und die Salutogenese107

Otto Ambros

Herzratenvariabilität und die Salutogenese133

Walter Wübrer

Das Vorsorgedilemma147

Teil 3: Salutogenese – Arbeit – Bewegung	167
<i>Susanne Schunder-Tatzber</i>	
Arbeit und Salutogenese – Ein Beitrag der Arbeitsmedizin	169
<i>Paul Haber</i>	
Bewegung ist Medizin	181
Teil 4: Salutogenese – Ganzheitsmedizin – Traditionelle Medizin	195
<i>Gerhard Hubmann</i>	
Salutogenese und Ganzheitsmedizin	197
<i>Dieter Melchart</i>	
Die Salutogenese im Kontext der Komplementärmedizin: Theorie und Praxis von Gesundungs- und Selbstheilungsvorgängen im Menschen	209
<i>Gerhard Kögler</i>	
Salutogenese und traditionelle Medizin	231
<i>Felix Badelt</i>	
Altchinesische Gesundheitsmuster heute: Bipolare Aspekte in unserem Denken, Fühlen und Handeln und ihre Vernetzung gemäß Altchinesischer Phasenwandlungslehre („Elemente-Lehre“)	257
Die Autoren	281

Über die Wege zur Gesundheit – eine Einleitung

Liebe Leserinnen und Leser,

wir freuen uns, Ihnen die Publikation *Salutogenese – Wege zur Gesundheit* vorstellen zu dürfen. Diese Zusammenstellung von Beiträgen wurde von dreizehn Autorinnen und Autoren verfasst, die ihr umfassendes Wissen und ihre Erfahrungen auf dem Gebiet der Salutogenese teilen.

Der Begriff *Salutogenese* bezieht sich auf die Entstehung und Erhaltung der Gesundheit nach *Aaron Antonovsky*. Dabei wird Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess verstanden. Ein grundsätzlich ähnliches Konzept in diesem Zusammenhang ist der so genannte *bio-psycho-soziale Ansatz* von *George Engel*. Bei beiden wird davon ausgegangen, dass es sich bei Gesundheit und Krankheit um *komplexe Phänomene* handelt, wobei außer genetischen, biologischen, physiologischen und psychologischen Faktoren auch noch familiäre, soziale und kulturelle Aspekte zu beachten sind. Daraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass der naturwissenschaftlich-reduktionistische Zugang, wie er in der klinischen bzw. konventionellen Medizin im Vordergrund steht und zweifelsohne in einem ursächlichen Zusammenhang mit den großen Erfolgen der konventionellen Medizin steht, kein intellektuell adäquater Zugang zur Salutogenese sein kann. Die in der Medizinphilosophie gebräuchlichen Begriffe Gesundheit und Kranksein spiegeln diese unterschiedlichen Denkansätze wieder.

Im vorliegenden Buch wird der Komplexität des Gesundheitsbegriffs bzw. der Salutogenese Rechnung getragen. Die Beiträge geben zum größten Teil Referate wieder, die bei einem Fachkongress gehalten wurden. Wie aus dem Inhaltsverzeichnis ersichtlich wird, werden in 4 Teilabschnitten sehr unterschiedliche Themenkreise von Autoren mit verschiedenen Fachkompetenzen behandelt. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Salutogenese in Beziehung zu *Public Health* sowie *traditioneller & Ganzheitsmedizin*. Diese beiden großen Bereiche verbindet ein Kapitel, das Möglichkeiten der Einbindung von Salutogenese in *Arbeitsmedizin* und *Bewegung* definiert. Eine gezielte Ergänzung zu den Kongressbeiträgen erfolgt vor allem im ersten Kapitel im

Hinblick auf die *Propädeutik* zur Salutogenese in philosophischer Hinsicht sowie über die fundamentale Bedeutung von Persönlichkeit und Selbstreflexion für den Kohärenzsinn.

Um der persönlichen Kreativität und originären Aussagekraft der Autoren zu entsprechen, wurde auf die Vereinheitlichung von Zitation und Stil verzichtet. Durch deren individuellen Spuren zeigt sich so einmal mehr die Vieltätigkeit und Vielschichtigkeit des aufgeworfenen Themas.

Seitens der Herausgeber wird zum ersten die Hoffnung ausgesprochen, dass das Buch durch seine umfassende Betrachtung der Salutogenese einen nicht unwesentlichen Beitrag zum Verständnis dieses Begriffes und dessen Bedeutung im Gesundheitswesen leisten kann. Zum zweiten soll dem Wunsch entsprochen werden, dass die Beiträge in diesem Buch der geneigten Leserschaft neue Einsichten und Inspiration bieten, um Ihre eigene Gesundheit und die Gesundheit aller Mitmenschen zu fördern. Wir laden Sie ein, die verschiedenen Wege zur Gesundheit zu erkunden und zu sehen, wie die Prinzipien der Salutogenese in Ihrem Leben Anwendung finden können.

Die Herausgeber danken zudem allen Autorinnen und Autoren, die zu diesem Buch beigetragen haben, sowie allen Leserinnen und Lesern, die sich mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzen.

Die Herausgeber
Wien, November 2024

I

Propädeutik zur Salutogenese

Philosophische Reflexionen zur Salutogenese

Paul Ertl

Abstract

In diesem Artikel werden, nach einer ideengeschichtlich geleiteten Kurzanalyse des Gesundheitsbegriffs, einige hinter der Salutogenese liegende Prämissen und Prinzipien synoptisch dargelegt und einer basalen philosophischen Kritik zugeführt. Aufbauend auf der Erfassung der konzeptuellen Grundlagen der Salutogenese als *autonom*, *dynamisch* und *wissenschaftstheoretisch positiv* wird gezeigt, dass sich die *sechs Dimensionen* (Körper, Geist, Spiritualität, Sozietät, Emotion und Beruf) auf zwei Unterteilungen, hier: *Substanzen*, zurückführen lassen. Das sind Körper, Sozietät und Beruf auf Seiten der *Materie* und Geist, Spiritualität und Emotion auf Seiten der *Form*. Darauf folgend werden die ideengeschichtlichen Ausgangspunkte der Salutogenese, die *Phänomenologie* und die *humanistische Psychologie* dargestellt und in logischen Zusammenhang mit den Substanzen gebracht. Zuletzt wird das Gefundene in eine *systemische Betrachtung* von Gesundheit eingebettet, was für den holistischen Zugang zur Salutogenesekritik und deren Weiterführung unabdingbar ist.

I

Gesundheit ist eines der grundlegenden gedanklichen Konzepte im Bereich der Medizin. Ebendieses Konzept, und das ihm entgegengesetzte – die Krankheit – werden allzuoft als die Grundlage der gesamten Medizin gesehen. Das Begriffspaar führt allerdings lediglich in die philosophisch-metaphysische Arena des eigentlichen, im weitesten Sinne „ärztlichen“ Problems ein. Direkte normative Bedeutung im Sinne der praktischen und wissenschaftlichen Medizin haben beide Konzepte nicht. Anders sieht es bei ihrer Funktion in der ständigen Veränderung, Entwicklung und Fortführung der

Medizin aus. Dort stellen die beiden Ideenkonstrukte grundlegende Attribute des Lebens dar und haben, je nach Definition, regulative Funktionen für die Richtung des auf die Dauer gestellten Wandels der Medizin als Gesamtkonzept.

In die Idee der Gesundheit stellen die Menschen beispielsweise alles, was in den Bereich der Hoffnung, Wünschen, Selbstverwirklichung, Selbstvollendung, Glück, etc. erwünschen. Diese Wünsche und die eigene Sorge zu dieser Gesundheit zu kommen, sie zu erhalten und zu verbessern, wurden über lange Zeiträume der Menschheitsgeschichte sozialisiert und sind deshalb vermutlich jedem Menschen inhärent.¹ Daher muss jede Theorie von Gesundheit neben der Physis, dem Umfeld und anderen empirischen Dingen zumindest die menschlichen Lebensziele mitumfassen. Es ist in dieser Lesart also ein sehr grundlegendes Konzept des menschlichen Lebensvollzugs. Die angesprochene Breite und Fundamentalität der Idee von Gesundheit zeigen durch die Geschichte hindurch viele Autoren, beispielsweise A. Kneucker in seinen *Richtlinien*, wenn er darlegt, dass „wir die Gesundheit niemals genau abgrenzen können“.² Oder Hartmann et al. wo es heißt: „Mit seinem finalen

¹ Ich erteile an dieser Stelle, Umfang und Klarheit der Untersuchung geschuldet, allen metaphysischen und idealistischen Nebenschauplätzen die den Menschen als unvollkommenes, leidendes Wesen darstellen und die „wahre“ Gesundheit erst im Jenseits verorten, eine Absage. Dies mögen fraglos zur oft notwendigen spirituellen, religiösen oder ideologischen Teilnahme an der Welt taugliche Konzepte sein. Eine in diesem Kontext durchaus Sinn machende, von mir an dieser Stelle ausdrücklich nicht intendierte Haltung, ist beispielsweise die Augustinische Idee, dass im diesseitigen Leben wahre Selbstverwirklichung (Gesundung) nicht möglich ist, sondern erst im Jenseits. Augustin kommt in seiner Argumentation zur Erkenntnis, dass das diesseitige Leben generell als Krankheit, bzw. als mit Krankheit identisch gesehen werden muss. Das zeigt er eindeutig in seiner Predigt Nr. 77, wo er darlegt: „Haec medicina si superbiam non curat, quid eam curet nescio.“ (11/2) und weiter unten: „Sanitas immortalitas erit. Nam haec longa aegritudo est.“, (ebenda, 13/2). In: Augustinus Hipponensis. „*Sermo 77 - De Verbis Evangelii Mt 15, 21-28: „Egressus Iesus de Genezareth, secessit in Partes Thyri et Sidonis, et ecce Mulier Chananaea“ et cetera*“, abrufbar unter: https://www.augustinus.it/latino/discorsi/discorso_100_testo.htm (13.12.2023). In diesem Beitrag möchte ich aber philosophische Grundlagen für die medizinische Praxis im Sinne der Salutogenese nutzbar machen.

² Kneucker, Alfred. *Richtlinien einer Philosophie der Medizin*. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien 1949. S. 47. Weiter hinten im selben Werk: „Gesundheit ist wie der Begriff des Lebens: wir kennen zwar die Erscheinungen der Gesundheit, (...) aber wir wissen nichts über den Gesundheitsbegriff an sich.“ Ebenda, S. 98.

Charakter sprengt der Gesundheitsbegriff jede aus Normen aufgebaute Konstruktion.“³ Gemeint ist dabei die theoretisch-allgemeine und praktisch-alltägliche Macht dieses Begriffs, der so breit aufgefasst werden muss, weil er in die praktische Lebenswelt und in die theoretischen Bereiche gleichermaßen wirkt. Dass diese Ansicht nicht nur historisch ist sondern bis heute hält, zeigt sich in der Ottawa-Charta, wo es in ebendiesem Sinn heißt, dass „die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen“⁴ sei. Ebenso gut fundiert ist die Erkenntnis, dass sich dies nicht nur auf die Medizin alleine, sondern auch auf den gesamten Lebensvollzug und alle mit dem menschlichen Lebensvollzug verbundenen Wissenschaften ausdehnt. Das zeigen auch neuere Autoren und Herausgeber, für den soziologischen Bereich etwa Kriwy und Jungbauer-Gans, eindrucksvoll.⁵ Es klingt wie eine Binsenweisheit, ist aber nicht überall anzutreffen: Gesundheit und ihre Konzepte müssen also durchwegs beachtet werden, wenn von Medizin und/oder Medizinsystemen, von Krankheit und Heilung, von philosophischer (Medizin-)Theorie, Iatrotechnik, praktischer Medizin, -politik, -soziologie, etc.

Eines dieser Konzepte, das sich durchwegs wie ein roter Faden durch die neuere Geschichte zieht, ist das Modell der Salutogenese nach Antonovsky, das in weiterer Folge auch das Hauptaugenmerk dieser Untersuchung darstellt. Eben weil sich Salutogenese mit Gesundheit und Krankheit im empirischen wie transzendentalen Sinn beschäftigt, ist sie philosophisch kritisierbar. Das muss auch zutreffen, wenn man sie als relevante Theorie für und als namhaften Zugang zur Medizin werten möchte. Da jedwede Theorie im streng Popperschen Sinne erst dann Gültigkeit als Theorie entfaltet, wenn sie im weitesten Sinne falsifiziert werden kann, lohnt ein Blick in dessen Richtung. In ähnlichem Zusammenhang hat nämlich Popper zum ersten

³ Hartmann, Fritz/Linzbach, Johannes/Nissen, Rudolf/Schaefer, Hans (Hrsg.). *Medizin 1*. Fischer TB, Frankfurt am Main 1959. S. 168.

⁴ UNO. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, Ottawa, 21. November 1986, S. 1. Ab-rufbar unter: https://intranet.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (20.12.2023).

⁵ Vgl. Kriwy, Peter/Jungbauer-Gans, Monika (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitssoziologie*, Springer VS, Wiesbaden 2020.

seine eigene Erkenntnislogik selbst als eine Theorie der empirischen Methode und der Erfahrung⁶ angeführt, und zum zweiten, exakt in diesem wissenschaftstheoretischen Rahmen, auch eine Arbeitshypothese über das Gehirn und Bewusstsein⁷ als neuen Aspekt der sog. *Theory of the Mind* (Theorie des Geistes) aufgestellt. In letzterem Werk zeigt er die Möglichkeit der Existenz eines mentalen „Kraft-Feldes“, das Geist und physikalische Kräfte (Leib und Seele) gemeinsame Eigenschaften und miteinander korrespondierende Verbindungen aufweisen. Wörtlich sagt er: „Offensichtlich existieren Kräfte mit einem gewissen Betrag von Autonomie von der physiologischen Basis, mit der sie verbunden sind und mit der sie interagieren.“⁸

Das mentale Kraft-Feld bezeichnet das spezifische Leib-Seele Problem, in dem Kräfte in biochemischen Substanzen nicht bloß Anhängsel von Materie darstellen, sondern auch eine gewisse Unabhängigkeit von den bloß physiologischen Prozessen erlangen – sozusagen eine ebenenbezogene Emanzipation der Materie vom Geist hin zu einer „kraftähnlichen Natur des Geistes“ und umgekehrt. Darin liegt auch der. Popper geht es aber nicht um Monismus oder Dualismus von Leib und Seele.⁹ Diese Diskussion lässt er dahingestellt. Ihm geht es primär um die Interaktion der beiden Zustände, in der sich die menschlichen Erfahrungen, Bestrebungen und damit, in dem hier aufgezeigten Sinne, auch Gesundheit wie Krankheit äußern.

⁶ Vgl. Popper, Karl. *Logik der Forschung*. Mohr, Siebeck 2005.

⁷ Vgl. Popper, Karl/Lindahl B./Arhem P. *A discussion of the mind-brain problem*. In: *Theor Med*. Vol. 14, Nr. 2, 1993. S. 167-180.

⁸ Ebenda, S. 184. Mein Zugang in dieser Hinsicht erfolgte zwar originären Quellen folgend. Dass ich aber damit nicht alleine bin, mithin bereits andere auch diesen Weg beschritten haben, zeigt sich deutlich in einem Werk, das ich später auch für diese Arbeit herangezogen habe. Namentlich ist es ein von Claudia Meier-Magistretti übersetzter Artikel zu neuen Entwicklungen zur Theorie der Salutogenese von Bengt Lindström. Dieser gibt darin die Theory of Mind als eventuelle Source zum Verständnis der Entwicklung des Kohärenzsinn (dazu später) in der frühen Kindheit an. Vgl. Lindström, Bengt. *Genesis – Über den Ursprung des Kohärenzsinn als lebenslanger Lernprozess*, S. 114. In: Meier-Magistretti, Claudia. *Salutogenese kennen und verstehen*, Hogrefe Verlag, Bern 2019.

⁹ Vgl. Oeser, Erhard/Feigl, Walter. Das „mentale“ Kraftfeld: eine neue Arbeitshypothese über das Verhältnis von Gehirn und Bewusstsein. In: Wuketits, Franz/Budin, Gerhard/Feigl, Walter/Oeser, Erhard. *Karl Popper und die Medizin*, Facultas WUV, Wien 2007. S. 175-196.

II

Die Salutogenese¹⁰ basiert auf der philosophischen Überzeugung, dass Gesundheit ein *autonomes* Konzept ist und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Krankheitssymptomen bedeutet. Es handelt sich aber nicht um eine Auffassung in Form ähnlich der Patientenautonomie oder der Autonomie des Arztes, wie wir sie zum Beispiel in den mittleren Prinzipien der Medizin kennen.¹¹ Auch hat es nichts zu tun mit dem Konzept der Medizin als Ganzes. „Die Medizin“ befasst sich in diesem Sinne mit der Diagnostik, Prophylaxe und Therapie körperlicher und seelischer Erkrankungen und der damit zusammenhängenden Förderung von Gesundheit des Menschen.¹² So gesehen bezeichnet Medizin gleichzeitig eine Wissenschaft, eine Kunst und ein Handwerk, um Krankheiten zu heilen als auch Gesundheit zu fördern. Medizin als solches stellt also den Absolutheitsanspruch, zumindest in theoretischer Form, die Bewertung und Umsetzung der Gesamtheit von Habitus, Physis und Psyche des Menschen mit dem Ziel „Gesundheit“ herzustellen oder zu erhalten.

„Medizin“ geht also jeder der verschiedenen Herangehensweisen epistemisch voraus. Erst aus ihr heraus entwickeln sich die verschiedenen Medizinsysteme, von denen die Salutogenese jenes darstellt, das Gesundheit als

¹⁰ Zum Konzept der Salutogenese folge ich in vorliegendem Aufsatz der Definition als „Gegenstück und Entmystifizierung einer üblich gewordenen Pathogenese“ Aaron Antonovskys. Vgl. Antonovsky, Aaron: *Salutogenese - Zur Entmystifizierung der Gesundheit*, dgvt, Tübingen 1997.

¹¹ Vgl. Beauchamp, Tom / Childress, James: *Principles of Biomedical Ethics*. 6th Edition, Oxford University Press 2008.

¹² Ich gehe hier nicht auf die differierenden Sichtweisen ein, die im wissenschaftstheoretischen Kontext über den Grundbegriff kursieren. Mein Zugang ist folgender: Die Medizin (von lateinisch *medicina*) ist die Wissenschaft der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Krankheiten oder Verletzungen bei Menschen und Tieren. Sie wird von medizinisch ausgebildeten Heilkundigen ausgeübt mit dem Ziel, die Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen. Hier wird augenscheinlich, dass die „technische“ Umsetzung des Prinzips in der Praxis eine Vermittlung erfordert, die über die Protagonisten des „Heilens“ bzw. der „Wiederherstellung und/oder Erhaltung von Gesundheit“ – also den Ärzten funktioniert. Zentral ist dabei nicht die Krankheit, sondern vielmehr die Gesundheit (wie auch immer diese definiert ist), die angegriffen werden (kann) und damit das Ziel ist, auf das sich das gesamte System bezieht. Es geht also immer darum, Krankheit als den „Ausnahmestand“ zu sehen, Gesundheit dagegen als das erwünschte Ziel, das Normal.

autonomes System (ich wäre mit dem Systemtheoretiker N. Luhmann versucht zu sagen: *Subsystem*) darstellt.¹³ Strukturell ist dieses Konzept von Autonomie in einer Metaebene zu suchen, die zwar bloß vermittelt doch durchaus massiv in die Praxis wirkt.

Autonomie als philosophische Kategorie kann in diesem Sinn mit der Kantischen Philosophie erklärt werden. In aufklärerischer Tradition vertritt sie den Anspruch, dass der Mensch sich seiner eigenen Vernunft bedienen kann und muss. Fremde Autoritäten und Traditionen haben sozusagen *nichts zu melden*. Es ist die Abilität, durch in der Vernunft begründetes Wissen und Wollen, selbstständig Prinzipien der Erkenntnis zu erstellen und deren Reichweite und Grenzen zu bestimmen. Auch die praktische Welt, wie sie sich uns darbietet, interveniert dabei durch die Sinnenwelt. Obwohl von außen herangetragen, nicht selbstständig produziert, sozusagen „fremdbestimmt“ ans Bewusstsein herangebracht, wird sie zu einem Teilmoment der individuellen Verstandesleistung.

Es ist Aufgabe der Vernunft, die Verbindung empirischer Vorstellungen der Erscheinung gemäß zu leisten. Aber nicht nur das: Von größerer Wirkung war die Interpretation der Autonomie vor allem im Bereich der Moralphilosophie, nämlich als Selbstbestimmung des Menschen überhaupt.¹⁴ Um dies zu leisten, muss sich der Mensch jedenfalls von den unmittelbaren Einflüssen sinnlicher Antriebe, Begierden, Leidenschaften und Interessen distanzieren. Damit ist die Autonomie des Willens für den Menschen jedenfalls dann gegeben, wenn er von einer derartigen Fremdbestimmung zu einer Form der Selbstbestimmung, in der sich der Wille ein eigenes Gesetz gibt, übergeht.¹⁵

¹³ Vgl. Antonovsky, Salutogenese, 1997.

¹⁴ Vgl. Precht, Peter/Burkhard, Franz-Peter (Hrsg.). *Metzler Philosophie Lexikon*. Verlag J. B. Metzler, Stuttgart/Weimar 1996. S. 53.

¹⁵ Vgl. Kant, Immanuel. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Reclam, Stuttgart 1984. S. 58ff. Kant geht hier noch viel weiter, indem er postuliert, dass in solches Gesetz unabhängig von aller Beschaffenheit der Gegenstände des Willens formuliert werden muss, da sonst wieder ein Naturgesetz in Gestalt von Neigungen und Leidenschaften wirksam wird. Dies in den Zusammenhang mit unserem Thema zu stellen wäre zwar äußerst interessant, stellt aber nur einen kleinen erkenntnistheoretischen Teil des Gesamtunterfangens dar und würde den

Geht man nun von Gesundheit als Konzept aus, das autonom von anderen Konzepten besteht und in eine bestimmte Lebensumgebung eingebunden ist, steht exakt diese Deutung im Zentrum. Das korrespondiert beispielsweise auch mit Th. Adorno, der den Begriff der Autonomie in den gesellschaftstheoretischen Bereich überträgt: Der Mensch bedarf zu seiner Autonomie der Freiheit von ihn fremdbestimmenden gesellschaftlichen Kräften.¹⁶ Für die je-eigene Gesundheit gilt dies umso mehr als die Auseinandersetzung mit der Umwelt eine im Subjekt befindliche Kompetenz benötigt, die einerseits (sich selbst) von den Umfeldbedingungen zu abstrahieren und andererseits über die gleiche Vermittlungsinstanz zu integrieren vermag. Wenn man so will sind die Umstände als etwas gegebenes anzusehen, in dem man eingebettet ist und das man annehmen oder eben verändern kann. Autonom bedeutet, sich selbst oder das System so anzunehmen, wie man/es ist oder auch einen der beiden Faktoren verändern bzw. anpassen zu können.

Soweit zum autonomen Zugang zur Salutogenese. Weiters ist sie, Antonovsky folgend, auch *dynamisch*, was in gewissem Sinne *anpassend* bedeutet. Ohne Dynamik bleibt der Einzelne genauso wie die Umwelt starr und unangepasst, was für die gedeihliche Entwicklung von Gesundheit (ebenso wie der Mangel an Autonomie) subjektiv gefühlte und sich objektiv entwickelnde negative Auswirkungen zeitigt.

Die hier angesprochene, für den Einzelnen in Auseinandersetzung mit der (Um-)Welt unbedingt notwendige Erfordernis zwischen Beharrung und Veränderung ist nicht neu. Ursprünglich bezeichnet *Dynamis* (δύναμις), diesmal

Rahmen der hier angestellten Untersuchung bei weitem sprengen. Eventuell kann die Darstellung dieser, durchaus fruchtbar zu bearbeitenden Frage, in einer eventuellen Folgearbeit geleistet werden.

¹⁶ Vgl. Adorno, Theodor W. *Negative Dialektik*. Frankfurt 1966, Aber auch seine Kapitalismuskritik schwingt hier sehr stark mit. Das zeigt auch Horkheimer Darstellung, dass im Kapitalismus lebensfördernde Maßnahmen wie hygienische Mindeststandards, die ein qualitativ besseres und längeres Leben ermöglichen würden, nicht primär den Menschen, sondern der totalen Integration in den Produktionsprozess dienen. (Vgl. Vennmann, Stefan: Zur Grammatik medizinischer Herrschaft – Reflexionen zur biopolitischen Medizin bei Foucault, Horkheimer und Adorno, fn 5, in: Gerhards, Helene / Braun, Kathrin. *Biopolitiken – Regierungen des Lebens heute*. Springer, S. 353-375.) Ohne diese Autonomie ist keine wie auch immer geartete „herrschaftsfreie“ Gesundheit, und damit Gesundheit an sich, möglich.

Aristoteles folgend, die noch nicht realisierte Möglichkeit, zu der aber eine Fähigkeit (der Potenz) der Umsetzung gehört – im Gegensatz zur *Entelecheia* (ἐντελέχεια), dem praktischen Akt, der realen Umsetzung dieser Potenziale.¹⁷ Die mit beiden Prinzipien vollendete Natur nennt Aristoteles „eidetisch“.¹⁸ Es ist die unserem Wesen entsprechende Natur. Diese Bewegung strebt also hin zu einem bestimmten Ziel (Telos), das aber nicht von außen gesetzt, sondern in der gesamten Natur angelegt ist. Dieses Hindrängen auf ein Ziel, die Entelechie also, entspricht der voll entfalteten Natur.¹⁹ Mensch und Gesellschaft werden von Aristoteles als ein „fortschreitendes Wachstum“ dargestellt.²⁰ Das zeigt sich zum einen in der biologischen Entfaltung bis zur vollen Entfaltung der Vernunft, und zum anderen in der sozialen Dynamik in der Familie, in der Gemeinde und im Staat²¹ Zur vollen Entfaltung seines Wesens kann der Mensch deshalb erst in der Polis gelangen, weil nur die alle Lebensverhältnisse (individuelle, soziale, politische, ökonomische, geistige, etc.) umfasst. Diese Dynamik, die uns zur Entelechie bringt, ist für den sozialen Körper, aber auch für das Individuum von entscheidender Bedeutung. Nur mit einer solchen Dynamik kann eine prosperierende Gesellschaft und gleichermaßen ein wohlentwickelndes Individuum gedacht werden.

In exakt derselben Weise werden beide Prinzipien für Gesundheit benötigt. Einerseits Autonomie, um sich von Begleitumständen zu trennen, standhaft zu bleiben und zu bestehen. Andererseits auch Dynamik, um sich oder die Begleitumstände anpassen zu können, zu adaptieren und entwickeln. Es ist der wechselnde, dialektische Einfluss beider Prinzipien, die für Gesundheit

¹⁷ Vgl. Aristoteles. *Metaphysik*. IX/8. Ebenso: Schlüter, Dietrich. Akt/Potenz. In: *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Band 1, S. 134–142. Aristoteles' Dynamiklehre hielt sich übrigens, bis auf wenige Ausnahmen, bis ins 16. Jahrhundert.

¹⁸ Vgl. Aristoteles. *Physik*, XVIII/193-194a. Vgl. auch: Sonderegger, Erwin. *Aristoteles' Theorie der Natur betrachtet unter den Bedingungen unserer heutigen hermeneutischen Situation*. S. 101 sowie S. 105, abrufbar unter: <https://philarchive.org/archive/ERWATD> (12.07.2023).

¹⁹ Aristoteles. *Metaphysik*. IX/8.

²⁰ Aristoteles. *Politik*. I/2, 1252a.

²¹ Ebenda, I/2 1252b.

des Einzelnen, der Familie aber auch der Gesellschaft im großen Sorge tragen. Erst wenn die Einbettung des Individuums in dessen Um-Welt gelingt, kann dauerhaft Gesundheit erarbeitet werden.

Das solcherart dynamische Konzept der positiven Gesundheit basiert also auf der Idee, dass Gesundheit ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens ist und nicht nur das Fehlen von Krankheit. Um ein solches Wohlbefinden zu generieren, benötigt das Individuum drei Punkte, nach denen es sich orientieren kann. Es sind dies die von Antonovsky festgestellten Dimensionen: a) Verstehbarkeit des Umfelds, b) die Handhabbarkeit der Begleitumstände und c) die Bedeutsamkeit, die das Individuum der Umwelt einräumen kann und will.²²

Die beiden Elemente, Autonomie (nach Kant) und Dynamik (nach Aristoteles) in der hier dargelegten Bedeutung, fundieren philosophisch die Grundlage des im Sinne der Salutogenese unabdingbaren *Kohärenzsinn*s. Erst wenn beide Prinzipien vorhanden sind, kann eine sinnvolle salutogene Orientierung aufgebaut werden, die ein „andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens“²³ etabliert, welches Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zu konstituieren in der Lage ist.²⁴

²² Vgl. Antonovsky, Salutogenese, 1997, u.v.a.

²³ Antonovsky, Aaron. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass, San Francisco 1987, S. 19.

²⁴ Ich vermeide hier bewusst die Weiterführung der Konzeption des Kohärenzsinn's zu einem „Sinn FÜR Kohärenz“, dem neben den drei genannten Dimensionen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit die Kategorien Sicherheit, Ermächtigung und Bewältigung zugeordnet sein müssen. Dies würde den Rahmen des Aufsatzes sprengen und wurde bereits grundgelegt in: Meier Magistretti/Claudia, Topalidou, Anastasia/Meineke, Franziska. Sense FOR Coherence – der Sinn FÜR Kohärenz: Annäherungen an ein mögliches Konzept. In: Meier Magistretti, Claudia (Hrsg.) / Lindström, Bengt/Eriksson, Monica. *Salutogenese kennen und verstehen*. Hogrefe, Bern 2019. S.119-135 ausgearbeitet. Vgl hier vor allem S. 132f. Eine Weiterführung dieser konzeptionellen Linie erscheint jedenfalls wichtig und könnte fruchtbar in Forschung und Praxis eingesetzt werden.

III

In ebendiese Tradition – ob nun bewusst oder unbewusst – stellen sich nicht nur die „subjektiven Gesundheitskonzepte“²⁵, sondern vor allem auch die, relative „Objektivität“ in Anspruch nehmenden institutionalisierten Gesundheits- und Krankheitskonzepte wie eben die Salutogenese.²⁶ Philosophisch gesprochen kann man im Gesundheits-, aber auch im Krankheitsbereich von zwei *substanziellen Gegebenheiten* ausgehen, was Salutogenese, Pathogenese sowie das Biopsychosozialität betrifft: Zum ersten kann man von einer objektiv nachvollziehbaren Welt sprechen, wenn es um „hard-facts“ geht. Das sind objektiv messbare, beobachtbare, berechenbare, datenbasierte Körper- und Erlebnishorizonte. Hier geht es um alles Materielle, um die Physis und Gegenständliche. Ich nenne diese Substanz der Einfachheit halber *Materie*. Zum

²⁵ Vgl. Faltermayer, Toni / Kühnlein, Irene. *Subjektive Gesundheitskonzepte im Kontext: Dynamische Konstruktionen von Gesundheit in einer qualitativen Untersuchung von Berufstätigen*. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Jahrgang 8, Heft 4, Oktober 2000, Hogrefe, Göttingen 2000. Die beiden Autoren stellen hier die subjektiven Zugänge arbeitender Menschen zu Gesundheit dar und kommen zur Einsicht, dass die Befragten Gesundheit nicht unabhängig von sozialer Situation und biographischen Erfahrungen wahrnehmen. Relevant sind vor allem die Kontexte wie Beruf, Familie, eigenes Körperverständnis oder auch einschneidende Lebenserfahrungen, die untrennbar mit dem subjektiven Gefühl von Gesundheit verbunden sind. (vgl. ebenda). sowie Faltermaier, Toni. Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Köln 2020, abrufbar unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/subjektive-gesundheit-alltagskonzepte-von-gesundheit/> (12.09.2023). Faltermeier zeigt in diesem Artikel sehr anschaulich die Bedeutung des Sozialen auf Wellbeing und Gesundheit. Es geht vor allem darum, wie Menschen durch ihre Sozialisation und Erfahrung ein subjektives Verständnis von Gesundheit entwickeln. Er zeigt die unterschiedlichen Theorien (zB. basierend auf Risiko, Ressourcen, Schicksal, Balance und Ausgleich) auf, wie diese subjektiven Einstellungen und Erfahrungen gestrickt sind. Die damit verbundenen Vorstellungen und Kompetenzen wirken versteckt in einem, wie er es nennt, *Laiengesundheitssystem*. Damit vermag die Gesellschaft bzw. eine Gruppe Krankheiten zu vermeiden, zu erkennen und bis zu einem gewissen Grad auch selbst zu behandeln (vgl. ebenda).

²⁶ Vgl. Antonovsky, a.a.O. Sowie: Misamer, Melanie. Gesundheit und Krankheit – Basiskonzepte der Gesundheitswissenschaften. In: Marcel Hackbart, Marcel (Hrsg.). *Gesunde Vielfalt pflegen. Band 2, Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Prävention, Intervention und Rehabilitation*. Waldschlösschen Verlag, Göttingen 2021. S. 11-29. Hier geht es um die klassischen Modelle von Gesundheit und Krankheit. Beginnend mit dem Konzept der Salutogenese über das pathogenetische Modell, wobei sich beide Modelle gegenseitig ergänzen können. Auch das biopsychosoziale Modell, das verschiedene Faktoren (biologische, psychische und soziale) miteinander in Beziehung setzt, wird dort beleuchtet (vgl. ebenda).

zweiten gibt es den Bereich des Sinns, der individuellen und sozialen, kulturellen, psychischen Bestimmtheit und Individualität. Es ist der Bereich, der sich nicht objektiv messen und zählen lässt, der Bereich der Eigentümlichkeit. Dafür nehme ich als Arbeitsvokabel zur Beschreibung dieser „soft-facts“ im Hinblick auf den philosophischen Gehalt in dieser Untersuchung das Vokabel *Form*.

Nach der bestehenden Literatur zur Salutogenese kann eine Vielfalt an Dimensionen ausgemacht werden, die den salutogenen Prozess in wissenschaftlich positiver Form bestimmen, ihn in Gang bringen und auf Dauer stellen. Es gibt dabei sechs Dimensionen der positiven Gesundheit, die alle interaktiv sind und sich gegenseitig beeinflussen. Drei davon werden der *Materie* und drei der *Form* zugeordnet. Auf Seiten der Materie, der körperlichen, messbaren und berechenbaren Welt stehen Körper, Gesellschaft und Beruf. Auf Seiten der Form, also der nicht ein-eindeutig zählbaren, „weichen“ Faktoren wiederum stehen Psyche, Gefühl und Seele. Ich bespreche in aller Kürze alle sechs Dimensionen und ordne sie der jeweiligen *philosophischen Substanz* zu (Vgl. Abb. 1).

Materie	Form
1. Körper	1. Psyche
2. Gesellschaft	2. Gefühl
3. Beruf	3. Seele

Abb. 1: Substanzen und Dimensionen der Salutogenese

Zuerst die Seite der Materie. Hier finden sich:

1. Körperliche Dimension: Es geht um die körperliche Gesundheit, die Fitness, Beweglichkeit, Flexibilität und Kraft.
2. Soziale Dimension: Die soziale Gesundheit bezieht sich auf Beziehungen zu anderen Menschen und auf eine starke Gemeinschaft. Es umfasst Familien, Arbeitskollegen, Freundeskreis, soziale Netzwerke und Wechselwirkungen mit Menschen und der Umwelt.
3. Berufliche Dimension: Die berufliche Gesundheit bezieht sich darauf, wie zufrieden man mit der Arbeit ist, die man ausführt, und wie gut man seinen Arbeitsplatz gemeistert hat. Es geht um beruflichen Erfolg und Zufriedenheit.

Auf der Seite der Form finden sich:

1. Geistige Dimension: Hier geht es um das Gehirn und den Verstand. Geistige Gesundheit bedeutet kognitive Fähigkeiten, emotionale Stabilität, positives Denken und Entspannung.
2. Emotionale Dimension: Hier geht es um das Gefühlsleben und die Affekte. Dazu gehören Gefühle wie Liebe, Vertrauen, Freude, Angst und Traurigkeit. Emotionale Gesundheit bedeutet, dass man seine Gefühle akzeptieren und verarbeiten kann, und ein Gefühl von Wohlbefinden hat.
3. Spirituelle Dimension: Spiritualität geht über die Religion hinaus und umfasst Glaubenssysteme, Weltanschauungen und Werte. Eine spirituelle Dimension bezieht sich auf eine starke innere Kraft, die uns in schweren Zeiten hilft.

Alle Dimensionen der positiven Gesundheit können miteinander verbunden werden und beeinflussen sich gegenseitig. Eine Blockade oder ein Ungleichgewicht in einer Dimension kann so das Gesamtbefinden beeinträchtigen. Daher ist es wichtig, alle Aspekte des Wohlbefindens zu pflegen, um ein gesundes Gleichgewicht zu erreichen.

Die Salutogenese berücksichtigt die Tatsache, dass Menschen unterschiedliche Krankheiten oder Krankheitsbelastungen haben können, aber dennoch gleichzeitig ein hohes Maß an Gesundheit und Wohlbefinden erleben können. Dies wird erreicht, indem der Fokus von der Krankheit weg und hin auf auf die Faktoren gerichtet wird, welche die Gesundheit unterstützen und fördern. Das ist auch der Ursprungsgedanke, mit dem Antonovsky die Salutogenese etablierte.

IV

Die Salutogenese basiert, dem oben angeführten Ursprungsgedanken folgend, vor allem auf zwei philosophischen Konzepten: namentlich der *Humanistischen Psychologie* und der *Phänomenologie*. Zusätzlich interveniert eine *systemische Sichtweise*, die als Vermittler zwischen beiden Konzepten fungiert. Alle drei Teile werden im Folgenden kurz dargestellt und in den Zusammenhang mit der Salutogenese gestellt.

Phänomenologie

Die Phänomenologie ist eine philosophische Strömung, die sich mit der Erforschung der menschlichen Erfahrungswelt und der Bedeutung von Bewusstsein, Wahrnehmung und Sinnggebung beschäftigt.²⁷ Es ist vor allem

²⁷ Ein Phänomen griech.: φαίνόμενον (Phainomenon) im ursprünglich philosophischen Sinn ist ein *ans Licht Kommendes*, etwas, *das sich zeigt*. Es bezeichnet zum einen das *Evidente*, das man mit Händen oder Gedanken erfassen und erfahren kann. Es kann aber auch das den Sinnen *Erscheinende* darstellen und so die Einteilung der Welt in Erkanntes und Verborgenes vornehmen. Die erste Evidenz für die epistemische Beschäftigung damit finden wir bei Anaxagoras, der darlegt, dass die Menschen nicht unterscheiden können, was wahrhaft existiert. (Anaxagoras. Fragmente, Frgm6ff. In: Nestle, Wilhelm. *Die Vorsokratiker*. VMA-Verlag, Wiesbaden 1956. S.144ff.) Phänomenologie als philosophische Disziplin ist in der Folge dieser Sicht als die Theorie des Scheins und seines Einflusses in die Richtigkeit und Unrichtigkeit der menschlichen Erkenntnis bei J. Lambert erstmalig in Erscheinung getreten. (Vgl. Lambert, Johann Heinrich. *Neues Organon oder Gedanken über die Erforschung und Bezeichnung des Wahren und dessen Unterscheidung von Irrthum und Schein*. Wendler, Leipzig 1764. Abrufbar unter: https://www.deutschestextarchiv.de/book/show/lambert_organon01_1764 (10.12.2023)).

Husserl zu verdanken, der in dieser Tradition postuliert, dass nur eine phänomenologische Philosophie den Vorbedingungen einer wahrlich strengen Wissenschaft genügen kann, weil eine naturalistische oder experimentelle Philosophie auf Vorurteilen und Existenzannahmen basiert, also sich nicht an den erkennbaren und wahren Gegebenheiten orientiert. Er will „auf die ‚Sachen selbst‘ zurückgehen“.²⁸ Diese Ausrichtung beschreibt die gesamte Strömung der Phänomenologie. Das soll auch sicherstellen, dass nur die Evidenzen als wissenschaftliche anerkannt werden, die sich aus dem unmittelbaren Erleben und dem Bewusstsein, bzw -werden ableiten lassen. Husserl stellt dies wie folgt dar: „Phänomenologie bezeichnet eine an der Jahrhundertwende in der Philosophie zum Durchbruch gekommene neuartige deskriptive Methode und eine aus ihr hervorgegangene apriorische Wissenschaft, welche dazu bestimmt ist, das prinzipielle Organon für eine streng wissenschaftliche Philosophie zu liefern und in konsequenter Auswirkung eine methodische Reform aller Wissenschaften zu ermöglichen.“²⁹

In der Gesundheitsdebatte hat die Phänomenologie, ihrer Ideengeschichte folgend, verschiedene Ansatzpunkte:

1. Patientenerfahrung: Die Phänomenologie betont die Bedeutung der Erfahrung des Patienten. Sie legt den Fokus auf die subjektive Wahrnehmung von Symptomen, Schmerzen oder Krankheiten und versucht, die Bedeutung dieser Erfahrungen für das individuelle Erleben zu verstehen. Dadurch können phänomenologische Ansätze dazu beitragen, die Patientenperspektive in den Vordergrund zu stellen und die medizinische Diagnose und Behandlung an die Bedürfnisse des Einzelnen anzupassen.

2. Körperlichkeit und Krankheit: Die Phänomenologie untersucht die Bedeutung des Körpers für das menschliche Leben. Sie betrachtet den Körper

²⁸ Husserl, Edmund. *Logische Untersuchungen, Zweiter Teil. Untersuchungen zur Phänomenologie und Theorie der Erkenntnis*. Max Niemayer, Halle an der Saale 1901, Einleitung, §2, S. 7.

²⁹ Husserl, Edmund. *Phänomenologische Psychologie. Vorlesungen Sommersemester. 1925*. [Phenomenological psychology. Lectures from the summer semester. 1925.] Edited by Walter Biemel. The Hague, Netherlands: Martinus Nijhoff, 1968. S. 277. Abrufbar unter: http://www.husserlpage.com/hus_iana.html (12.12.2023).

nicht nur als biologisches Objekt, sondern auch als Ankerpunkt für die Erfahrungen und Handlungen des Menschen. In der Gesundheitsdebatte kann die phänomenologische Perspektive dazu beitragen, das Verständnis von Krankheiten und Körperlichkeit zu erweitern und die Wechselwirkungen zwischen Körper, Geist und Umwelt zu berücksichtigen.

3. Patient-Arzt-Beziehung: Die Phänomenologie untersucht auch den intersubjektiven Aspekt der Erfahrung, insbesondere im Kontext der Patient-Arzt-Beziehung. Sie betont die Bedeutung des zwischenmenschlichen Dialogs und der empathischen Beziehung zwischen Arzt und Patient für das Wohlbefinden des Patienten. Phänomenologische Ansätze können dazu beitragen, die Kommunikation und Interaktion in der medizinischen Praxis zu verbessern und die ganzheitliche Behandlung von Patienten zu fördern.

Insgesamt kann die Phänomenologie jedenfalls dazu beitragen, die menschliche Erfahrung und Bedeutungswirklichkeit in der Gesundheitsdebatte zu berücksichtigen und somit zu einer umfassenden und patientenorientierten Gesundheitsversorgung beizutragen.

Humanistische Psychologie

Auf der Husserlschen Phänomenologie aufbauend, aber auch auf Teilen des philosophischen Werkes des Existenzialismus von Buber, Kierkegaard und Nietzsche, entwickelte sich die Philosophie, die hinter der humanistischen Psychologie steht. Diese stellt eine weitere Source für die Salutogenese dar. Vor allem Bubers Standpunkt sei an dieser Stelle kurz umrissen: Das, was der Mensch ist, ist genau das, wozu er sich selbst durch seine Tathandlungen macht. Dieses Handeln bestimmt auch sein Wesen. Mit dieser Haltung gewinnt der existentiell gelebte und erfahrene Augenblick zentrale Bedeutung.

Im selben Atemzug erreicht das Individuum Verantwortung und einen gewissen Entscheidungsspielraum mit dem die für die Salutogenese so wichtige Autonomie, Identität und menschliche Würde möglich wird.³⁰

Ausgehend von der Phänomenologie und der Buberschen Dialogik gelten Maslow, Satir und Rogers als Begründer der Humanistischen Psychologie.³¹ Mittlerweile kristallisierten sich dahingehend folgende Grundannahmen als Basis (auch) der Salutogenese heraus: A) Der Mensch ist mehr als die Summe seiner Teile, B) Der Mensch lebt in zwischenmenschlichen Beziehungen, C) Der Mensch lebt bewusst und kann seine Wahrnehmungen schärfen, D) Der Mensch kann entscheiden und E) Der Mensch ist intentional.³²

Die Humanistische Psychologie betont, und das ist für ihre Folgerungen zur Salutogenese zentral, dass jeder Mensch ein individuelles Potenzial hat, um sich zu entwickeln und seine eigene Gesundheit zu fördern. Ihre, dabei übertragene Phänomenologie geht davon aus, dass die subjektive Wahrnehmung des Einzelnen von zentraler Bedeutung für das Verständnis von Gesundheit ist. Im Fokus stehen hierbei also nicht nur objektiv messbare Indikatoren, sondern auch die individuelle Erfahrung der Gesundheit.

Die humanistische Psychologie, die in den 1950er Jahren aufkam, gründete sich auf die Idee, dass der Mensch im Mittelpunkt des Verständnisses von psychologischen Prozessen stehen sollte. Sie legte den Schwerpunkt auf

³⁰ Vgl. Buber, Martin. *Ich und Du*. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1999. Buber weist dabei auch massiv darauf hin, dass für die verschiedenen Menschen nicht nur der individuelle Bezug zum Kosmos, zur Welt, sondern vor allem auch die Ich-Du-Beziehung als „Begegnung“ von immenser Wichtigkeit sind. Damit meint Buber eine Haltung, ein dialogisches Prinzip, mit dem der Einzelne den Sinn für sein Leben in der Wirklichkeit stiftet. Vgl. ebenda. Das Prinzip der Begegnung ist allerdings allen dialogischen Schriften Bubers inhärent.

³¹ Vgl. American Association for Humanistic Psychology (AHP), wo die Geschichte der Bewegung und die Entwicklung der Schule gut nachvollziehbar dargestellt ist. Abrufbar unter: <https://ahpweb.org/what-is-humanistic-psychology/> (12.02.2023).

³² Vgl. Yalom, Irvin. *Existenzielle Psychotherapie*. Edition Humanistische Psychologie, Köln, 1989, S. 30f.

Selbstverwirklichung, persönliches Wachstum und die individuelle Bedeutung des Lebens. Obwohl die humanistische Psychologie einige positive Aspekte hatte, gibt es auch Philosophen, die ihr kritisches Feedback geben.

Die philosophische Kritik konzentriert sich dabei auf verschiedene Aspekte. Zunächst einmal wird argumentiert, dass die Betonung des Individuums und die Vernachlässigung des sozialen Kontextes zu einem unvollständigen Verständnis der menschlichen Natur führen.³³ Die humanistische Psychologie legt den Fokus auf das persönliche Wachstum und die Selbstverwirklichung des Einzelnen, ohne ausreichend zu berücksichtigen, wie soziale Strukturen, kulturelle Normen und institutionelle Bedingungen das Individuum prägen. Eine vollständige Perspektive sollte sowohl die individuelle Erfahrung als auch die soziale Dimension des Menschseins berücksichtigen.³⁴

Darüber hinaus erscheint die humanistische Psychologie als, ihrem Namen und Ursprung nach dem Idealismus entspringend, engagiert und überbewertet so in mehrfacher Hinsicht das menschliche Potenzial. Die Annahme, dass jeder Mensch die Fähigkeit hat, sich selbst optimal zu verwirklichen, blendet die Tatsache aus, dass Menschen unterschiedliche Ressourcen, Fähigkeiten und Lebensumstände haben. Die humanistische Psychologie neigt aber dazu, die individuelle Verantwortung zu betonen und dabei soziale Ungerechtigkeiten zu übersehen, die den Zugang zu Bildung, Ressourcen und Chancen begrenzen. So wird unter anderem argumentiert, dass die humanistische Psychologie grundsätzlich eine zu optimistische Sicht auf das menschliche Leben zeichnet und die Bedeutung struktureller Ungleichheiten vernachlässigt. Hier jedoch unterscheidet sich die Salutogenese von der humanistischen Psychologie. Sie verortet, wie weiter oben bereits ausgeführt, in ihrem Konzept zwar einen prinzipiellen Optimismus in der Struktur des Menschen, nimmt

³³ Vgl. Hutterer, Robert. *Das Paradigma der Humanistischen Psychologie*. Springer, Wien, 1998. Hier vor allem Kap. 9: Der kritische Kontext — Humanistische Psychologie in der Kritik und Kontroverse, S. 397–430.

³⁴ Gendlin, Eugene. *Würdigung und Problematik der Humanistischen Psychologie*. In: *Focusing-Journal* Nr. 1, 1998; (engl. Original in: *The Folio*, Vol. 13, No. 1. Chicago 1994). Abrufbar unter: <https://www.deutsches-focusing-institut.de/images/artikel-ueber-focusing/gendlin-humanistische-psychologie.pdf> (13.12.2023).

diesen aber im Lebensvollzug seiner eigenen Lebensrealität als nicht immer gegeben und eigenverantwortlich veränderbar an.

Ein weiterer kritischer Punkt in dieser Richtung, der allerdings sehr wohl auch gegen die Salutogenese drängt, betrifft die mangelnde empirische Basis der humanistischen Psychologie. Obwohl die humanistische Psychologie in den 1950er Jahren mit einigen innovativen Ideen begann, entwickelten sich andere Ansätze wie die kognitive Psychologie und die Neurowissenschaften weiter und wurden durch umfangreiche empirische Forschung gestützt. Im Vergleich dazu fehlt es der humanistischen Psychologie oft an strenger empirischer Forschung, was ihre Position in der psychologischen Gemeinschaft schwächt. Dabei wird argumentiert, dass die humanistische Psychologie zu abstrakt und spekulativ ist, ohne ausreichende empirische Evidenz für ihre Theorien und Konzepte. Dafür ist alles interaktional und gleichzeitig nicht objektivierbar. Das schwingt auch bei Eugene Gendlin mit, der noch mit Rogers persönlich zusammengearbeitet hat. Er legt für die Erstellung neuer Konzepte dar, dass, wenn *„es beispielsweise organismisches Wissen und innere Bewertung gibt, kann das Wort „Körper“ nicht mehr einfach eine Maschine bedeuten; es muss etwas bedeuten, das seinem Wesen nach interaktional ist und seine Handlungen von innen heraus entwirft.“*³⁵ Wobei hier auch salutogenetisch zwar nicht exakt dieselbe Ausrichtung, jedoch durchaus analog zu verortende Haltung eingenommen wird. Das Individuum bestimmt hier nämlich auch selbst die jeweilige Handhabbarkeit der Begleitumstände und die Bedeutsamkeit, die es seiner Umwelt einräumt oder auch nicht einräumt.³⁶ Allerdings muss, neben der philosophischen Kritik, konstatiert werden, dass es mittlerweile eine durchaus erhebliche und wichtige große Datenlage zu salutogenen Prozessen gibt. Alleine, diese wird in praxi wenig bis gar nicht bemerkt und/oder angenommen.³⁷

³⁵ Ebenda, S. 3.

³⁶ Vgl. Fn 22 und fn 23 dieses Textes.

³⁷ So ist beispielsweise auch das Konzept der „salutogenen Führung“, die das Gesundheits-erleben der Mitarbeiter in sehr großem Ausmaß bestimmt, kaum bekannt, bzw. wird nicht angewandt. Dabei dürfte es sich so verhalten, dass trotz aller Umbrüche im Alltag der Organisationen der Fokus weiterhin auf Verhinderung von (körperlichen) Gesundheitsschäden

Insgesamt trifft die philosophische Kritik der humanistischen Psychologie im Sinne der Salutogenese auf die Vernachlässigung des sozialen Kontextes, die Überbetonung des menschlichen Potenzials und die mangelnde empirische Grundlage. Dies bedeutet nicht, dass die humanistische Psychologie gänzlich ausgeklammert werden sollte, sondern dass sie in der Salutogenese zwar eine Basis darstellt, die weiterentwickelt wurde und weiterentwickelt werden muss. Dies passiert laufend, indem sie diese Kritikpunkte berücksichtigt und in einen breiteren theoretischen und empirischen Rahmen integriert.

V

Ein weiteres, wenn auch nicht streng philosophisches, so doch aus dem vorher dargebrachten folgendes Konzept in der Salutogenese ist die *systemische Betrachtung von Gesundheit*. Die Salutogenese betrachtet Gesundheit als ein Ergebnis des Zusammenspiels von biologischen, psychischen, sozialen und Umweltfaktoren. Somit ist die Gesundheit eines Individuums immer in eine größere Gesamtheit eingebunden und wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst.

Die systemische Betrachtung von Gesundheit ist ein Ansatz, der die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und anderen Faktoren im gesellschaftlichen, sozialen und individuellen Kontext untersucht. Diese Betrachtungsweise basiert auf der Idee, dass Gesundheit nicht isoliert betrachtet werden

liegt, die generelle Verantwortung für die Gesundheit der Mitarbeiter de facto noch immer auf den breiten Schultern von Betriebsärzten, der Arbeitssicherheit und in weiterer Folge den Krankenkassen und dem allgemeinen Gesundheitssystem ruht. Selbst Organisationen, welche sich dezidiert um betriebliche Gesundheitsförderung bemühen und z.B. sogenannte Gesundheitsprojekte durchführen, erhärten diese Diagnose. In Anlehnung an das Konzept der Salutogenese sind damit die Führungskräfte beziehungsweise ihr Führungsstil sowie die Führungskultur eines Betriebes an erster Stelle ausschlaggebend für Gesundheit oder Krankheit der Mitarbeiter. (vgl. Warhanek, Christoph/Koller, Sigrun. *Salutogene Führung. Serie: Wer für gesunde Mitarbeiter zuständig ist*. Springer Professional Media, Bereich Medizin, Artikel vom 13. April 2011. Abrufbar unter: https://www.oeggo.at/wp-content/uploads/2017/01/13_Warhanek_Koller_Salutogene_Fuehrung.pdf (14.12.2023).

kann, sondern in einem größeren System von Beziehungen und Interaktionen existiert. In der philosophischen Analyse der systemischen Betrachtung von Gesundheit werden verschiedene Konzepte und Ansätze untersucht, um ein umfassendes Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu entwickeln.³⁸

Ein wichtiger Aspekt der systemischen Betrachtung von Gesundheit ist die Anerkennung der Wechselwirkungen zwischen Körper, Geist und Umwelt. Diese Betrachtungsweise ist stark von philosophischen Ansätzen wie dem Holismus beeinflusst, der davon ausgeht, dass der ganze Mensch und nicht nur einzelne Aspekte seiner Existenz betrachtet werden sollten. Gesundheit wird demnach nicht nur als das Fehlen von Krankheit definiert, sondern als ein Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens.

In der philosophischen Analyse der systemischen Betrachtung von Gesundheit werden auch die Auswirkungen von Machtstrukturen und sozialen Determinanten auf die Gesundheit beleuchtet. Hierbei wird betrachtet, wie soziale, politische und wirtschaftliche Strukturen die Gesundheit der Einzelnen beeinflussen können. Diese Analyse deckt auch die Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung sowie die gesundheitlichen Auswirkungen von sozialen Benachteiligungen auf.

Ein weiterer philosophischer Aspekt der systemischen Betrachtung von Gesundheit ist die Anerkennung der Komplexität und Unvorhersehbarkeit des

³⁸ Vgl. hierzu auch das grundlegende *Konzept der biopsychosozialen Gesundheit und Krankheit* nach George Engel (1977), auf das in dieser Publikation auch im Beitrag von Günther Fleck näher eingegangen wird. Durch unsere Diskussionen verdanke ich im Übrigen Günther Fleck den Hinweis zur Relevanz desselben. An dieser Stelle sei nur erwähnt, dass Engel maßgeblich die praktische Form der Salutogenese nach Antonovsky geprägt hat. Sein Modell basiert auf der Annahme, dass die Gesundheit und Krankheit eines Menschen durch eine Kombination von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren bestimmt werden und eine ganzheitliche Herangehensweise bestimmend ist. Er ist auch einer der wichtigsten Ressourcen für das schon weiter oben genannten biopsychosozialen Modells (vgl. fn 17). Vgl. Engel, George. *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. Science, Volume 196, Issue 4286, April 1977, S. 129-136. Bzw. zur philosophischen Einbettung: Spike, Jeffrey. *The Philosophy of George Engel and the Philosophy of Medicine*. In: Philosophy, Psychiatry, & Psychology, Volume 14, Number 4, December 2007, Johns Hopkins University Press 2007, S. 315-319.

Gesundheitszustands. Gesundheit wird hier nicht als statischer Zustand betrachtet, sondern als Ergebnis einer Vielzahl von Variablen, die sich ständig verändern können. Diese Betrachtungsweise betont die Bedeutung von Anpassungsfähigkeit und Resilienz, da es notwendig ist, sich auf Veränderungen einzustellen und mit ihnen umzugehen.

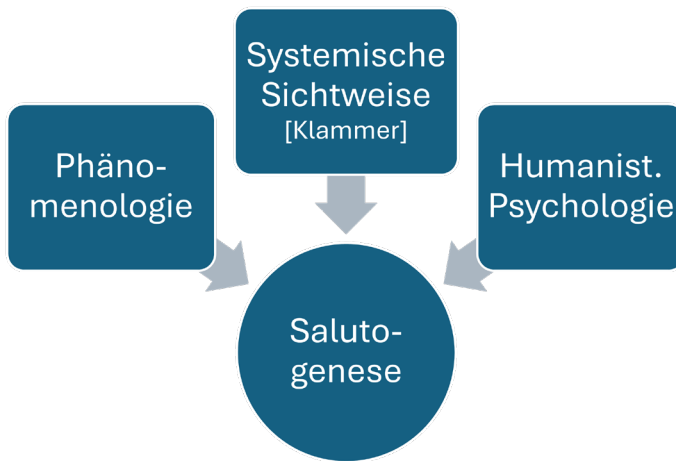


Abb2: Philosophische Anleihen der Salutogenese

In der philosophischen Analyse der systemischen Betrachtung von Gesundheit werden schlussendlich auch ethische Fragen aufgeworfen. Hierbei geht es um Fragen der Gerechtigkeit und der Verteilung von Ressourcen im Gesundheitssystem und im sozialen System generell. Die systemische Betrachtung von Gesundheit stellt dabei die Notwendigkeit heraus, gerechte und zugängliche Gesundheitsdienste für alle Menschen sicherzustellen, unabhängig von sozialer Herkunft, Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit.

Die Salutogenese betont in dieser systemischen Sicht die Komplexität und Wechselwirkungen im sozialen und individuellen Kontext und fordert eine gerechte Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen. Diese Betrachtungsweise trägt dazu bei, den Blick auf die Gesundheit zu erweitern und

ermöglicht es, die verschiedenen Faktoren zu erkennen, die unsere Gesundheit beeinflussen.

Fazit

Gesundheit ist ein menschliches Fundamentalkriterium, das nur mittels seines Gegenbegriffs (Krankheit) definierbar und alle human- bzw. sozialwissenschaftlichen Bereiche miteinschließt. Beide zusammen etablierenden Lebensvollzug des Menschen. Die individuellen und sozialen Gegebenheiten zusammenfassend basiert die Salutogenese auf der Überzeugung, dass Gesundheit ein autonomes Konzept ist, das sowohl individuelle Komponenten als auch soziale, kulturelle und Umweltfaktoren einschließt. Sie berücksichtigt die subjektive Wahrnehmung von Gesundheit und betont die Bedeutung der individuellen Verantwortung für die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden.

Die philosophisch dahinterliegenden Konzepte können als wissenschaftstheoretisch positives Gesamtkonstrukt verstanden werden, in der die in Kantischer Tradition verstandene Autonomie mit Aristotelischer Dynamik eideistisch korrespondiert. Beides, Autonomie und Dynamik fundiert den Kohärenzssinn, der ohne holistischen Zugang zum typisch menschlichen Sein nicht möglich wäre. Dieses besteht in seiner strukturellen Systematik auf Materie (Körper, Gesellschaft, Beruf) und Form (Psyche, Gefühl, Seele). Durch ihre philosophischen Fundamente im Schnittpunkt von Phänomenologie und humanistischer Psychologie wird eine systemische Sichtweise auf den Menschen und dessen Gesundheit konstruiert, die ebenso konstruktivistisch evident wie empirisch abgesichert ist. Dabei findet nicht alleine die Sphäre des „Systems Gesundheit“ Beachtung. Es geht um viel mehr: namentlich um einen gesamtheitlichen, kritisier- und veränderbaren Ansatz für den gelungenen Lebensvollzug der Menschen als Individuen für sich und als Gesellschaft miteinander.

Literaturverzeichnis

- Adorno, Theodor W. *Negative Dialektik*. Frankfurt 1966
- Antonovsky, Aaron. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass, San Francisco 1987
- Antonovsky, Aaron: *Salutogenese - Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. dgvt, Tübingen 1997
- Aristoteles. *Metaphysik*. Rororo, Reinbeck 1994
- Aristoteles. *Physik*. Meiner, Hamburg 1987
- Aristoteles. *Politik*. Dtv, München 1998
- Beauchamp, Tom / Childress, James. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th Edition, Oxford University Press 2008
- Buber, Martin. *Ich und Du*, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1999
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Köln 2020
- Gerhards, Helene / Braun, Kathrin. *Biopolitiken – Regierungen des Lebens heute*, Springer, Stuttgart 2019
- Hackbart, Marcel (Hrsg.). *Gesunde Vielfalt pflegen. Band 2, Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Prävention, Intervention und Rehabilitation*. Waldschlösschen Verlag, Göttingen 2021
- Hartmann, Fritz/Linzbach, Johannes/Nissen, Rudolf/Schaefer, Hans (Hrsg.). *Medizin 1*, Fischer TB, Frankfurt am Main 1959. S. 168.
- Husserl, Edmund. *Logische Untersuchungen, Zweiter Teil. Untersuchungen zur Phänomenologie und Theorie der Erkenntnis*, Max Niemayer, Halle an der Saale 1901

- Husserl, Edmund. *Phänomenologische Psychologie. Vorlesungen Sommersemester. 1925.* [Phenomenological psychology. Lectures from the summer semester. 1925.] Edited by Walter Biemel. The Hague, Netherlands: Martinus Nijhoff, 1968
- Hutterer, Robert. *Das Paradigma der Humanistischen Psychologie.* Springer, Wien 1998
- Kant, Immanuel. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten.* Reclam, Stuttgart 1984
- Kneucker, Alfred. *Richtlinien einer Philosophie der Medizin,* Verlag Wilhelm Maudrich, Wien 1949
- Kriwy, Peter/Jungbauer-Gans, Monika (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitssoziologie,* Springer VS, Wiesbaden 2020
- Lambert, Johann Heinrich. *Neues Organon oder Gedanken über die Erforschung und Bezeichnung des Wahren und dessen Unterscheidung von Irrthum und Schein,* Wendler, Leipzig 1764
- Meier-Magistretti, Claudia. (Hrsg.) / Lindström, Bengt/Eriksson, Monica. *Salutogenese kennen und verstehen,* Hogrefe Verlag, Bern 2019
- Nestle, Wilhelm. *Die Vorsokratiker.* VMA-Verlag, Wiesbaden 1956
- Popper, Karl. *Logik der Forschung,* Mohr Siebeck 2005.
- Popper, Karl/Lindahl B/Arhem P. A discussion of the mind-brain problem. In: *Theor Med. Vol. 14,* Nr. 2, 1993
- Precht, Peter / Burkhard, Franz-Peter (Hrsg.). *Metzler Philosophie Lexikon.* Verlag J. B. Metzler, Stuttgart/Weimar 1996
- UNO. *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung,* Ottawa, 21. November 1986
- Wuketits, Franz/Budin, Gerhard/Feigl, Walter/Oeser, Erhard. *Karl Popper und die Medizin,* Facultas WUV, Wien 2007

Yalom, Irvin. *Existenzielle Psychotherapie*; Edition Humanistische Psychologie,
Köln 1989

**Kohärenzsinn, persönliches Wachstum
und die Methode der systematischen Selbstreflexion:
Bedeutung für die Salutogenese**

Günther Fleck

*Soll unser Leben nicht in Zerstreuung verlorengelassen,
so muß es in einer Ordnung sich finden.*

Karl Jaspers

Jaspers (1980, S. 92) diskutiert im Konzept seiner philosophischen Lebensführung die Notwendigkeit der Schaffung einer persönlichen Ordnung, soll nicht Zerstreuung und Orientierungslosigkeit zum bestimmenden Faktor des Lebensvollzugs werden. Die Gefahr dabei zum Tagvergeuder zu verkommen, um einen Ausdruck des Schriftstellers Stefan Zweig (1994, S. 281) zu gebrauchen, drängt sich auf. In den Sozial- und Humanwissenschaften hat sich in den letzten Jahrzehnten eine Vielzahl von Ansätzen entwickelt, um für die genannte Problematik Lösungen zu finden. Es zeigte sich, dass Menschen ohne einen persönlichen Orientierungsrahmen Gefahr laufen, haltlos zu werden und aufgrund schlechter oder mangelhafter Problemlösungsstrategien körperliche und psychische Störungen entwickeln, gleichsam am Leben zu scheitern drohen (vgl. Bühler, 1969; Harkness & Hayden, 2020). In der vorliegenden Arbeit wird versucht, eine Synopse auf der Basis des von Aaron Antonovsky entwickelten Salutogenese-Modells als auch auf Überlegungen zum persönlichen Wachstum (vgl. Fadiman & Frager, 1994) zu konzipieren.

Zunächst wird das von Antonovsky (1979, 1987, 1996) entwickelte Konzept des Kohärenzsinn (Sense of Coherence) als zentrales Kernstück seines Salutogenese-Modells kurz umrissen. Für die deutsche Übersetzung des Begriffs Sense of Coherence besteht keine Einigkeit, und es werden die Begriffe Kohärenzsinn, Kohärenzgefühl, Kohärenzerleben oder Kohärenzempfinden verwendet (s. Singer & Brähler, 2007, S.14f.). Ich vertrete die Auffassung, dass der Begriff Kohärenzsinn die bessere Übersetzung bildet als die alternativen. Er ist nach meinem Verständnis umfassender, drückt der Begriff doch eine gewisse psychische Haltung der Welt und dem Leben gegenüber aus, die auch rationale Elemente enthält. Daher wird durchgehend der Begriff Kohärenzsinn bzw. die englische Abkürzungsform SOC (sense of coherence) verwendet.

Anschließend folgt die Präsentation eines Modells persönlichen Wachstums, das auf entwicklungspsychologischen Annahmen beruht. Es wird argumentiert, dass persönliches Wachstum mit einem Reifungsprozess einhergeht, der zur Herausbildung des SOC führt. Umgekehrt vermag ein entwickelter SOC Menschen bei ihrer Lebensbewältigung gute Dienste zu leisten. Diesen Zusammenhang mit seinen Folgen für die Salutogenese aufzuzeigen, ist wichtiges Anliegen der vorliegenden Arbeit. Abschließend wird die Methode der systematischen Selbstreflexion (Fleck, 1993, 1996, 1999) vorgestellt, deren Anwendung Individuen zu helfen vermag, ihren SOC zu entfalten und weiterzuentwickeln.

I. Problemaufriss

Die gelingende bzw. misslingende Bewältigung von Lebensproblemen ist eingebettet in ein subtiles Zusammenspiel von Individuum und Umwelt. So muss der Mensch danach trachten, Anforderungen, die von außen an ihn gerichtet sind und solche, die er sich selbst setzt, mit seinen Bedürfnissen, Wünschen und Interessen in Einklang zu bringen. Die Herstellung und Aufrechterhaltung eines psychischen Gleichgewichts hängen dabei von den je-

weils vorhandenen individuellen Verarbeitungs- und Bewältigungsmechanismen ab. Werden Anforderungen zu Herausforderungen oder gar Überforderungen, dann besteht die Gefahr eines Balanceverlustes.

Viele Menschen verfügen über sehr gute Bewältigungsmechanismen (Coping Strategien), um mit den unterschiedlichsten Belastungen fertig zu werden. Leider gibt es aber auch solche, die in diesem Zusammenhang hohe Defizite aufweisen und deren Bewältigungsversuche häufig scheitern, woraus Beeinträchtigungen und Störungen des Befindens sowie schwerwiegende körperliche und psychische Erkrankungen resultieren können (vgl. Cooper & Quick, 2017).

Lange Zeit hindurch legten die Medizin und die Klinische Psychologie ihr Hauptaugenmerk auf die Diagnose von Störungen und Erkrankungen und deren Behandlung. Die ursprünglich einfachen ätiopathogenetischen Modellvorstellungen (- in der Regel eine Ursache, eine Wirkung) von körperlichen und psychischen Erkrankungen wurden von verschiedenen Wissenschaftlern sukzessive erweitert. Besonders bekannt und vielfach rezipiert wurde das von dem Psychiater Georg Engel entwickelte biopsychosoziale Modell (Engel, 1977, 1980), das sich bis heute eine gewisse Aktualität und Gültigkeit bewahrt hat (vgl. Bolton, 2022; Papadimitriou, 2017). In diesem Modell wird der multifaktoriellen Verursachung von Krankheiten voll Rechnung getragen. Es wirken biologische, psychologische und soziale Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung zusammen, was sowohl bei der Diagnose als auch bei der nachfolgenden Therapie beachtet werden muss. Die weitere Entwicklung von systemtheoretischen Ansätzen und die Anerkennung multifaktorieller Verursachungs- und Heilungsprozesse in Diagnose und Therapie von Krankheiten brachten erstaunliche Fortschritte, aber die Fokussierung auf Krankheiten und Störungen blieb und bleibt weitgehend bestehen.

Seit den siebziger Jahren entwickelte der Medizinsoziologe und Stressforscher Aaron Antonovsky (1979, 1987, 1996) das salutogenetische Modell als Alternative zum ätiopathogenetischen, das den Schwerpunkt auf die Entstehung und Förderung von Gesundheit legt. Gelegentlich wird hier von einem

Paradigmenwechsel gesprochen, als würden Ätiopathogenese und Salutogenese einander ausschließen, was jedoch nicht zutrifft. Beide Ansätze haben ihren Stellenwert und ergänzen auf fruchtbare Weise einander. Fasst man die jeweilige Ausprägung des Kohärenzsinn bei einem Individuum als stabile und weitgehend situationsunabhängige Persönlichkeitseigenschaft auf, dann hat das ganze quasi einen schicksalhaften Charakter. Demnach ist ein gut oder schlecht entwickelter SOC kaum mehr veränderbar, eine Ansicht, die auch Antonovsky (1987, 1996) eingenommen hat. Vertritt man hingegen ein dynamisches Persönlichkeitskonzept (vgl. Paulhus & Martin, 1987, 1988), das von Fähigkeiten ausgeht, die mehr oder weniger gut entwickelt sein können, Lernprozessen unterliegen und sehr stark mit situativen Bedingungen interagieren, dann stellt sich die Frage nach Möglichkeiten für das Individuum, wie der Kohärenzsinn absichtlich und zielorientiert modifiziert werden kann. Es wird ein Versuch unternommen, die Frage zu durchleuchten, ob ein durchdachtes systematisches Reflektieren der eigenen Lebenssituation den SOC zu stärken vermag. Hierzu wird ein von mir entwickelter Ansatz zur systematischen Selbstreflexion vorgestellt und diskutiert (Fleck, 1993, 1996, 1999).

II. Kohärenzsinn

Herzstück der Salutogenese-Theorie Antonovskys bildet das von ihm entwickelte Konzept des Kohärenzsinn, das er aufgrund empirischer Untersuchungen herausarbeitete. (In der vorliegenden Arbeit wird durchgehend der Begriff Kohärenzsinn verwendet; davon im Deutschen ebenfalls gebräuchliche Bezeichnungen wie Kohärenzgefühl und Kohärenzerleben, werden ausgeklammert). Ein gut entwickelter Kohärenzsinn (Sense of Coherence, SOC) befähigt demnach Personen mit den Anforderungen, Herausforderungen und Überforderungen des Lebens konstruktiv umzugehen, ein schlecht entwickelter hingegen führt zu Frustration, Niedergeschlagenheit, Verzweiflung und Versagen. Langfristig bewirkt ein schlecht entwickelter Kohärenzsinn Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Gesundheit. Antono-

vsky legt dem Kohärenzsinn drei abgrenzbare Komponenten zugrunde: Verstehbarkeit (Comprehensibility), Handhabbarkeit (Manageability) und Bedeutsamkeit (Meaningfulness), die näher betrachtet werden sollen.

A. Komponenten des Kohärenzsinner

Verstehbarkeit bezieht sich nach Antonovsky (1997) „auf das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information und nicht als Rauschen – chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich. Die Person mit einem hohen Ausmaß an Verstehbarkeit geht davon aus, daß Stimuli, denen sie in Zukunft begegnet, vorhersagbar sein werden oder daß sie zumindest, sollten sie tatsächlich überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, daß hier nichts über die Erwünschtheit von Stimuli impliziert ist. Tod, Krieg und Versagen können eintreten, aber solch eine Person kann sie erklären (S. 34).“

Antonovsky definiert Handhabbarkeit formal als „das Ausmaß, in dem man wahrnimmt, daß man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, ausgehen. ‚Zur Verfügung‘ stehen Ressourcen, die man selbst unter Kontrolle hat oder solche, die von legitimierten anderen kontrolliert werden – vom Ehepartner, von Freunden, Kollegen, Gott, der Geschichte, vom Parteiführer oder einem Arzt – von jemanden, auf den man zählen kann, jemandem, dem man vertraut. Wer ein hohes Ausmaß an Handhabbarkeit erlebt, wird sich nicht durch Ereignisse in die Opferrolle gedrängt oder vom Leben ungerecht behandelt fühlen. Bedauerliche Dinge geschehen nun einmal im Leben, aber wenn sie dann auftreten, wird man mit ihnen umgehen können und nicht endlos trauern (S. 35).“

Bedeutsamkeit erachtet Antonovsky „als diejenige (Komponente), die das motivationale Element repräsentiert. Diejenigen, die sich nach unserer Einteilung ein starkes SOC hatten, sprachen immer von Lebensbereichen, die ihnen wichtig waren, die ihnen am Herzen lagen, die in ihren Augen ‚Sinn machten‘ – und zwar in der emotionalen, nicht nur in der kognitiven Bedeutung des Terminus. Ereignisse, die sich in diesen Bereich abspielten, wurden

tendenziell als Herausforderung und als wichtig genug angesehen, emotional in sie zu investieren und sich zu engagieren. (...). Im Gegensatz hierzu gaben diejenigen, denen wir ein schwaches SOC zuerkannten, kaum einen Hinweis darauf, daß ihnen irgendetwas im Leben bedeutsam erschien. Hiervon abgesehen gestanden sie widerstrebend zu, daß dieser oder jener Lebensbereich wichtig sei, aber nur in dem Sinn, daß er ihnen ermüdende Lasten auferlegte, unwillkommene Anforderungen, auf die sie gerne verzichtet hätten. Formal bezieht sich die Komponente der Bedeutsamkeit des SOC auf das Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: daß wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, daß man Energie in sie investiert, daß man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, daß sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre (S. 35f.).“

Zusammenfassend definiert Antonovsky (1997) das Kohärenzgefühl (SOC) wie folgt: „Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen (S. 36, im Original kursiv).“

In der deutschen Ausgabe von Alexa Franke (1997) des von Antonovsky 1987 publizierten Buches „Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well“ mit dem Titel „Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit“ wird abweichend von der üblichen Bezeichnung Sense of Coherence (SOC) die Bezeichnung „Orientation to Life Questionnaire“, also „Fragebogen zur Lebensorientierung“ verwendet. Die Herausgeberin Alexa Franke der deutschen Übersetzung hat diese Bezeichnung

übernommen, da sie der Meinung ist, dass für praktische Zwecke der Begriff Lebensorientierung geeigneter ist. In der vorliegenden Arbeit wird jedoch die Bezeichnung SOC beibehalten, da der Anspruch auf Lebensorientierung als überzogen erachtet wird.

Antonovsky (1997, S. 47-69) hat sich mit ähnlichen Konzepten, die andere Auffassungen von Gesundheit postulierten, kritisch auseinandergesetzt (s. z.B. Jensen et al., 1983; Kobasa, 1979; Moos, 1984; Reiss, 1981; Thomas, 1982; Werner & Smith, 1982), worauf aus Raumgründen nicht näher eingegangen werden kann.

B. Die psychodiagnostische Erfassung des Kohärenzsinner

Antonovsky (1987) entwickelte im Rahmen seiner Untersuchungen zur psychodiagnostischen Erfassung des SOC einen Fragebogen mit 29 Items. Eine neuere Bearbeitung der Sense of Coherence Scale stammt von Singer & Brähler (2007). Dieses Testhandbuch zur deutschen Version enthält eine neuere autorisierte Übersetzung der SOC-29 sowie die Kurformen SOC 13 und SOC L9. Auch enthält das Handbuch Daten zur psychometrischen Qualität des Fragebogens. Zur Veranschaulichung sei hier die Instruktion zum SOC-29 Fragebogen sowie je zwei Beispielitems aus den drei SOC-Komponenten wiedergegeben (S. 51-54):

Die Instruktion lautet wie folgt:

„Hier ist eine Reihe von Fragen, welche sich auf verschiedene Aspekte unseres Lebens beziehen. Bitte kreuzen Sie die Zahl an, welche Ihrer Antwort entspricht, wobei die Zahlen 1 und 7 Extremantworten darstellen. Wenn die Antwort unterhalb 1 für Sie zutrifft, dann kreuzen Sie die 1 an; wenn die Antwort unter der Zahl 7 für Sie zutrifft, dann kreuzen Sie die 7 an. Wenn Sie Ihre Antwort irgendwo zwischen 1 und 7 sehen, kreuzen Sie die Zahl an, die Ihrer Beurteilung am besten entspricht. Bitte geben Sie immer nur eine Antwort pro Frage.“

Verstehbarkeit

Item 5: Ist es in der Vergangenheit vorgekommen, dass Sie vom Verhalten von Menschen überrascht waren, die Sie gut zu kennen glaubten?

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

Item 19: Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?

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

Handhabbarkeit

Item 9: haben Sie das Gefühl, dass Sie ungerecht behandelt werden?

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

Item 29: Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie sich nicht sicher sind, ob Sie die unter Kontrolle halten können?

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

Sinnhaftigkeit

Item 4: Haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?

sehr selten 1 2 3 4 5 6 7 sehr oft

Item 8: Bis jetzt hatte Ihr Leben ...

überhaupt keine klaren Ziele 1 2 3 4 5 6 7 sehr klare Ziele

Für die Auswertung des Fragebogens, statistische Kennzahlen und Interpretation der Daten wird auf das Testhandbuch von Singer & Brähler (2007) verwiesen.

Wie bei allen Persönlichkeitsfragebögen stellt sich auch bezüglich des SOC 29 und seiner Kurzformen die Sinnhaftigkeit ihrer Anwendung. Dient der Fragebogen als Hilfsmittel zur Problemauffindung oder als Instrument für eine Persönlichkeitsdiagnose? Verwendet man den Fragebogen als Hilfsmittel zur Problemauffindung, so kann er als wertvolle Orientierungshilfe fungieren. Hingegen ist die Verwendung als Persönlichkeitsdiagnostikum sehr problematisch, und zwar aus folgenden Gründen. Der Großteil der heute

noch immer verwendeten Persönlichkeitstests beruht aus wissenschaftstheoretischer Sicht auf antiquierten Annahmen über den Menschen. Die meisten Persönlichkeitstests, die üblicherweise in Form von Fragebögen vorgegeben werden, fußen auf der sogenannten eigenschaftszentrierten Persönlichkeitsauffassung.

Demnach ist der Mensch aufgrund bestimmter Persönlichkeitseigenschaften beschreibbar („messbar“) und sein Verhalten daraus auch erklärbar und vorhersagbar. Diese Auffassung geht von konstanten und situationsunabhängigen Eigenschaften wie z.B. Introvertiertheit, Extravertiertheit, Rigidität, Gewissenhaftigkeit etc. aus (s. z.B. Cattell, 1965; Eysenck, 1976; Guilford, 1959; McCrae & Costa, 1995). Dabei werden einer Person bestimmte Eigenschaften zugeschrieben und ausschließlich in dieser Person verortet. Der Zuschreibungsprozess etikettiert die betroffene Person in bestimmter Hinsicht und legt sie fest. Gleichzeitig werden Entwicklungsmöglichkeiten ausgeschlossen bzw. überhaupt nicht in Erwägung gezogen, die ein persönliches Wachstum begünstigen könnten.

Das Handeln des Menschen ist aber nicht nur von inneren Bedingungen wie z.B. Wünschen, Bedürfnisse, Tagesverfassung und Stimmungslage abhängig, sondern immer auch von äußeren situativen Einflüssen. Die eigenschaftszentrierte Persönlichkeitsauffassung klammert die äußeren Situationseinflüsse aus. Davon kann sich jede interessierte Person leicht ein Bild machen, wenn sie sich der Mühe unterzieht, sich die einzelnen Items der verschiedenen Persönlichkeitsfragebögen genau anzusehen. In den meisten Fällen fällt es schwer, die Items entsprechend anzukreuzen, da man immer wieder feststellen muss: das kommt auf die Situation an; so kann ich das nicht beantworten. Es kann m.E. sehr ernüchternd wirken, Persönlichkeitsfragebögen selbst auszufüllen und zu schauen, wie es einem dabei geht.

Die eigenschaftszentrierte Auffassung wurde vielfach kritisiert und durch empirische Studien auch grundsätzlich in Frage gestellt (s. z. B. Jütteman, 1995; Plaum, 1992; Thomae, 1996) und sollte mittlerweile der Psychologiegeschichte angehören. Es gibt keine „Nicht-Situationen“. So ist gerade die Fähigkeit des Menschen, entsprechend der Gefordertheit der Lage, ein aus

der Gestalttheorie stammender Begriff, flexibel zu handeln zu können, ein weithin anerkanntes Kennzeichen psychischer Gesundheit (Paulhus & Martin, 1988; Wachtel, 1973).

Die situationsspezifische Anpassungsfähigkeit wurde durch zahlreiche Studien in den unterschiedlichen Bereichen immer wieder bestätigt (s. z.B. Argyle, 1969; Thomae, 1996) und in der Folge wurden neuere psychodiagnostische Ansätze entwickelt, die der Situationsabhängigkeit des Verhaltens Rechnung tragen (s. z.B. Paulhus & Martin, 1987, 1988; Thomae, 1996). Die situationsspezifische Anpassungsfähigkeit bildet einen Grundpfeiler der nachfolgenden Ausführungen.

III. Persönliches Wachstum

Es gibt eine Vielzahl von psychologischen, philosophischen und esoterischen Ansätzen, denen die Idee eines wahren Selbst, das jedem Menschen innewohnt, zugrunde liegt (vgl. Moustakas, 1956). Es wird ein wahres Selbst vorausgesetzt, das gefunden werden muss, will man mit sich und der Welt im Einklang stehen. Das Angebot, in diversen Seminaren das wahre Selbst, meist gegen hohe Bezahlung, zu finden, ist enorm und kaum überschaubar. Die große Problematik aus epistemologischer Sicht hierbei besteht darin, wie man denn erkennt, ob man das wahre Selbst auch wirklich gefunden hat. Da es hierfür keinerlei Kriterien gibt, läuft man bei der endlosen Suche nach dem wahren Selbst einem Phantom nach, das man nie zu fassen bekommt. Aus wissenschaftlicher Sicht ist sowohl die Annahme eines wahren Selbst gleichsam als metaphysische Entität sowie auch der Anspruch, dieses zu entdecken und folglich auch zu erkennen, nicht einlösbar (Fleck, 2003).

Aus der Sicht der empirischen Psychologie, die sich mit dem Begriff des Selbst seit Jahrzehnten auseinandersetzt (s. z.B. Fadiman & Frager, 1994), bietet sich eine alternative Sichtweise an. Der Mensch vermag sich selbst zum Gegenstand seiner Wahrnehmung und Beobachtung zu machen. Das ist ein ihm eigenes Merkmal, das ihn von den anderen lebenden Systemen unter-

scheidet. Diese Form von Selbstreflexion ist an das Sprachvermögen gebunden und führt gewissermaßen zur Entwicklung des individuellen Selbstbewusstseins. Der Mensch erwirbt die Fähigkeit, sich seiner selbst gewahr zu werden.

Menschen bilden sich nicht nur Meinungen über andere Menschen, sondern auch über sich selbst. Das daraus resultierende Selbstkonzept (Selbstbild) hat für den Einzelnen eine enorme Bedeutung im Hinblick auf Selbstwertgefühl, Selbstidentität und subjektives Wohlbefinden. Es bildet gleichsam den „Kern“ seiner Persönlichkeit. Das Selbstkonzept ist das Ergebnis einer kontinuierlichen individuellen Erlebnisverarbeitung und beeinflusst die Auswahl der Handlungen, die wir ausführen. Im Idealfall entwickeln Menschen ein komplexes Selbstkonzept (Linville, 1987), das nicht nur für die Bewältigung der unterschiedlichen Lebensaufgaben notwendig ist, sondern auch für ein erfülltes Leben Bedeutung hat.

A. Formen der Persönlichkeitsentwicklung

Die Entwicklung des komplexen Selbst im Lauf des Lebens hängt von einer Vielzahl von äußeren (z.B. Herkunftsfamilie, Nationalität, Glaubensgemeinschaften, Landschaft) und inneren Bedingungen (z.B. Begabungen, Intelligenz, Interessen, Temperament) ab, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann. Zwei Formen der Entwicklung können auseinandergehalten werden, die jedoch einander ergänzen: Einerseits die spontane Persönlichkeitsentwicklung, wie sie jeder Mensch im Lauf seines Lebens an sich selbst erfährt (-man entwickelt sich, ohne etwas vorsätzlich dazu zu tun) und auch bei anderen zu beobachten vermag, andererseits die aktive Persönlichkeitsentwicklung, die durch zielgerichtete Arbeit an sich selbst gekennzeichnet ist (z.B. Interessen entwickeln, ein Musikinstrument spielen lernen, eine berufliche Ausbildung machen). Als Spezialfall der aktiven Persönlichkeitsentwicklung kann die systematische Selbstreflexion eingeordnet werden.

B. Prozesse der Persönlichkeitsentwicklung

Die Persönlichkeitsentwicklung ist eingebettet in die zwei entgegengesetzten aber notwendigerweise ergänzenden Prozesse der Differenzierung und Integration.

Differenzierung beinhaltet die Unterschiedswahrnehmung und Trennung von verschiedenen Dingen, Integration ist die Zusammenfügung von zwei oder mehreren Elementen, so dass sie stimmig sind oder konstruktiv miteinander interagieren können. Csikszentmihalyi (1992) beschreibt die beiden Prozesse im Hinblick auf die Entwicklung des Selbst: „Differenzierung bedeutet eine Bewegung auf Einzigartigkeit hin, auf die Absonderung des Selbst von anderen. Integration bedeutet das Gegenteil: Verbindung mit anderen Menschen, Gedanken und Gebilden jenseits des Selbst. Ein komplexes Selbst ist eines, dem es gelingt, diese beiden Tendenzen miteinander zu verbinden (S. 63).“ Die Prozesse der Differenzierung und Integration bedürfen der Mensch-Umwelt-Interaktion und zielen auf die kognitive Entwicklung (z.B. verschiedene intellektuelle Fähigkeiten, Wertorientierung, Weltbild, Glaubenssysteme, Selbstreflexion), die affektive Entwicklung (z.B. Affektregulierung, emotionale Reife, Einfühlung, Bedürfnisbefriedigung) und die motorische Entwicklung.

IV. Systematische Selbst-Reflexion (SSR) als Methode für persönliches Wachstum

Ein gut entwickelter SOC vermag den Menschen im Laufe seines Lebens zu motivieren, notwendige Wagnisleistungen zu vollbringen oder auch zu unterlassen. Erfolgreiche Wagnisleistungen führen zu einer Stärkung des SOC, erfolglose zu einer Schwächung. Das gilt auch für Verzichtleistungen. Ist man in der Lage, auf etwas zu verzichten, ohne in einen Kränkungszustand oder in Verbitterung zu verfallen? Auf etwas verzichten zu können bedeutet, dass das betroffene Individuum innerlich frei wird und dem Verlust nicht nachtrauert. Hier kommt der Herausbildung von Erwartungshaltungen eine entscheidende Rolle zu. Weiß ich, was ich zu tun habe? Werde ich in der

Lage sein, das notwendige Können aufzubringen, um das erstrebte Ziel zu erreichen? An dieser Stelle setzt die SSR an. Ich habe die SSR ursprünglich im Kontext der Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie als Methode zur Stressprophylaxe konzipiert (Fleck, 1993, 1996, 1996), wozu mich das obige Zitat von Karl Jaspers (1980, S.92) und die Arbeiten von Charlotte Bühler (1962, 1969) anregten.

Dabei wird in Anlehnung an Bühler und Ekstein (1973) von dem ihrer Meinung wenig beachteten Phänomen ausgegangen: „Es ist die Tatsache, dass die wenigsten Menschen gelernt haben, ihr Leben und das Leben zu durchdenken und sich in tieferen Schichten über Lebensvorgänge klar zu werden. Dieses Durchdenken, in welchem die Geschichte sozialer Beziehungen eines Individuums natürlich eine sehr große Rolle spielt, führt jedoch regelmäßig auf das, was Menschen“ letzten Endes“ wollen, haben wollen, sein wollen in bezug auf sich selbst, ihre soziale Welt, aber auch in bezug auf das, an was sie glauben, sei es im Leben oder im Universum“ (S.373). Vielmehr wird erst unter Zeit- und Problemdruck oder nach dem Eintritt einer Krise versucht, wichtige Ereignisse und Lebensbereiche zu verarbeiten bzw. zu überdenken. Die Reflexion erfolgt dann häufig in einer undifferenzierten und selbst einschränkenden Form, was den Stress verstärken, das subjektive Wohlbefinden mindern und schließlich zu chronischen Krankheiten führen kann. Die Gefahr, die Bühler und Ekstein (1973) hier verorten ist, dass Individuen aufgrund des genannten Mangels ein oberflächliches und unerfülltes Dasein führen.

Als Methode, die genannten negativen Enzwicklungen aufzufangen bzw. rechtzeitig zu verhindern, soll die SSR fungieren. Sie ist als lehr- und lernbare Methode konzipiert, wichtige Ereignisse und Lebensbereiche regelmäßig, bewusst und vorsätzlich (d.h. ohne besonderen Anlass) zu überdenken. Hierdurch soll eine planvolle Lebensgestaltung ermöglicht werden, die gleichzeitig zum persönlichen Wachstum beiträgt (vgl. Fadiman & Frager, 1994). Das Grundprinzip der SSR basiert auf drei Säulen: Auf der Festlegung von Zielen ("Welche wünschenswerten Ziele, sollen erreicht werden?"; auf der Auswahl von Inhalten ("Worüber soll man reflektieren?") und auf ihren Formen ("Wie soll man reflektieren?"). Die Frage des Wie bezieht sich auf die Art und

Weise des Reflektierens. Der Hauptzweck der SSR wird im Erwerb von Selbsterkenntnis und Selbstkomplexität gesehen. Empirische Belege zeigen, dass Menschen mit größerer Selbstkomplexität weniger anfällig für Stress sind als Menschen mit geringerer Selbstkomplexität (Linville, 1987). Selbstkomplexität bedeutet in diesem Zusammenhang, dass eine Vielzahl von Selbstaspekten wie Interessen, Begabungen, Fähigkeiten und soziale Kompetenz entwickelt und differenziert werden.

A. Die einzelnen Schritte der systematischen Selbstreflexion

Es sind drei Aspekte, welche die SSR im Einzelnen inhaltlich und formal strukturieren. Der erste Schritt besteht in der Festlegung der Ziele, der zweite in der Festlegung der Inhalte und der dritte in der Wahl der Methode.

1. Festlegung der Ziele

Der erste Schritt zur systematischen Selbstreflexion besteht darin, sich über die Ziele bewusst zu werden, die man im Leben erreichen möchte. Dies hängt von den subjektiven Präferenzen und Werten sowie den tatsächlichen Bedürfnissen ab. Es ist nicht möglich, eine vollständige Liste aller Ziele zu erstellen, aber die folgenden dürften für die meisten Menschen von großer Bedeutung sein: Selbstkongruenz, Definition der eigenen Position im Leben, Klärung der eigenen Rolle, Lösung persönlicher Probleme, Beseitigung von Selbsttäuschungen, Selbstverwirklichung, Entwicklung eines Lebensplans, die Verbesserung der Selbsterkenntnis und die Erhaltung eines guten Gesundheitszustands. Die Leitfrage wird sich auf die Dinge konzentrieren, die für einen selbst im Leben wirklich wichtig sind.

2. Festlegung der Inhalte

Die Suche nach Zielen führt direkt zu den Inhalten. Auch hier ist es nicht möglich, eine vollständige Liste zu geben. Die im Folgenden vorgestellten Inhalte sind aus der klinischen Erfahrung ausgewählt. Sie können verschiedene Lebensbereiche (z.B. Beruf, Partnerschaft, Familie, Religion, Politik, Kunst usw.), Lebensereignisse, Weltanschauung, Wertorientierung, Denke-

wohnheiten, Gesundheitszustand und Stressquellen umfassen. Nach Wiesenhütter (1974) trifft der Mensch im Lauf seines Lebens auf existentielle Fragen bezüglich Arbeit, Familie, Krankheit und Tod, die eine Auseinandersetzung mehr oder weniger unumgänglich macht. Es gibt hier kein Entkommen.

Die Frage des Worüber beinhaltet Lebensbereiche, Ereignisse und Ziele der Reflexion. Beispielhaft seien für Lebensbereiche das Berufsleben, das partnerschaftliche oder familiäre Leben und das Leben im wissenschaftlichen Bereich genannt; für Ereignisse positiver oder negativer Art eine berufliche Beförderung, Hochzeit und Geburt des ersten Kindes, Abschluss des Studiums, Verlust eines geliebten Menschen, Verlust des Arbeitsplatzes und Invalidität infolge eines Unfalles; für Ziele das Erreichen einer bestimmten beruflichen Qualifikation, Beendigung des Rauchens, Erlangung körperlicher Fitness und Verbesserung der Sprachkenntnisse. Eine gute Orientierungshilfe zum Auffinden von Zielen und Inhalten bietet der Fragebogen zu Lebenszielen und zur Lebenszufriedenheit (FLL) von Kraak & Nord-Rüdiger (1989).

3. Wahl der Methode

Es gibt zwei grundlegende Ansätze für eine systematische Selbstreflexion. Der erste kann als rationale Selbstreflexion bezeichnet werden. Dabei werden die Ziele und Inhalte mit Hilfe logisch-analytischer Mittel durchdacht. Der zweite Ansatz wird als kontemplative Selbstreflexion bezeichnet und hat die mentalen Prozesse Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Wollen zum Gegenstand.

Rationale Selbstreflexion

Rationale Selbstreflexion bedient sich logischer Argumente unter Verwendung verschiedener Problemlösestrategien. Eine Übersicht von Methoden zum Lösen von Problemen gibt Dörner (1979). Nach Dörner lässt sich ein Problem einfach definieren: „Ein Individuum steht einem Problem gegenüber, wenn es sich in einem inneren oder äußeren Zustand, den es aus irgendwelchen Gründen nicht für wünschenswert hält, aber im Moment nicht

über die Mittel verfügt, um den unerwünschten Zustand in den wünschenswerten Zielzustand zu überführen. Ein Problem ist also gekennzeichnet durch 3 Komponenten: 1. Unerwünschter Anfangszustand s_1 2. Erwünschter Endzustand s_2 . 3. Barriere, die die Transformation von s_1 in s_2 im Moment verhindert“ (S. 10). Diese Heuristik bietet sich für viele Probleme an, die das persönliche Wachstum betreffen. Es ist dann die Aufgabe der Reflexion, Möglichkeiten zu ersinnen, wie man die unterschiedlichen Barrieren zu überwinden vermag.

In den Bereich des rationalen Reflektierens fällt zweifellos das Treffen einer Entscheidung. Jeder ist gut beraten, alle Argumente für oder gegen eine Entscheidung für etwas aufzulisten, diese sorgfältig abzuwägen, um danach die eine oder andere Seite zu wählen. Entscheidungen können belanglos sein (z.B. esse ein Steak oder ein Huhn) oder schwerwiegend (z.B. möchte ich Medizin oder Wirtschaftswissenschaften studieren). Die schwerwiegenden Entscheidungen sind mit langfristigen Konsequenzen verbunden und haben einen massiven Einfluss auf den Lebenslauf und die Lebenszufriedenheit.

Kontemplative Selbstreflexion

Die zweite Form ist kontemplativer Art. Der Begriff kontemplativ wird hier nicht im religiösen Sinn verwendet, sondern im Sinn der Einnahme einer rein schauenden Haltung (vgl. Deikman, 1982). Rohracher (1975) hat diesen Sachverhalt sehr eindrücklich dargestellt: „Man kann mit Absicht eine „aufnehmende Haltung“ einnehmen; einen seelischen Zustand erzeugen, in welchem man das Bewusstsein sozusagen „freimacht“ für die Wirkung des Ausdrucks, indem man alles andere abdrängt und die Wahrnehmungen einfach auf sich wirken lässt, ohne sie verstandesmäßig zu beurteilen. Jeder künstlerische empfindende Mensch kennt diese Steigerung der Eindrucksempfindlichkeit durch die „schauende Haltung“, die auf bloßes Hinnehmen und nicht auf verstandesmäßiges Erfassen ausgeht. Das entscheidende dabei ist, dass sich dieser ganz subtile Prozess der Ausdruckswirkung ohne Beteiligung des begrifflichen Denkens abspielt (dieses hat lediglich die entstanden zu formulieren), dass es sich dabei vielmehr um psychische Vorgänge handelt, die durch die Beteiligung des Denkens sogar gestört werden.

Der schärfste Gegensatz zur „schauenden Haltung“ ist das Sammeln von „Symptomen“, aus denen auf dem Weg der des logischen Schließens bestimmte Folgerungen abgeleitet werden (S. 116 f.).“

Die Einnahme einer schauenden Haltung ist im westlichen Kulturbereich weitgehend verkümmert und wird auch an den Universitäten nicht gelehrt. Ausnahmen bilden hier vielleicht die Kunsthochschulen. Für die Aneignung der schauenden Haltung bieten die sogenannten Bewusstseinsdisziplinen verschiedene Zugänge (s. Walsh, 1980). Dabei werden die Inhalte nicht verstandesgemäß analysiert, sondern z.B. mit Hilfe von Selbsthypnose und verschiedenen Meditationsformen aus einer gewissen Distanz reflektiert. Ziel der kontemplativen Form ist die Erlangung neuer Perspektiven bezüglich der Inhalte über den Weg einer inneren Distanzierung. Die temporär herbeigeführte Distanzierung von den Inhalten in meditativer oder selbsthypnotischer Versenkung vermag neue Einsichten zu vermitteln, die mit Mitteln der Rationalität allein kaum erreichbar sind (Deikman, 1982; DelMonte, 1999). Die meisten Menschen sind mit ihren Ansichten über die Welt und sich selbst so sehr identifiziert, sodass andere Sichtweisen verunmöglicht bzw. als undenkbar ausgeklammert werden. Die intensive Erfahrung eines Perspektivenwechsels bezüglich eines wichtigen Problems kann zu einer konstruktiven Neuorientierung in der Lebensgestaltung führen. Einen Sonderfall bildet das Denken über das Denken. Man kann die mentalen Prozesse wie Denken, Fühlen und Wollen zum Gegenstand systematischer Reflexion machen (s. z.B. Ellis, 1977).

Das Denken über das Denken wird als Metakognition bezeichnet (Flavell, 1979; Metcalfe & Shimamura, 1994) und ist inzwischen vielfach untersucht worden. Eine gute Möglichkeit, sich mit den verschiedenen Zielen und Inhalten in metakognitiver Form auseinanderzusetzen, bietet das Training in einer der sogenannten Bewusstseinsdisziplinen, ein Begriff, der verschiedene Methoden (z.B. Meditation, Selbsthypnose, luzides Träumen) zur Erweiterung des gewöhnlichen Bewusstseins umfasst (vgl. Walsh, 1980). Ein wichtiges Ziel dieser Methoden ist es, neue Erkenntnisse über den subjektiven Prozess der Konstruktion von Weltbildern zu gewinnen (vgl. DelMonte, 1987). Es soll erkannt werden, dass das eigene Weltbild etwas von einem

selbst gemachtes ist, und dass es nicht mit der Wirklichkeit gleichgesetzt werden darf. Die dabei gewonnene Einsicht kann neue Perspektiven hervorbringen: man sieht die Welt plötzlich mit anderen Augen.

B. De-Reflexion: eine notwendige Ergänzung zur Selbstreflexion

Praktizierte Selbstreflexion kann sich zu einer Störung entwickeln, wenn jemand beginnt, sie exzessiv auszuüben und in der Folge die subjektive Kontrolle darüber verliert. Das bedeutet, dass Menschen zwanghaft über alles, was sie tun, gedanklich reflektieren und sich dadurch selbst im Handeln behindern. Infolgedessen kann jegliche Spontaneität zum Stillstand kommen, was mit dem Entstehen aversiver Emotionen einhergeht.

Diese Menschen können sich nicht selbst vergessen, wenn dies als wünschenswert erscheint, wie z.B. beim Tanzen, Spielen oder beim Halten eines Vortrages. Daher sollte die Fähigkeit zur De-Reflexion als notwendige Ergänzung zur Selbstreflexion im Handlungsrepertoire jedes Menschen enthalten sein. Bei mangelhafter oder fehlender De-Reflexionsfähigkeit können die so genannten Bewusstseinsdisziplinen Wege aufzeigen, wie man lernen kann, zu de-reflektieren und sich mit voller Aufmerksamkeit ganz auf verschiedene Handlungen und Aufgaben einzulassen. Dieses Aufgehen im Tun hat Csikszentmihaly (1999) als Flow-Erlebnis bezeichnet, detailliert empirisch untersucht und seine Bedeutung für Wohlbefinden und Glück dokumentiert. Man nimmt bewusst wahr und wird vom Erleben absorbiert, gleichzeitig entschwinden Selbstbeobachtung und Selbstreflexion.

VI. Diskussion und Kritik

Im Rahmen der SSR wird der Anspruch erhoben, für das persönliche Wachstum des Einzelnen wichtige Lebensbereiche und Lebensziele zu erfassen. Dabei sollen Erkenntnisse generiert werden, die der Einzelne dann in der Folge zu seinem Nutzen anwenden kann. Das Modell der SSR ist ein offenes System, das sehr feindifferenziert oder auch nur sehr selektiv gehandhabt werden kann, je nach vorliegender Präferenz. Es vermag im Einzelfall sehr

umfassend zum Einsatz kommen, d.h. eine Vielzahl von Sachverhalten in Angriff zu nehmen oder auch nur einen kleinen ausgewählten Ausschnitt des Lebens zum Gegenstand haben.

Eine zentrale Frage, die wie ein roter Faden die vorliegende Arbeit durchzieht, bezieht sich darauf, für wen das Praktizieren einer systematischen Selbstreflexion einen gewünschten Effekt herbeizuführen vermag und für wen diese Methode im Sinne einer Indikationsstellung auch geeignet ist. Hier kann sehr leicht der Eindruck entstehen, dass die SSR gleichsam ein Patentrezept für alle Probleme der Lebensbewältigung bereitstellt, was jedoch einen Trugschluss bildet. Es stellt sich vielmehr die Frage, von welchen Bedingungen der erfolgreiche Einsatz der SSR abhängig ist. Als wesentliche Voraussetzungen für eine fruchtbare SSR müssen erfüllt sein: ein gewisses Ausmaß an intellektueller Fähigkeit, die Bereitschaft, zur Arbeit an sich selbst und eine offene Geisteshaltung, verbunden mit der Bereitschaft, das eigene Weltbild kritisch zu hinterfragen.

Die SSR kann einerseits autodidaktisch angeeignet, andererseits im Rahmen einer psychologischen Behandlung gelehrt werden. Die Anwendung im klinisch-psychologischen Bereich wird hier nicht näher ausgeführt, es sollen nur einige Gründe angeführt werden, die das Lehren der SSR als kontraindiziert erachten. Wenn man einmal davon absieht, dass ohne einem gewissen Interesse und entsprechender Motivation die SSR nicht in Angriff genommen werden soll (- und nicht kann), gibt es folgende Gründe die dagegen sprechen, in einem klinischen Setting zu einer SSR anzuregen: Personen mit einem stark ausgeprägten negativen Selbstwert (- im Extremfall ausgeprägter Selbsthass), Personen, für die die Infragestellung des ihres Weltbildes eine starke Bedrohung bedeutet und folglich eine affektive Erschütterung mit Orientierungsverlust bewirken kann und Personen, die sich schon in zwanghafte Grübeleien hinsichtlich ihrer selbst verstrickt haben. Darüber hinaus gibt es noch weitere Ausschlussgründe. Die SSR, wie sie hier vorgestellt wird, ist als Orientierungshilfe für psychisch stabile Menschen gedacht, die sich weiterentwickeln wollen.

An dieser Stelle ergibt sich auch ein Anknüpfungspunkt zu Antonovskys Kohärenzsinn. Die SSR kann sowohl aus der philosophischen als auch aus der klinisch psychologischen Perspektive in Angriff genommen werden. Im ersten Fall handelt es sich um eine philosophisch-existentielle Reflexion, wo es vorwiegend um die eigene Positionierung im Weltgeschehen geht, im zweiten Fall stehen mehr die täglichen Anforderungen, Herausforderungen und gegebenenfalls Überforderungen und deren Bewältigung im Fokus der Aufmerksamkeit. Damit einhergehend kommen auch Fragen der körperlichen und psychischen Befindlichkeit zum Tragen, die klinische bedeutsam werden können. Beide Zugänge werden als wertvoll erachtet, sind jedoch für das Individuum mit unterschiedlichen Indikationen und Implikationen vergesellschaftet.

Wie Singer & Brähler (2007, S. 33ff.) hervorhoben, liegen viele Studien vor, die den Kohärenzsinn als unabhängige Variable untersuchen (Wirkung des SOC), jedoch wenige, wo der SOC als abhängige Variable beforscht wird. Damit stellt sich die Frage nach geeigneten Methoden zur Modifikation des Kohärenzsinn, da aus der Sicht der Salutogenese dies wünschenswert erscheint. Einige Studien, die die Modifikation des Kohärenzsinn zum Gegenstand haben, erscheinen erfolgsversprechend (s. z.B. Mittelmark et al., 2022).

In welchem Verhältnis stehen SOC und persönliches Wachstum zueinander? Die empirischen Studien, die bislang den SOC untersuchten, fassten diesen vorwiegend als unabhängige Variable auf, solche mit der Auffassung als abhängige Variable sind eher selten (Singer & Brähler, 2007). Aus systemtheoretischer Sicht bietet sich jedoch ein Verständnis an, das eine Wechselwirkung zwischen der Entwicklung und Stärkung des SOC und dem systematischen Reflektieren annimmt. Demnach führen einerseits Erfahrungen in der Kindheit und Jugend zu einer mehr oder weniger guten Ausprägung des SOC, andererseits erleichtert ein guter SOC die Bereitschaft, systematische Selbst-Reflexion zu praktizieren. Das Leben aktiv und selbstbestimmt in die Hand zu nehmen, bedarf gewisser psychischer Grundvoraussetzungen, eine davon ist die Entwicklung (Ausformung) des SOC. Wir haben somit auf der einen Seite den Kohärenzsinn als abhängige Variable infolge geglückter bzw.

missglückter Verarbeitung von Lebenserfahrungen, auf der anderen Seite als unabhängige Variable, als mehr oder weniger entwickelte Lebensorientierung des Individuums, die wiederum das Handeln mitbestimmt. Die wechselseitige Bedingtheit ist offenkundig.

VII. Schlussbemerkung

Zahlreiche empirische Studien zeigen, dass Menschen mit einem gut entwickelten Kohärenzsinn auftretende Lebensprobleme weit zuversichtlicher in Angriff nehmen, als Menschen mit mangelhaft ausgeprägtem Kohärenzsinn und dass sie negative Lebenserfahrungen auch besser verarbeiten. Der vorliegenden Arbeit liegt die empirisch gut gestützte Annahme zu Grunde, dass persönliches Wachstum mit einem Reifungsprozess einhergeht, der zur Herausbildung des Kohärenzsinnes nach Antonovsky führt.

Persönliches Wachstum ist ein fortlaufender Entwicklungsprozess des Menschen, der im Idealfall die Interessen, Bedürfnisse, Begabungen, Fähigkeiten und konstruktive Gestaltung der zwischenmenschlichen Beziehungen möglichst umfassend zur Entfaltung bringt und somit auch für ein erfülltes Leben von Bedeutung ist. Während in den meisten Studien zum Kohärenzsinn dieser als unabhängige Variable untersucht wird, sind es weit weniger Arbeiten, die den Kohärenzsinn als abhängige Variable beforschen. Diesbezügliche Arbeiten konnten zeigen, dass ein defizitärer und somit selbstschädigender Kohärenzsinn durch psychologische Behandlung positiv veränderbar ist. Die hierzu vorliegenden Studien sind ermutigend.

Als eine Möglichkeit, den Kohärenzsinn zu modifizieren, wurde die Methode der systematischen Selbstreflexion vorgestellt. Es wurde argumentiert, dass praktizierte systematische Selbstreflexion das Potential aufweist, Selbstkomplexität hervorzubringen, die als mentaler Puffer gegen stressbedingte Störungen und Krankheiten zu fungieren vermag. Selbstkomplexität heißt, dass Menschen eine Vielzahl von ihren Potentialen im Laufe ihrer Entwicklung ausdifferenzieren.

Im Hinblick auf persönliches Wachstum, Kohärenzsinn und dem Treffen wichtiger Entscheidungen, erhöht sich die Chance für den Einzelnen herauszufinden, was für ihn selbst wichtig ist, um in der Folge seinen Lebensweg in die gewünschte Richtung zu lenken.

Im Hinblick auf die Salutogenese erhöht sich die Chance für den Einzelnen, durch Beobachtung und Reflexion bislang nur undeutlich oder kaum vorhandene Symptome leichter wahrzunehmen, dadurch rechtzeitig professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, um unerwünschte negative Folgen zu vermeiden (z.B. Krebsvorsorge). Damit verbunden können alle getroffenen Maßnahmen gesehen werden, die die körperliche Fitness erhöhen und das Immunsystem stärken.

Es bleibt dem Einzelnen überlassen, sich mit dieser Methode auseinanderzusetzen, sie sich anzueignen und sie zu erproben. Es ist meiner Meinung nach sehr wünschenswert, diese Anregung aufzugreifen, um vielleicht für sich einen Ansatz zu kreieren und weiterzuentwickeln, der fruchtbar für persönliches Wachstum sein mag, der Entfaltung des Kohärenzsинns dienlich ist und die eigene Salutogenese fördert.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1979). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Antonovsky, A. (1993). The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Sciences Medicine*, 36 (6), 725–733.
- Argyle, M. (1969). *Social interaction*. London: Methuen.
- Bolton, D. (2022). Looking forward to a decade of the biopsychosocial model. *British Journal of Psychiatry Bulletin*, 46(4), 228-232.

- Bühler, Ch. (1962). *Values in Psychotherapy*.
- Bühler, Ch. (1969). *Wenn das Leben gelingen soll*. München: Droemer Knaur.
- Bühler, Ch. & R. Ekstein. (1973). Anthropologische Resultate aus biographischer Forschung. In H.-G. Gadamer & P. Vogler (Eds.). *Psychologische Anthropologie*. Stuttgart: Thieme.
- Cooper, C., & Quick, J. C. (Eds.). (2017). *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*. New York: Wiley.
- Cattell, R. B. (1965). *The Scientific Analysis of Personality*. Harmondsworth: Penguin.
- Csikszentmihalyi, M. (1992). *Flow. Das Geheimnis des Glücks*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Deikman, A. (1982). *The Observing Self*. Boston: Beacon.
- DelMonte, M. M. (1987). Constructivist View of Meditation. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 286-298.
- Dörrner, D. (1979). *Problemlösen als Informationsverarbeitung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ellis, A. (1977). *Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung*. München: Pfeiffer.
- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 197; 196: 129–136.
- Engel, G. L. (1981). *The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. The Journal of medicine and philosophy*, 6(2), 101-124.
- Eysenck, H. J. (1976). *The Measurement of Personality*. Lancaster: MTP Press.
- Fadiman, J. & Frager, R. (1994). (Ed.). *Personality and Personal Growth*. New York: HarperCollins.

- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and Cognitive Monitoring. A New Area of Cognitive-Developmental Inquiry. *American Psychologist* 34, 906-911.
- Fleck, Günther. (1993). *Systematische Selbstreflexion als Methode zur Stressprophylaxe. Vortrag gehalten auf dem interdisziplinären Symposium "Gesundheit aus medizinischer und psychologischer Sicht" der Wiener Internationalen Akademie für Ganzheitsmedizin*. Wien. 23-24 Oktober.
- Fleck, G. (1996). *Systematic Self-Reflection as a Health Psychological Intervention*. Poster presented at the 10th Conference of the European Health Psychology Society, Dublin, Ireland, September 4-6.
- Fleck, G. (1999). Self-Reflection and De-Reflection: Two Modes of Awareness Guiding Individual Experience and Action. *Cognition, Brain, Behavior* 3(3), 223-228.
- Fleck, G. (2003). *Discovering One's True Self or Developing a Complex Self?* Paper presented at the 8th European Congress of Psychology, 6-11 July 2003, Vienna, Austria, organised by the Austrian Professional Association of Psychologists (BÖP).
- Guilford, J. P. (1959). *Personality*. New York: McGraw Hill.
- Harkness, K. L., & Hayden, E. P. (Eds.). (2020). *The Oxford Handbook of Stress and Mental Health*. Oxford: Oxford University Press, USA
- Jaspers, K. (1971). *Einführung in die Philosophie*. München: Piper.
- Jensen, E. W., James, S. A., Boyce, W. T., & Hartnett, S. A. (1983). The Family Routines Inventory: Development and Validation. *Social Science & Medicine*, 17(4), 201-211.
- Kobasa, 1979; Kobasa, S. C. (1979). Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Kraak, B. & Nord-Rüdiger, D. (1989). *Fragebogen zu Lebenszielen und zur Lebenszufriedenheit (FLL)*.

- Linville, P. W. 1987. Self-Complexity as a Cognitive Buffer against Stress-Related Illness and Depression. *Journal of Personality and Social Psychology* 52, 663-676.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. jr. (1995). Trait Explanations in Personality Psychology. *European Journal of Personality Psychology* 9, 231-252.
- Metcalf, J. & A. P. Shimamura (Eds.). 1994. *Metacognition. Knowing about Knowing*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Mittelmark, M. B., Bauer, G. F., Vaandrager, L., Pelikan, J. M., Sagy, S., Eriksson, M., Lindström, B. & Meier Magistretti, C. (Eds.).(2022). *The Handbook of Salutogenesis*. Zürich: SpringerOpen. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3>
- Moos, 1984; Moos, R. H. (1984). Context and Coping: Toward a Unifying Conceptual Framework. *American Journal of Community Psychology*, 12(1), 5-25.
- Moustakas, C. E. (Ed.).(1956). *The Self. Explorations in Personal Growth*. New York: Harper.
- Jüttemann, G. (1984). Klinisch-psychologische Diagnostik in neuer Sicht. In Jüttemann, G. (Hrsg.). *Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik* (S. 35-60). Göttingen: Hogrefe.
- Jüttemann, G. (1995). *Persönlichkeitspsychologie. Perspektiven einer wirklichkeitsgerechten Grundlagenwissenschaft*. Heidelberg: Asanger.
- Papadimitriou, G. (2017). The " Biopsychosocial Model": 40 Years of Application in *Psychiatry*. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 28(2), 107-110.
- Paulhus, D. L. & Martin, C. L. (1987). The Structure of Personality Capabilities. *Journal of Personality and Social Psychology* 52, 354-365.
- Paulhus, D. L. & Martin, C. L. (1988). Functional Flexibility: A New Conception of interpersonal flexibility. *Journal of Personality and Social Psychology* 55, 88-101.

- Plaum, E. (1992). *Psychologische Einzelfallarbeit*. Stuttgart: Enke.
- Reiss, D. (1981). *The Family's Construction of Reality*. Harvard: Harvard University Press.
- Rohracher, H. (1975). *Charakterkunde*. Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Singer, S & Brähler, E (2007). Die >>*Sense of Coherence Scale*<<. *Testhandbuch zur deutschen Version*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Thomae, H. (1996). *Das Individuum und seine Welt. Eine Persönlichkeitstheorie*. Göttingen: Hogrefe.
- Wachtel, P. L. (1973). Psychodynamics, Behavior therapy, and the Implacable Experimenter: An Inquiry into the Consistency of Personality. *Journal of Abnormal Psychology* 82, 324-334
- Walsh, R. 1980. The Consciousness Disciplines and the Behavioral Sciences: Questions of Comparison and Assessment. *American Journal of Psychiatry* 137, 663-673.
- Wiesenhütter, E. (1974). *Grundfragen unserer Existenz. Gedanken über Arbeit, Familie, Krankheit und Tod*. Kindler: München.
- Zweig, S. (1994). *Menschen und Schicksale*. Frankfurt a. M.: Fischer

II

Salutogenese und Public Health

Salutogenese als Werkzeug in Public Health

Thomas E. Dorner

Eine sehr häufig zitierte Definition von Public Health, die auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwendet wird, lautet: „community action for improved community health“ (Beaglehole et al., 2004). Das bedeutet in Public Health geht es um gemeinschaftliche Anstrengungen zu mehr Gesundheit für die Gemeinschaft (nicht um Anstrengungen Einzelner für die Gesundheit von Einzelnen). Gemäß der Österreichischen Gesellschaft für Public Health ist Public Health „ein Überbegriff, der das gemeinsame Handeln für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung bezeichnet“ und die Vision dieser wissenschaftlichen Fachgesellschaft ist es, eine „möglichst hohe Gesundheit für möglichst viele Menschen“ zu erreichen. Dabei fühlt sich die Gesellschaft vier Werten verpflichtet: Ganzheitlichkeit, Wissenschaftlichkeit, Unabhängigkeit und Dialogbereitschaft (ÖGPH, oJ). „Unter Public Health verstehen wir eine von der Gesellschaft organisierte, gemeinsame Anstrengung mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung oder von Teilen der Bevölkerung, Vermeidung von Krankheiten und Invalidität, Versorgung der Bevölkerung mit präventiven, kurativen und rehabilitativen Diensten“ (Egger et al., 2018). „Ziel von Public Health ist das Management kollektiver Gesundheitsprobleme möglichst aller Personen einer Bevölkerung ohne individuelle Präferenzen und Bedürfnisse. Das ist der größte Unterschied zur präventiven oder kurativen Individualmedizin“ (Dorner, 2016).

Aus diesen Begriffserklärungen von Public Health können bereits viele Aspekte abgeleitet werden, die sehr hilfreich sind in den Überlegungen zu Salutogenese als Public Health Werkzeug: Zunächst ist den Definitionen gemeinsam, dass es bei Public Health um die Gesundheit ganzer Bevölkerungsgruppen oder der ganzen Bevölkerung geht und weniger um die Gesundheit einzelner Personen und um gemeinsame, gebündelte Anstrengungen, diese auch zu erreichen. Allein dadurch wird bereits ein gewisser Anspruch auf

Ganzheitlichkeit vorweggenommen. Weiteres wird Gesundheit in Public Health, entsprechend der Definition der WHO, nicht lediglich als die Abwesenheit von Krankheit gesehen, sondern auch als subjektives Wohlbefinden, Zufriedenheit, oder Glücklichein, und integriert die Dimensionen Körper, Psyche und Soziales. Auch damit verfolgt Public Health den Anspruch auf Ganzheitlichkeit und fokussiert nicht lediglich auf Teilaspekte der Gesundheit. Public Health adressiert sowohl die Verantwortung der Gesellschaft für mehr Gesundheit als auch die Verantwortung von einzelnen Menschen und es geht dabei darum, Individuen zu dieser Verantwortung zu befähigen („Empowerment“). Wissenschaftlich gibt es in der Public Health vor allem zwei Forschungsbereiche, die sich allerdings überschneiden und beeinflussen, und erst zusammen ein ganzheitliches Bild ergeben: (1) Forschungsbereiche, die sich damit beschäftigen wie Gesundheit entsteht (also mit Salutogenese, siehe unten), wie sich Gesundheit in der Bevölkerung verteilt, was sie beeinflusst und wie sie beeinflussbar ist, und welche Maßnahmen zur Steigerung von Gesundheit wirksam sind. All diese Aspekte vereint die „Gesundheitsförderungsforschung“. (2) Forschungsbereiche, die sich damit beschäftigen welche Strukturen es für Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und -versorgung, Rehabilitation und Pflege braucht, wie und von wem diese in Anspruch genommen werden und wie diese am effektivsten und effizientesten gestaltet werden können. Auch welche Schnittstellen es in den einzelnen Versorgungsbereichen und mit anderen Bereichen wie Soziales, Lebensstil, Kultur, Architektur, Umwelt, etc., braucht, wie diese in einer ganzheitlichen Versorgung integriert werden können. Dieser Inhalte können zum Forschungszweig „Versorgungsforschung“ zusammengefasst werden.

Public Health versteht sich als wissenschaftliche Disziplin mit fundiertem theoretisch-wissenschaftlichem Hintergrund, und mit besonderem Hinblick darauf, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse praktisch umgesetzt werden. Public Health Forscher*innen nehmen Verantwortung wahr, für diese Umsetzung zu sorgen, wie in der Vienna Declaration der Europäischen Public Health Gesellschaften festgehalten wird (McKee et al., 2016). Public Health ist ein multidisziplinäres Feld, in dem Medizin, Gesundheitswissenschaften, Psychologie, Soziologie, Anthropologie, Epidemiologie, Biostatistik

tik, Ökonomie, Politikwissenschaft, Pflegewissenschaften und andere inkludiert sind. Methodisch werden gesundheitsrelevante Daten und deren Determinanten und Einflussfaktoren erfasst, ihre Bedeutung für die Bevölkerung analysiert und als Konsequenz bevölkerungsbezogene Maßnahmen wie Gesundheitsförderung, Prävention von Krankheiten, Versorgungsoptimierungen, Verhaltensänderung und Kontrolle der Umweltbedingungen entwickelt (Dorner, 2016).

Von enormer Wichtigkeit in Public Health ist auch, immer das große Ganze im Auge zu behalten und nicht auf Details zu beschränken. Ein Fundament von Public Health ist die Erkenntnis, dass Gesundheit etwas ist, das sich nicht allein auf die Behandlung von Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheiten beschränkt, sondern, dass es für mehr Gesundheit in der Bevölkerung Anstrengungen in allen Politikfeldern bedarf und nicht ausschließlich im kurativ-medizinischen Bereich. Eine moderne Definition von Public Health lautet daher: „Public Health ist die Forschung für und Lehre von Gesundheit in allen Politikfeldern“ (European Public Health Association, 2018; ÖGPH, oJ).

Wie wichtig es ist, das große Ganze im Auge zu behalten hat uns die COVID-19 Pandemie, die im Jahr 2019 ihren Ausgang nahm und deren Folgen uns für unbestimmte Zeit in die Zukunft beschäftigen werden, gezeigt. Während dieser Pandemie hat Public Health in der öffentlichen Aufmerksamkeit einen großen Aufschwung erfahren und Public Health Expert*innen waren permanent in allen Medien präsent. Leider hat sich jedoch das öffentliche Interesse zumeist auf einen Teilaspekt von Public Health konzentriert, nämlich mit welchen öffentlichen und persönlichen Maßnahmen die Verbreitung des Virus einzudämmen ist. Das ist natürlich in einer Pandemie ein sehr wesentlicher Public Health Aspekt, jedoch wird die Gesundheit einer Bevölkerung nicht ausschließlich durch Viren oder durch ein bestimmtes Virus determiniert, sondern ist das Produkt unzähliger verschiedener Gesundheitsdeterminanten. Während der COVID-19 Pandemie wurden viele dieser Gesundheitsdeterminanten verändert, teils durch das Virus selbst, teils durch die Maßnahmen gegen das Virus, teils durch die Reaktionen auf die Maßnah-

men gegen das Virus. Public Health, als ganzheitliche wissenschaftliche Disziplin mit Anspruch auf Praxisnähe, hat die Aufgabe sich mit der Auswirkung der Veränderung all dieser Faktoren inklusive deren Interaktion auf die Gesundheit zu widmen. Dabei gab es viele Änderungen, die sich vermutlich positiv auf die Gesundheit auswirken werden, wie zum Beispiel ein verminderter Ausstoß von klimawirksamen Emissionen, oder eine verstärkte Digitalisierung, die einiges in der Zukunft auch im Gesundheitsbereich erleichtern können wird. Andererseits gibt es auch Veränderungen, die sich vermutlich als Gesundheitsbarrieren entwickeln werden, und es wird viele zusätzliche Gesundheitsressourcen brauchen, um diese Barrieren zumindest teilweise kompensieren zu können. Nachfolgend sind einige beispielhafte Veränderungen von Gesundheitsdeterminanten im Laufe der COVID-19 Pandemie dargestellt:

- Der Lebensstil hat sich in der COVID-19 Pandemie stark verändert. Die Ernährung wurde umgestellt, es wurde einerseits vermehrt selbst gekocht (was tendenziell positiv für die Gesundheit ist), andererseits aber auch generell mehr, hochkalorischer und energiedichter und süßer gegessen (was in den meisten Fällen negativ für die Gesundheit ist). Außerdem ist bei vielen Menschen der Alkoholkonsum gestiegen. Obwohl manche Menschen während der Lockdowns mehr Bewegung gemacht haben, hat sich bei den meisten Menschen das Bewegungsausmaß reduziert. Gründe dafür sind Wegfall von aktiver Mobilität durch vermehrtes Homeoffice, Schließung der Sportvereine und Fitnesscenter, Homeschooling und dadurch Ausfall des Turnunterrichts, Wegfallen der sozialen Interaktion bei Bewegungseinheiten, etc. Diese beiden Lebensstilparameter (Änderung des Ess- und Bewegungsverhaltens) haben bei vielen Menschen dazu geführt, dass das Körpergewicht gestiegen ist. Ein Anstieg des Körpergewichtes in der Gesellschaft führt entsprechend epidemiologischer Studien (Adams et al., 2014) auch zu einer Erhöhung der Mortalität in den nächsten Jahren und Jahrzehnten.
- Die Arbeits- und Ausbildungswelt hat sich während der Pandemie signifikant verändert. Viele Menschen verloren ihre Arbeit

oder mussten sie stark reduzieren, was zu erheblichen finanziellen Einbußen führte. Berufsbezogene Interaktionen zwischen den Menschen, auch unterschiedlicher hierarchischer Ebenen haben sich verringert und in den virtuellen Raum verlagert. Dadurch hat sich auch das Ausmaß an Lob, Anerkennung, Motivation, Feedback, konstruktiver Kritik etc. reduziert. Das hat zweifellos Auswirkungen auf die Gratifikation. Im Gegenzug dazu wurde die Entscheidungsfreiheit, die Verantwortung einzelner Mitarbeiter*innen in der Pandemie erhöht, was positive Auswirkungen haben kann (mehr Kontrolle über die Arbeit) und negative Auswirkungen (höhere Anforderung und mehr Belastung) mit sich bringt. Viele Berufsgruppen wurden während der Pandemie besonders hervorgehoben (Gesundheitsberufe, Versorgungsberufe), was oft eine stärkere soziale Anerkennung mit sich brachte, höhere Lohngerechtigkeit jedoch in den meisten Fällen nicht.

- Physische soziale Interaktionen und das soziale Kapital haben sich durch die Pandemiemaßnahmen verändert und tendenziell reduziert. Manche Beziehungen, Ehen und Familien haben sich durch die Reduktion der sozialen Interaktionen auf den kleinsten Bereich gefestigt, andere sind daran zerbrochen. Menschen auf Beziehungssuche wurden für sehr lange Zeit, in ihrem Singledasein einzementiert. Körperlichkeit, Zärtlichkeit und Sexualität außerhalb der eigenen Beziehung war de facto verboten. Freundeskreise wurden dezimiert und Kontakte mit Ausbildungs- oder Arbeitskolleg*innen waren stark eingeschränkt. Das Vereinsleben, das kulturelle und das künstlerische Leben, Tätigkeiten, in dem man mit anderen Menschen durch gemeinsamen Werte verbunden ist, kamen zum Erliegen. Die Gesellschaft zeichnete sich zu Beginn der Pandemie durch gesteigerte Solidarität aus, es ging darum, auch durch sozialen Zusammenhalt gemeinsam gegen die Pandemie vorzugehen. Mit zunehmender Dauer ging diese Solidarität jedoch verloren und eine Spaltung in Personen, die sich sehr stark an die Maßnahmen gegen Corona halten und jene, die

alle Maßnahmen für übertrieben hielten, machte sich zunehmend breit. Grenzen zwischen verschiedenen sozialen Gruppen haben sich verstärkt.

- Änderungen in der Gesundheitsversorgung. Nachdem die Auslastung von Krankenhäusern und Intensivstationen mit COVID-19 Patient*innen als zentraler Indikator und determinierender Faktor für Coronamaßnahmen war, wurde der öffentliche Scheinwerfer naturgemäß sehr starker auf die spezialisierte und intensivisierte medizinische kurative Versorgung gelegt. Dadurch traten die gesundheitsförderliche, präventive und rehabilitative Versorgung, aber auch kurative Versorgung vieler anderer Gesundheitsbeeinträchtigungen in den Hintergrund.

All diese genannten Faktoren und Veränderungen im Rahmen der COVID-19 Pandemie haben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit. Eine (notwendige) Veränderung einer dieser Gesundheitsdeterminanten unter Beeinflussung anderer Gesundheitsdeterminanten wirkt sich auf die Gesundheit aus, mit einem Ausmaß und einer Nachhaltigkeit, die nur sehr schwer einschätzbar sind. Dieses Beispiel der COVID-19 Pandemie zeigt, wie wichtig es ist, Gesundheit ganzheitlich zu sehen und alle diese Faktoren in (gesundheits-)politischen Entscheidungen zu berücksichtigen. Es zeigt auch, dass viele der politischen Entscheidungen, die die Gesundheit betreffen, nicht im gesundheitspolitischen Bereich, sondern in Bereichen der Bildungspolitik, der Arbeitspolitik, der Sozialpolitik, der Kulturpolitik, der Umweltpolitik, der Verkehrspolitik, der Ernährungspolitik, etc. getroffen werden.

Die wichtigsten Gesichtspunkte von Public Health und welche Dimensionen der Ganzheitlichkeit dabei eine Rolle spielen sind in der Box zusammengefasst.

- Fokus auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung und Bevölkerungsgruppen und nicht ausschließlich auf die Gesundheit von Einzelindividuen
- Orientierung an einem umfassenden Gesundheitsbegriff, der sich nicht in der Definition behandlungsbedürftiger Krankheiten erschöpft, sondern auch das subjektive körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden miteinschließt
- Verantwortung in allen Ebenen der gesundheitlichen Versorgung: Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Kuration und Rehabilitation
- Orientierung an Wissenschaftlichkeit und Bestreben nach Translation in die praktische Anwendung
- Berücksichtigung des Großen und Ganzen und Health in all Policies sowie Anerkennung und Lobbying, dass Gesundheit nicht ausschließlich im politischen Gesundheitsressort entsteht, sondern dass es gemeinsame Anstrengungen für mehr Gesundheit in allen Politikfeldern bedarf

Salutogenese

Das Wort „Salutogenese“ leitet sich vom lateinischen Wort „salus“ (Gesundheit, Heil, Wohlbefinden) und vom griechischen Wort „γένεσις“, „genesis“ (Entstehung) ab. Somit beschäftigt sich die Salutogenese damit, wie Gesundheit entsteht. Wichtig ist die Salutogenese in der Gesundheitsförderung, da nur durch das Wissen, wie Gesundheit entsteht, diese auch gefördert werden kann. Die Salutogenese beschäftigt sich mit Fragen wie „Warum bleiben Menschen – trotz vieler möglicher gesundheitsgefährdender Einflüsse – gesund?“, oder „Wie schaffen es manche Menschen, sich schneller von Gesundheitsbeeinträchtigungen zu erholen als andere?“, oder „Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremster Belastungen und gegebenenfalls auch Krankheiten zufrieden, glücklich, und somit gesund sind?“.

Rein vom Begriff her steht die Salutogenese der Pathogenese gegenüber. „Pathogenese“ leitet sich vom griechischen Wort „πάθος“, „pathos“ (Leiden, Krankheit, Sucht) ab, und beschäftigt sich folgerichtig damit, wie Krankheiten entstehen. Wichtig ist dieses Wissen in der Krankheitsprävention, denn nur durch das Wissen wie Krankheiten entstehen, kann man durch das Ausschalten der sie verursachenden Faktoren diese auch verhindern. So konträr diese beiden Ansatzpunkte der Salutogenese und der Pathogenese zunächst erscheinen mögen, so wichtig ist die Kombination dieser beiden Ansätze in einer nachhaltigen, umfassenden und ganzheitlichen Steigerung von Gesundheit. Gesundheit entsteht immer als Ausdruck des Verhältnisses aus Gesundheitsressourcen und Gesundheitsbelastungen. Die Gesundheitsressourcen zu steigern, völlig unabhängig vom Vorhandensein von Gesundheitsbeeinträchtigungen, ist dabei das Bestreben der Gesundheitsförderung, die einen salutogenetischen Ansatz verfolgt. Gesundheitsbelastungen zu minimieren ist das Bestreben der Prävention mit ihrem pathogenetischen Ansatz. Beide Strategien sind jedoch wichtig und viele Maßnahmen der Gesundheitsförderung (z.B. gesundheitswirksame körperliche Aktivität) zielen sogar gleichzeitig darauf ab Gesundheitsressourcen zu steigern und Gesundheitsbelastungen abzubauen. Es gibt in der wissenschaftlichen Literatur viele verschiedene Modelle, die sich mit Gesundheitsressourcen und Gesundheitsbelastungen auf verschiedenen Ebenen beschäftigen (Freidl, 1997; Elkeles & Mielck 1997; Siegrist 1997; Karasek, 1990; Dörner, 2021). Das in Abbildung 1 gezeigte Modell geht davon aus, dass es Gesundheitsressourcen gibt, die gesundheitlichen Belastungen entgegenwirken können. Je mehr Gesundheitsressourcen eine Person hat, umso eher kann sie gesundheitliche Belastungen ausgleichen.

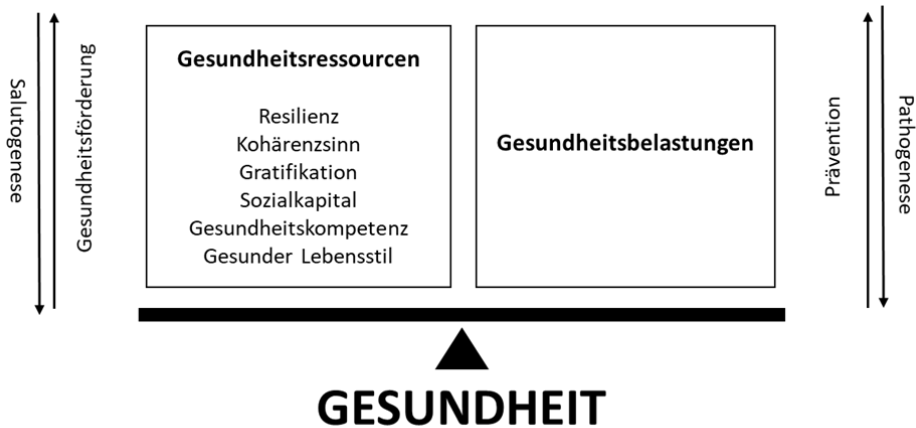


Abbildung 1: Gesundheit als Differenz von Gesundheitsressourcen und Gesundheitsbelastungen

Gesundheitsressourcen

In der wissenschaftlichen Literatur werden unzählige Gesundheitsressourcen diskutiert, die vor Gesundheitsbelastungen schützen und die es gilt in der Gesundheitsförderung zu erschließen und aufzubauen. Diese Gesundheitsressourcen können sich auf verschiedenen Ebenen befinden. Zu diesen Ebenen gehören gesundheitliche Verhaltensfaktoren, Faktoren der Persönlichkeit, soziale Faktoren, Faktoren der Umwelt, oder auch sozio-demographische Faktoren (Dorner, 2021). Eine Auswahl solcher Gesundheitsressourcen ist im Folgenden näher dargestellt.

Resilienz

Resilienz bedeutet übersetzt „Widerstandsfähigkeit“, „Belastbarkeit“, „Unverwüstlichkeit“. Unter Resilienz wird eine (psychische) Widerstandsfähigkeit verstanden. Dabei wird darauf bezogen, dass manche Menschen trotz ausgeprägter Belastungen und Risiken gesund bleiben oder sich auch besser und schneller erholen, während andere unter gleichen Bedingungen anfällig für Krankheiten sind. Resilienz ist somit ein positives Gegenstück zur Vul-

nerabilität. Tatsächlich ist Resilienz oft schwer abgrenzbar von anderen personalen Persönlichkeitsmerkmalskonzepten, wie dem Kohärenzgefühl, aber auch Hardiness oder Selbstwirksamkeitserwartungen. Resilienz fokussiert sehr stark auf protektive Faktoren und Ressourcen (Schumacher et al., 2005). Damit ist Resilienz ein Kernstück der (mental) salutogenen Gesundheitsförderung, während sich Fragen der Vulnerabilität sehr in der pathogenetischen Forschung etabliert haben, und die Reduktion der Vulnerabilität ist somit eine Domäne der Prävention.

Kohärenzsinn

Kohärenzsinn („sense of coherence“) wird als Kernstück der Salutogenese von Aaron Antonovsky bereits etwa seit Mitte des 20. Jahrhunderts sehr stark als Gesundheitsressource diskutiert. Das Wort Kohärenz bedeutet „Stimmigkeit“, „Zusammenhang“, „Zusammenhalt“. Unter Kohärenzsinn oder Kohärenzgefühl versteht man ein umfassendes und überdauerndes Gefühl des Vertrauens, dass (1) die inneren und äußeren Umweltreize im Lebenslauf strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind (Verstehbarkeit), dass (2) die Ressourcen, die verfügbar sind, um die Anforderungen, die an eine Person gestellt werden, bewältigt werden können (Handhabbarkeit), und dass (3) die Anforderungen auch gleichzeitig Herausforderungen sind, für die sich Anstrengung und Engagement lohnen (Bedeutsamkeit). (Vinje et al., 2016).

Gratifikation

Wörtlich leitet sich das Wort Gratifikation vom lateinischen „gratis“ (umsonst) und „facere“ (machen) ab, meint also eine Gefälligkeit. Im salutogenen Universum bedeutet Gratifikation bedeutet „Belohnung“, „Befriedigung“, aber auch „Erfüllung“ oder „Freude“. Das Wort Gratifikation wird meist im Zusammenhang mit Arbeit gesehen, und verwendet als Ausdruck, was man zurück bekommt, für das was man in der Arbeit leistet. Das „Effort/Reward“ Modell, beispielsweise, geht davon aus, dass Krankheiten entstehen, wenn es permanent zu einer Dysbalance aus Verausgabung (Effort) und Entschädigung (Reward, bzw. Gratifikation) kommt. Verausgabung kann dabei zum Beispiel Engagement, Wissen, Zeit, Identifikation, Leistung

oder Persönlichkeit sein. Auf der anderen Seite kann Entschädigung beispielsweise Lohn bzw. Lohngerechtigkeit, ausbildungsadäquate Beschäftigung, Arbeitsplatzsicherheit, Weiterbildungsmöglichkeit, Karrieremöglichkeit, Einflussmöglichkeit etc. sein. Wenn man immer mehr von sich hergibt, als man zurückbekommt, dann führt das zu Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheit. Solche Dysbalancen als Verausgabung und Entschädigung (Gratifikationskrisen) kommen besonders häufig bei Personen in Berufen mit niedriger Qualifikation vor (Siegrist et al., 1997; Siegrist, 2015). Ein anderes Modell, das in diesem Zusammenhang häufig zitiert wird, und das ähnliche Zusammenhänge darstellt, ist das Job Demand / Control Modell. Dieses Modell geht von der Vorstellung aus, dass es Berufe gibt, die unterschiedlich fordernd sind („Demand“), und über die man unterschiedlich viel „Job Control“ haben kann (Einfluss darauf was, wann, wie, wie schnell, etc. gearbeitet wird). Job Control steht dabei als Gesundheitsressource den Anforderungen im Job gegenüber. Aktive Berufe sind demnach Berufe mit hoher Anforderung und hoher Kontrolle, passive Berufe sind jene mit niedriger Anforderung und niedriger Kontrolle. Sind Berufe wenig fordernd mit hoher Kontrolle, besteht eine niedrige Belastung („Low strain“). Sind Berufe allerdings sehr fordernd und besteht gleichzeitig wenig Kontrolle, besteht eine hohe Belastung („High strain“). Und diese Berufe mit hoher Belastung sind es, die krank machen (Karasek & Theorell, 1990). Job Control als Gesundheitsressource weist dabei sehr deutliche Parallelen zur „Handhabbarkeit“ in Antonovskys Kohärenzsinn auf, aber auch zu anderen Gesundheitsressourcen wie zum Beispiel Selbstwirksamkeit.

Sozialkapital

Sozialkapital bedeutet die Summe an sozialen Ressourcen, die zur Verfügung stehen, um Ziele zu erreichen. Unter Sozialkapital werden soziales Vertrauen, gemeinschaftliche Normen und interpersonale Netzwerke verstanden. Sozialkapital ist für den Zusammenhalt in der Gesellschaft verantwortlich. In vielen wissenschaftlichen Projekten wurde ein sehr enger Zusammenhang zwischen Sozialkapital, Gesundheit und Wohlbefinden und (persönlichem genauso wie gesellschaftlichem) Erfolg gezeigt.

Sozialkapital wird auf drei Ebenen und zwei weiteren Dimensionen gebildet: Die Mikroebene des Sozialkapitals umfasst besonders nahe stehende Menschen in der Familie und im Freundeskreis. Sie beinhaltet die Menschen, zu denen wir uneingeschränktes Vertrauen haben. Diese Ebene ist auch jene, in der es um Partnerschaft, Körperlichkeit, Intimität und Sexualität geht. Psychische, soziale aber insbesondere auch biologische Prozesse erklären die Gesundheitswirksamkeit der Mikroebene des Sozialkapitals. In der Mesoebene sind größere Gruppen von Menschen inkludiert, Menschen, die wir zumindest vom Namen her kennen. Sie umfasst den erweiterten Bekanntenkreis, Cliques, Nachbar*innen, Arbeitskolleg*innen, Bekannte aus Vereinen und sozialen Netzwerken. Die Mesoebene des Sozialkapitals ist die klassische Ebene der sozialen Unterstützung, die an sich allein schon eine Gesundheitsressource darstellt. In der Makroebene des Sozialkapitals ist kein persönlicher Kontakt zu einzelnen Menschen nötig. Diese Ebene wird durch große Gemeinschaften gebildet, die gemeinsame Ziele oder Ideale verfolgen. Sie ist die Ebene des Sozialkapitals, in der es um Sinnfindung geht und in der die Begeisterung für eine Idee erlebt wird. Es geht um die Einbindung und Zugehörigkeit in ein größeres Ganzes. Klassische Aspekte der Makroebene des Sozialkapitals sind Politik, Ideologien und Religionen, modernere Aspekte sind Sport, Natur oder Kultur und Musik (Heliwell & Putnam, 2004). Die Makroebene des Sozialkapitals weist starke Parallelen zu anderen Gesundheitsressourcen auf, wie zur Sinnhaftigkeit in Antonovskys Kohärenzsinne. Ganz besonders kreative Beschäftigungen als Teil der Makroebene des Sozialkapitals haben gemäß eines Berichtes der Weltgesundheitsorganisation deutliche gesundheitsförderliche Effekte. Aktivitäten wie Tanzen, Singen, Malen, Basteln, Museums-, Theater- und Konzertbesuche wirken sich positiv auf Diabetes mellitus, Adipositas, Schmerz, Schlaf, Appetit oder psychische Erkrankungen wie Ängste aus (WHO, 2019). „Bonding“ ist eine Dimension des Sozialkapitals, bei dem es um Kommunikation und Interaktionen innerhalb der eigenen Gemeinschaft geht. Wichtig ist das Gefühl der Geborgenheit, Harmonie und Wohlfühl bei Kontakten mit Menschen aus dem eigenen Kreis. Beim „Bridging“ geht es darum, Brücken zu Fremden, anderen Menschen zu bauen, auch außerhalb der jeweiligen Gemeinschaft (Heliwell & Putnam, 2004). Diese Dimension beschäftigt sich damit, wie die

Interaktion mit Menschen die sich in Geschlecht, Alter, Kultur, Religion, Weltanschauung, sexueller Orientierung, Beeinträchtigungen (Körper-, Sinnes- oder kognitiver Behinderung), etc. voneinander unterscheiden, sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Bridging ist die Diversitätsdimension von Sozialkapital.

Alle 5 Ebenen oder Dimensionen von Sozialkapital sind für die Gesundheit von großer Wichtigkeit. Sozialkapital kann in all diesen Ebenen und Dimensionen erhöht werden. Anhand österreichischer Daten wurde beispielsweise ein starker Zusammenhang zwischen Sozialkapital und Adipositas (Muckenhuber et al., 2015) bzw. Sozialkapital und der Häufigkeit von Schmerz, Schmerzintensität, und bei gegebenem Schmerz Krankschreibungen aufgrund der Schmerzen (Muckenhuber et al., 2016) gezeigt.

Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz (Health literacy) wird definiert als die kognitiven und sozialen Fertigkeiten, die die Motivation und das Vermögen von Personen bedingen, zu Informationen, welche die Gesundheit fördern und aufrechterhalten, Zugang zu haben, sie zu verstehen und in Anspruch zu nehmen. Diese Fähigkeiten ermöglichen es den Menschen Informationen zu erwerben, sie zu verstehen und sie anzuwenden, um Entscheidungen treffen und Aktionen setzen zu können, die einen Einfluss auf ihren Gesundheitszustand haben (Nutbeam, 1999).

In der Gesundheitskompetenz werden drei Ebenen unterschieden: die funktionale, die interaktive und die kritische Ebene. Auf der funktionalen Ebene werden einfache Informationen zur Gesundheit verstanden und in Entscheidungen und Orientierungen umgesetzt. Auf der interaktiven Ebene werden bereits komplexere Informationen in Bezug auf Gesundheit verstanden und es spielen soziale Kompetenzen und kognitive Fertigkeiten eine große Rolle. Auf dieser Ebene werden die Menschen dazu befähigt, eine aktive Rolle im Gesundheitssystem zu spielen. Neue Informationen können auf sich ändernde Umstände angewendet werden und es ist möglich, selbstbewusst mit Personen in Gesundheitsberufen und anderen Menschen, die Informationen für Gesundheit anbieten, zu interagieren. Besonders die interaktive Ebene

ist aber auch davon abhängig, inwieweit im Bereich des Gesundheitssystems den Patient*innen und Teilnehmer*innen die Möglichkeit gegeben wird, eine gleichberechtigte, auf Augenhöhe mit den Health Professionals interagierende Person zu sein. Gesundheitskompetenz ist deshalb nicht lediglich etwas, wozu die Menschen befähigt werden sollen und können, Gesundheitskompetenz ist auch eine Einstellungssache im Gesundheitssystem selbst. Die kritische Ebene der Gesundheitskompetenz ist die Voraussetzung, um Anweisungen und Aussagen zu hinterfragen, Entscheidungen abzuwägen und Risiken einzuschätzen. Es stellt die am meisten fortgeschrittene Form der Gesundheitskompetenz dar. In der kritischen Ebene geht es darum, Gesundheitsinformationen bewerten zu können und zu unterscheiden zwischen gut abgesichertem Gesundheitswissen, und Informationen, die vielleicht ganz andere Ziele verfolgen als die Gesundheit der Menschen zu erhöhen, und die nur als Gesundheitsinformationen getarnt sind (Nutbeam, 2009).

Gesundheitskompetenz kann dadurch gestärkt werden, dass Wissen zu Gesundheit, zu gesundheitlichen Einflussfaktoren und zum Gesundheitssystem vermittelt wird, Einstellungen zum Thema Gesundheit verbessert, Kompetenzen im Bereich Lebensstiloptimierung dazugewonnen und Selbstwirksamkeit erfahren wird. Es geht also um Kompetenzen für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil genauso wie um Kompetenzen, sich im Gesundheits- und Krankheitsversorgungssystem zurecht zu finden.

Gesundheitskompetenz hat auch eine starke Beziehung zum salutogenen Kohärenzssinn nach Antonovsky. Die drei Ebenen der Gesundheitskompetenz können den drei Ebenen des Kohärenzsinnes zugeordnet werden. So entspricht die funktionale Ebene der Gesundheitskompetenz der Verstehbarkeit, die interaktive Ebene der Anwendbarkeit und die kritische Ebene der Bedeutsamkeit des Kohärenzsinns (Dorner, 2021).

Gesundheitskompetenz hat positive Einflüsse auf das Gesundheitsverhalten, auf den Gesundheitszustand, Häufigkeit akuter und chronischer Krankheiten, Krankheitsbewältigung und Inanspruchnahme der und Koordination innerhalb der Versorgung. Mit österreichischen Daten wurde beispielsweise der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz mit der Häufigkeit

chronischer Schmerzen, der Schmerzwahrnehmung und der Schmerzintensität (Köppen et al., 2018), oder der Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und der Krankheitsbewältigung bei Personen mit Diabetes mellitus (Dorner et al., 2013) gezeigt.

Gesunder Lebensstil

Auf der Ebene der gesunden Lebensweisen sind klassische Lebensstilfaktoren wie ausreichende körperliche Aktivität bzw. körperliches Training zu nennen, oder ein gesundes Ernährungsmuster. Lebensstil beinhaltet aber auch beispielsweise erfüllende Sexualität, die ebenfalls als sehr wichtige Gesundheitsressource gilt. Damit wäre auch eine Verbindung zur Mikroebene des Sozialkapitals gegeben. Klassische Beispiele für ungesunde Lebensweisen wären Rauchen oder Alkoholkonsum. Aber Lebensstil ist nicht lediglich auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen zu reduzieren.

Ein gesundheitsförderlicher Lebensstil beinhaltet über Faktoren des gesundheitsrelevanten Verhaltens hinaus noch wesentlich mehr. Unter gesundheitsrelevanten Lebensstilen können „zeitlich relativ stabile typische Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Einstellungen und Ressourcen, welche von Individuen und Gruppen in ihrer Auseinandersetzung mit sozialen und soziokulturellen Lebensbedingungen entwickelt werden können“ verstanden werden (Abel et al., 2004). Hier werden die starken Parallelen zu anderen Gesundheitsressourcen, wie dem Kohärenzsinn, der Makroebene des Sozialkapitals, oder der Gesundheitskompetenz sichtbar. Zum gesundheitsrelevanten Verhalten zählen gesundheitsförderliche Verhaltensweisen (z.B. Bewegung, Ernährung, Konsum oder Nicht-Konsum verschiedener Substanzen, das Nutzen des vorhandenen Versorgungsangebotes von Gesundheitsförderung über Prävention und Kuration bis zur Rehabilitation). Unter den Einstellungen lassen sich die Gesundheit betreffende Werte und Orientierungen zusammenfassen (z.B. Selbstfürsorge oder Lösungsorientierung, also selbstfürsorgliche Haltung oder lösungsorientierte Haltung). Ressourcen sind die Summe internaler, personengebundener (z.B. Fähigkeiten, Wissen, persönliche finanzielle Mittel) und externaler, außerhalb des Einflussbereiches einzelner Personen liegender (z.B. soziale Unterstützung

durch Familie und Freunde; Zugang zu Gesundheitsversorgung; sozio-ökonomischer Status; physische, gebaute, kulturelle und politische Umwelt) hilfreicher Mittel (Abel et al., 2004).

In einem noch größeren Kontext wird Lebensstil in einer weiteren Definition gestellt: „Unter Lebensstil wird die Summe von Verhaltensmustern verstanden, die durch das Zusammenspiel von Persönlichkeitsmerkmalen der / des Einzelnen, sozialen Beziehungen sowie sozio-ökonomischen und ökologischen Lebensbedingungen bestimmt ist. Lebensstile umfassen alle Bereiche der täglichen Lebensführung wie Bewegungs- oder Ernährungsverhalten, politisches Handeln, oder den Umgang mit Gefühlen. Wenn Individuen durch Gesundheitsförderung erfolgreich dafür gewonnen werden sollen, ihren Lebensstil oder ihre Lebensstile zu ändern, dann sollte die entsprechende Intervention einerseits auf das Individuum selbst, andererseits auch auf dessen Lebensbedingungen abzielen“ (Dorner, 2018).

Public Health und Salutogenese

Wie eingangs erwähnt definiert sich Public Health dadurch, dass sie sich nicht auf den Gesundheitszustand einzelner Menschen konzentriert, sondern auf die Gesundheit einer gesamten Bevölkerung. Diese Bevölkerung besteht jedoch wieder aus einzelnen Menschen und somit erhöht Gesundheitsförderung einzelner auch den Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung. Die erwähnten Gesundheitsressourcen zielen vor allem darauf ab, die Gesundheit Einzelner zu fördern. Allerdings gibt es auch zunehmend Forschungsbereiche, die sich mit Gesundheitsressourcen ganzer Bevölkerungen, unabhängig von den einzelnen Individuen, beschäftigen. Ein Beispiel dafür wäre das Konzept des sozialen Zusammenhaltes („social cohesion“), das zunehmend beforscht ist. Dieses Konzept wäre beispielsweise Sozialkapital auf Bevölkerungs- (Public Health) Ebene. Es ist dies der wichtige metaphorische Kitt, der die Bevölkerung zusammenhält und gerade in der Post-COVID-Zeit eine besondere Herausforderung für die Gesundheit einer Gesellschaft darstellt.

Public Health geht aber noch einen Schritt weiter. Wie ebenfalls erwähnt, sind die beiden Hauptforschungszweige von Public Health die Gesundheitsförderungsforschung, in der die Salutogenese eine Hauptrolle spielt, und die Versorgungsforschung. Und in der Versorgungsforschung geht es unter anderem auch darum, wie die Bevölkerung den möglichst besten, effizientesten und gerechtesten Zugang zu Gesundheitsressourcen hat. Es geht auch darum, wie das gesundheitliche Versorgungssystem so gestaltet werden kann, dass es nicht ausschließlich krankheitsorientiert (pathogenetisch) agiert und Krankheiten therapiert oder im besten Fall auch versucht zu vermeiden, sondern den Menschen in den Mittelpunkt stellt, mit all seinen möglichen Belastungen, aber vor allem seinen Gesundheitsressourcen, die es gilt zu erschließen und auszubauen, also ein Gesundheitssystem, das sich nach den Prinzipien der Salutogenese orientiert. Ein good practice Beispiel, wie Salutogenese in das Gesundheitsversorgungssystem integriert werden kann, findet sich in der folgenden Box.

Stationäre Gesundheitsförderung: Neue Wege in einer österreichischen Sozialversicherung

Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) betreibt seit Herbst 2021 in Sitzenberg-Reidling (Niederösterreich) eine Gesundheitseinrichtung, in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention eine zentrale Rolle spielen. Das in Österreichisch traditionell ausgeprägte Kurwesen bietet dafür die Voraussetzung evidenzbasierte Gesundheitsförderungsmaßnahmen im stationären Setting umzusetzen. Zielgruppe dafür sind alle Personen im erwerbsfähigen Alter, die unabhängig von Gesundheitszustand und Vorliegen von Krankheiten von einer lebensstilbasierten, dreiwöchigen, stationären Gesundheitsförderung profitieren. Somit ist die Einrichtung offen für Personen ohne Erkrankungen, was allein schon eine Neuerung in der gesetzlichen Sozialversicherung darstellt, aber auch für Personen mit Risikofaktoren, und Menschen mit stabilen chronischen Erkrankungen. Bei der stationären Gesundheitsförderung werden Maßnahmen in fünf Bereichen durchgeführt: Bewegungsförderung, Ernährungsoptimierung, Verbesserung der mentalen Gesundheit, Sozialkapitalerhöhung und Gesundheitskompetenzsteigerung. Schwerpunkt liegt dabei in

der Erschließung, Identifizierung und dem Ausbau von Gesundheitsressourcen. Je nach Alter, Vorerkrankungen, Bewegungsumfang, Stresslevel, Körpergewicht, Stadium der Verhaltensänderung und vor allem persönlichen Erwartungen und Zielen werden die Maßnahmen individuell und auf die Bedürfnisse der Personen abgestimmt. Der insgesamt dreiwöchige Aufenthalt gliedert sich in einen zweiwöchigen Basisaufenthalt und in eine Folgeweche drei Monatespäter. Begleitet werden diese Maßnahmen durch ein umfangreiches diagnostisches Konzept, in dem viele Parameter während des Basisaufenthaltes erhoben werden, und drei Monate später in der Folgeweche wiederholt. Diese Daten dienen der wissenschaftlichen Evaluierung des Angebotes, in dem die Erreichung der selbst gestellten Gesundheitsziele monitiert werden, die Effektivität der Gesundheitsförderungsmaßnahmen untersucht wird, und insbesondere die Rolle der Gesundheitsressourcen in der Zielerreichung beforscht wird (Katzenbeisser et al., 2020; Dorner et al., 2020).

Abschließend kann gesagt werden, dass Salutogenese ein wesentliches Instrument von Public Health ist, das durch Stärkung von Gesundheitsressourcen zur besseren Gesundheit sowohl Einzelner, als auch gesamter Bevölkerungen beiträgt. Die Zäsur durch die COVID-19 Pandemie hat gezeigt wie wichtig viele Gesundheitsressourcen für die Bevölkerung sind, da einige davon eingeschränkt zugänglich wurden oder uns gar abhandengekommen sind. Die Public Health Herausforderungen in der Post-COVID-Ära in Bezug auf Salutogenese werden sein (1) ein gesundheitsförderlicher Lebensstil mit gesunder Ernährung, mehr Bewegung, Prävention von Übergewicht und Adipositas, die sich in einem ganzheitlichen Lebensstil eingebettet sind, in dem es vor allem um Haltungen und Werte der Menschen geht, die sie dazu befähigen ein glückliches, gesundes Leben zu führen; (2) die Bildung einer Arbeitswelt, die gekennzeichnet ist von einer guten Balance aus Herausforderung und Gratifikation, Anforderung und Selbstbestimmung, und die per se als Gesundheitsressource erlebt werden kann; (3) die Förderung eines sozialen Zusammenhalts basierend auf Solidarität und Respekt, die Sozialkapital

in allen Ebenen und Dimensionen stiftet; (4) die Ausrichtung des Gesundheitssystems in dem der Mensch und nicht die Krankheit im Mittelpunkt steht, und die sich nicht nur mit den Gesundheitsbeeinträchtigungen und Gesundheitsbelastungen der Menschen, sondern vor allem auch mit der Steigerung ihrer Gesundheitsressourcen beschäftigt.

Literatur

Abel T, Buddeberg C & Duetz M (2004). Gesundheitsrelevante Lebensstile
In: Buddeberg C.; (Hsrg.): *Psychosoziale Medizin*. Berlin, Heidelberg:
Springer Verlag, 3. Auflage.

Adams KF, Leitzmann MF, Ballard-Barbash R, Albanes D, Harris TB,
Hollenbeck A & Kipnis V (2014). Body mass and weight change in
adults in relation to mortality risk. *Am J Epidemiol.* 179, 135-144.

Beaglehole R; Bonita R, Horton R; Adams O & McKee M (2004). Public
health in the new era: improving health through collective action. *Lancet*
363, 2084-2086.

Dorner TE (2018). Einführung in Gesundheitsförderung und Prävention.
In: Wittmann K, Kunze U (Hrsg.): *Der Mensch in Umwelt, Familie und Gesellschaft. Ein Lehr- und Arbeitsbuch für den ersten Studienabschnitt Medizin*.
Wien: facultas, 13. Auflage.

Dorner TE, Lackinger C, Schindler K, Stein KV, Rieder A & Ludvik B
(2013). Health information regarding diabetes mellitus reduces misconceptions and underestimation of consequences in the general population. *Public Health Nutr.* 16, 2032-2039.

Dorner TE (2016). Public Health. In: Dorner TE (Hrsg.). *Public Health. Von den Gesundheitsbedürfnissen der Gesellschaft zu klinischen Implikationen*. Wien:
facultas, 4. Auflage.

- Dorner TE (2021). Sozioökonomischer Status – Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann M & Mohokum M (Hrsg.). *Prävention und Gesundheitsförderung, Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit*. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag.
- Dorner TE, Wolner-Strohmeyer G, Katzenbeisser C, Lackinger C & Stein KV (2020). Physical Activity as Part of an Intramural Health Promotion Programme for People with and without Chronic Diseases. A New Tool in Health Care Run by a Public Social Health Insurance. *Int J Environ Res Public Health*. 17, 7491.
- Egger M, Razum O & Rieder A (2018). Public Health: Konzepte, Disziplinen, Handlungsfelder. In: Egger M, Razum O & Rieder A (Hrsg.). *Public Health Kompakt*. Berlin: De Gruyter, 3. Auflage.
- Elkeles T & Mielck A (1997). Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. *Gesundheitswesen* 59, 137-143.
- European Public Health Association (2018). E-Collection: Health promotion and the need for a multisectoral approach. *European Journal of Public Health*. https://academic.oup.com/eurpub/pages/health_promotion
- Freidl W (1997). The impact of anomia as a factor in a demand resource model of health. *Soc Sci Med*. 44, 1357-1365.
- Helliwell JF & Putnam RD (2004). The social context of well-being. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 359, 1435-1446.
- Karasek R & Theorell T (1990). *Healthy work*. New York: Basic Books.
- Katzenbeisser C, Fichtinger J, Hübsch D & Dorner TE (2020). Stationäre Gesundheitsförderung – ein Pionierprojekt in der österreichischen Sozialversicherung. *Gesundheitswesen* 82, 475.
- Köppen PJ, Dorner TE, Stein KV, Simon J & Crevenna R (2018). Health literacy, pain intensity and pain perception in patients with chronic pain. *Wien Klin Wochenschr*. 130, 23-30.

- McKee M, Stuckler D, Zeegers Paget D & Dorner T (2016). The Vienna Declaration on Public Health. *Eur J Public Health*. 26, 897-898.
- Muckenhuber J, Dorner TE, Burkert N, Großschädl F & Freidl W (2015). Low social capital as a predictor for the risk of obesity. *Health Soc. Work.* 27.
- Muckenhuber J, Pollak L, Stein KV & Dorner TE (2016). Individual Cognitive Social Capital and Its Relationship with Pain and Sick Leave Due to Pain in the Austrian Population. *PLoS One* 11, e0157909.
- Nutbeam D (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *Int J Publ Health*. 54, 303-305.
- Nutbeam D (1999). Health Promotion Glossary. *Health Prom Int.* 13, 349-364.
- ÖGPH (Österreichische Gesellschaft für Public Health). *Public Health in Österreich. Was ist Public Health?* <https://oeph.at/public-health-oesterreich>
- Schumacher J, Leppert K, Gunzelmann T, Strauß B & Brähler E (2005). Die Resilienzskala - Ein Instrument zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 53, 16-39.
- Siegrist J (2015). *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen: Forschungsevidenz und preventive Maßnahmen*. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Siegrist J, Klein D & Voigt KH (1997). Linking sociological with physiological data: the model of effort-reward imbalance at work. *Acta Physiol Scand Suppl.* 640, 112-116.
- Vinje HF, Langeland E & Bull T (2016). Aaron Antonovsky's development of salutogenesis, 1979 to 1994. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, Espnes GA (Hrsg). *The handbook of salutogenesis*. Berlin, Heidelberg: Springer.

WHO (World Health Organization). Health Evidence Network synthesis report 67. Fancourt D & Finn S (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. WHO: Copenhagen.

Salutogenese als Grundlage von Stärkung der Gesundheitskompetenz in Österreich

Peter Nowak

Gesundheitskompetenz (Health literacy) hat weltweit und insbesondere auch in Österreich in den letzten 10 Jahren eine wachsende Bedeutung in der gesundheitspolitischen Diskussion erlangt. Insbesondere seit der ersten vergleichenden, europäischen Gesundheitskompetenz-Erhebung HLS-EU (HLS-EU Consortium 2012) haben immer mehr europäische Länder begonnen, Strategien und Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheitskompetenz zu entwickeln und zu implementieren (Dietscher & Nowak 2021). Dieser Artikel versucht deutlich zu machen, dass die Konjunktur der Gesundheitskompetenz auch auf einem vertieften Verständnis für die Entstehungszusammenhänge von Gesundheit beruht. Gesundheitskompetenz könnte wesentlich dazu beitragen, das dominierende, enge, bio-medizinische Paradigma der Krankheitsbehandlung zu erweitern und salutogenetische Sichtweisen und Praktiken auch im Gesundheitswesen zu stärken. Der enge Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und Salutogenese-Theorie ermöglicht einen neuen Blick auf die seit 35 Jahren geforderte Re-Orientierung des Gesundheitswesens auf Gesundheit (WHO 1986), die in diesen Jahrzehnten trotz vielversprechender Ansätze (HPH 2020) nur wenig Fortschritte gemacht hat (Catford 2014). Im Hauptteil wird der Artikel das zugrunde gelegte Konzept von Gesundheitskompetenz kurz erläutern und bisher in Österreich entwickelte Ansatzpunkte und Umsetzungsstrategien systematisch skizzieren.

Gesundheit braucht Ressourcen und Zuversicht und daher die Stärkung der Gesundheitskompetenz

Schon die bereits erwähnte Ottawa-Charter (WHO 1986) formuliert ihr salutogenetisches Verständnis von Gesundheit mit dem Statement „Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben.“ Aber was brauchen Menschen, um Entscheidungen treffen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände ausüben zu können? Das Salutogenetische Modell von Antonovsky (1979) stellt hier insbesondere das „Kohärenzgefühl“ als verbindendes Bestimmungstück zwischen den Ressourcen eines Menschen und seine Gesundheit. Kohärenzgefühl wird von Antonovsky als grundlegende Zuversicht in sich und die Welt definiert: „...a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that one’s internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected.” (Antonovsky 1979, zit. nach Mittelmark & Bauer 2017). Diese Zuversicht entsteht, wenn Menschen sich und ihre Welt verstehen, selbstbestimmt handhaben und als sinnvoll im eigenen Leben erfahren können (Eriksson 2017). Diese drei Aspekte des Kohärenzgefühls, Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit, stehen in engem Zusammenhang mit dem, was viel später als Gesundheitskompetenz definiert wurde.

Nach der in Europa am meisten verbreiteten Definition (Sørensen et al. 2012) beruht Gesundheitskompetenz auf allgemeiner Bildung und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten (skills) von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Wobei Wissen in engem Zusammenhang mit der Verstehbarkeit im Kohärenzgefühl gesehen werden kann, ebenso wie Motivation mit Bedeutsamkeit und Fähigkeiten mit Handhabbarkeit. Damit wird der gesundheitskompetente Umgang mit Gesundheitsinformationen nicht nur zum Instrument einer effizienten Krankenbehandlung, Prävention und Gesundheitsförderung, sondern ist in sich ein Beitrag zur Gesundheit, weil er das Kohärenzgefühl und die Zuversicht der Menschen stärken hilft.

Ein wesentliches weiteres Bestimmungsstück von Gesundheitskompetenz ist das Verhältnis zwischen dem Wissen, der Motivation und den Fähigkeiten der Menschen und den Gesundheitsinformationsangeboten, die sie in ihrem konkreten Umfeld (nicht) vorfinden (Parker 2009). Ob man Gesundheitsinformation finden, verstehen, beurteilen und anwenden kann, hängt eben nicht nur von den Kompetenzen der Person ab, sondern mindestens so sehr von der Komplexität und den Anforderungen der angebotenen Gesundheitsinformation und Systembedingungen. Wenn eine Patientin / ein Patient eine Ärztin oder einen Arzt nicht versteht, wird dies eben auch auf die eingeschränkten kommunikativen Fähigkeiten der Ärztin oder des Arztes zurückzuführen sein. Damit ergeben sich prinzipiell zwei wesentliche Entwicklungspotentiale und Interventionsmöglichkeiten, um Gesundheitskompetenz zu stärken: 1) Menschen in ihrem Wissen, ihrer Motivation und ihren Fähigkeiten zu unterstützen und 2) die Gesundheitsinformationsangebote, das Gesundheitssystem und das professionelle Handeln des Gesundheitspersonals weiterzuentwickeln.

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz - ein vordringliches gesundheitspolitisches Anliegen in Österreich

Die Wirkungen der Gesundheitskompetenz auf bessere Lebensstil-Entscheidungen, eine bessere Fähigkeit zum Selbstmanagement von Erkrankungen und generell auf mehr Gesundheit und Lebensqualität sind mittlerweile gut belegt (Zheng et al. 2018). Umgekehrt wird eingeschränkte Gesundheitskompetenz u.a. mit folgenden Gesundheitsrisiken und Kosten in Verbindung gebracht (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern & Crotty 2011; Eichler, Wieser & Brügger 2009; Palumbo 2017). Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz:

- Nutzen weniger Präventionsprogramme,
- benötigen mehr Notfallbehandlung,
- haben mehr Krankenhausaufnahmen,
- haben mehr ungeplante Wiederaufnahmen,
- arbeiten weniger in ihrer Behandlung und Pflege mit,

- nehmen ihre Medikamente weniger korrekt ein,
- haben ein schlechteres gesundheitliches Selbstmanagement,
- haben schlechtere Behandlungsergebnisse und höhere Komplikationsrisikos.
- Niedrige Gesundheitskompetenz verursacht 3-17% der Behandlungskosten.

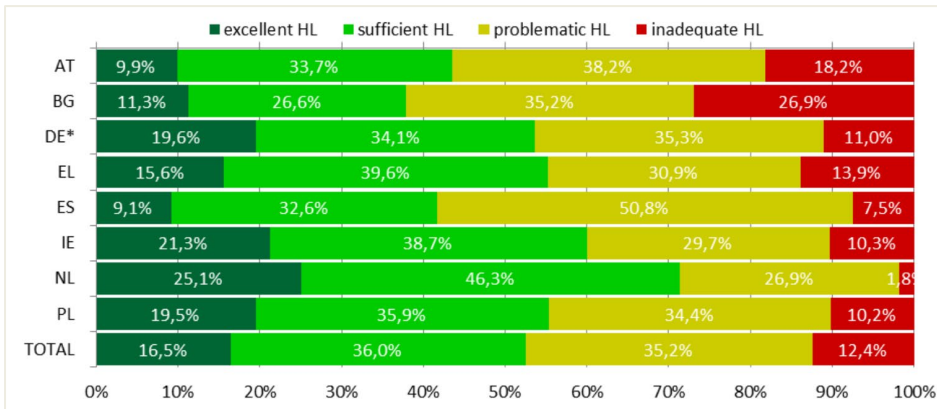


Abbildung 1: Acht Länder Vergleich – Gesamtindex Gesundheitskompetenz (HLS-EU Consortium 2012, S. 3)

* in Deutschland wurde zu diesem Zeitpunkt nur in Nordrhein-Westfalen erhoben

Diese Daten aus der ersten europäischen Gesundheitskompetenz-Erhebung wurden zu einem Zeitpunkt verfügbar, als das österreichische Gesundheitsministerium gerade mit der Erarbeitung von determinanten-orientierten, nationalen Gesundheitszielen in einem politikfeld-übergreifenden Stakeholder-Prozess begonnen hatte (BMSGPK 2021). Die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung wurde in diesem Prozess 2012 zum vordringlichsten Gesundheitsziel auf nationaler Ebene erklärt und vom Ministerrat beschlossen. In den Jahren 2012-13 erarbeitete auf dieser Basis eine Arbeits-

gruppe aus 30 interdisziplinär und intersektoral zusammengesetzten Expertinnen und Experten Haupterfolgsindikatoren und konkrete Interventionen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Österreich. Eine der zentralen Maßnahmenvorschläge war, eine bundesweite Plattform zu gründen, die von der öffentlichen Hand finanziert für eine nachhaltige Umsetzung der notwendigen Interventionen sorgen sollte. Die konkrete Ausgestaltung dieser Plattform wurde als Teil der anstehenden Gesundheitsreform konzipiert und 2015 vom höchsten Entscheidungsgremium im österreichischen Gesundheitswesen, der Bundesgesundheitskommission, beschlossen (BMG 2015). Dieses Gründungspapier skizziert eine langfristige Vision, Ziele, Aufgaben, eine Stakeholder- und politikfeldübergreifende Steuerungsstruktur und benötigte Ressourcen in drei Ausbaustufen für eine zunächst 20-jährige Umsetzungsperiode. Im selben Jahr wurden die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK; www.oepgk.at) und ihre Koordinationsstelle in der Gesundheit Österreich GesmbH gegründet. Inzwischen unterstützte die ÖPGK die Entwicklung eines breiten Spektrums von Umsetzungsmaßnahmen, die von Bund, Ländern, Sozialversicherungsträgern und weiteren Organisationen verschiedener Gesellschaftsbereiche umgesetzt werden. Schrittweise haben sich drei wesentlichen Umsetzungszugänge für die Stärkung von Gesundheitskompetenz herausgebildet: 1) gute Gespräche über Gesundheit und Krankheit, 2) gute, medial vermittelte Gesundheitsinformationen sowie 3) gesundheitskompetente Organisationen und Settings, die die beiden ersten Umsetzungszugänge systematisch in ihre organisationalen Prozesse und Strukturen einbauen. Im Folgenden werden die konkreten Bedarfslagen für Österreich und bisher vorliegende Interventionsmöglichkeiten für diese drei Zugänge skizziert.

Gesundheitskompetenz-Schwerpunkt: Gute Gesprächsqualität in der Krankenversorgung

Gespräche zwischen Gesundheitsfachkräften und Bürgerinnen und Bürgern wurden schon im ersten Maßnahmenpapier als ein zentraler Ansatzpunkt zur Stärkung der Gesundheitskompetenz angesehen (BMGF 2014). Um eine

fundierte Evidenzbasis für mögliche Umsetzungsinitiativen zu schaffen, erstellten Sator und KollegInnen (2015) zunächst eine umfassende Literaturanalyse sowie eine breite Stakeholderbefragung, um die aktuelle Situation in Österreich besser einschätzen zu können. Die Analyse zeigte, dass gute Gesprächsführung in der Krankenversorgung, insbesondere vom ärztlichen Personal, in folgenden Bereichen positive Auswirkungen hat:

- Verbesserter Gesundheitszustand der Bürgerinnen und Bürger,
- verbessertes Gesundheitsverhalten der Bürgerinnen und Bürger,
- höhere Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen,
- höhere Patientensicherheit,
- weniger Klagen wegen Behandlungsfehlern,
- verbesserte Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsdienste und
- positive gesundheitsökonomische Auswirkungen.

Die Qualität der Gesprächsführung in der Krankenversorgung ist in Österreich nicht systematisch untersucht. Einzelne Fragen der europäischen Gesundheitskompetenz-Erhebung (HLS-EU Consortium 2012) weisen darauf hin, dass etwa ein Fünftel der Bevölkerung Schwierigkeiten hat, die Erklärungen ihrer ärztlichen Gesprächspartner zu verstehen. Eine aktuellere Studie des deutschen Picker-Instituts zeigt in einer Befragung von 38.800 Krankenhauspatientinnen und -patienten in Deutschland ein ähnliches Bild zu unverständlichen ärztlichen Antworten, aber verweist teilweise auf noch weitere gravierendere Kommunikationsmängel (Stahl & Nadj-Kittler 2016; Abbildung 2). Es ist anzunehmen, dass die Situation in Österreich ähnlich ist.

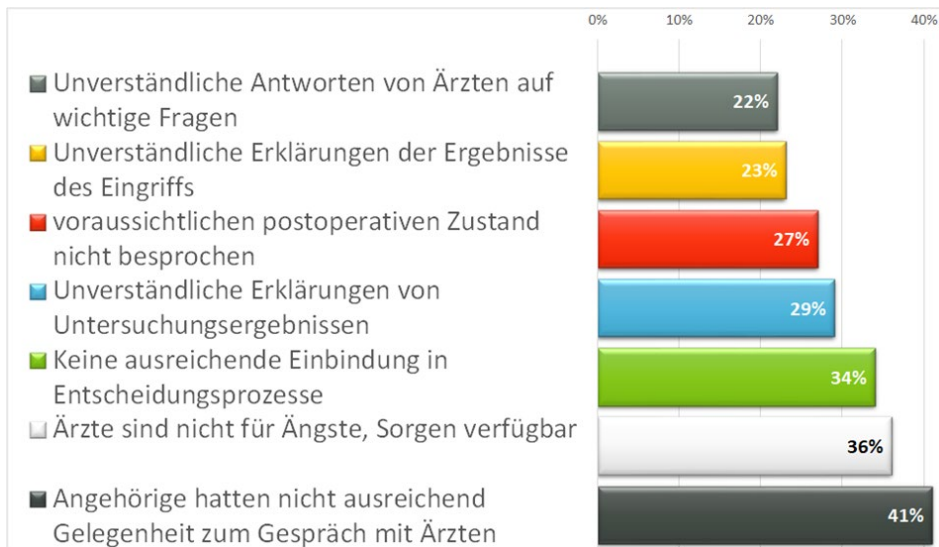


Abbildung 2: Kommunikationsdefizite in der Arzt-Patient-Kommunikation in Deutschland (Stahl & Nadj-Kittler 2016; eigene Grafik)

Gleichzeitig zeigt eine Bevölkerungsbefragung in Österreich (BMG 2016), dass die wichtigsten Erwartungen an Haus- und Fachärztinnen und -ärzte folgende Anliegen sind, 1) „dass man mir zuhört“, 2) „dass ich im Anschluss an den Besuch genau weiß, was zu tun ist“ und 3) dass man sich genug Zeit für mich nimmt“.

Gesprächsqualität im Gesundheitssystem ist daher nicht als vernachlässigbares „nice to have“, sondern als unerlässliches Werkzeug und als wirksame Intervention in Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenversorgung zu verstehen. Gute Gesprächsführung ist auch lehr- und lernbar und kann durch strukturelle und organisationale Rahmenbedingungen ermöglicht und gesteuert werden. Damit stehen Umsetzungsmöglichkeiten prinzipiell zur Verfügung, die es zu nutzen gilt. Um dies zu realisieren, hat eine Arbeitsgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitsministeriums, der Bundesländer und der Sozialversicherungsträger eine Umsetzungsstrategie

für hohe Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung entwickelt. Nach Beschluss der Bundeszielsteuerungskommission 2016 (BMGF 2016) begann die Umsetzung der Strategie zur Verbesserung der Gesprächsqualität im Gesundheitssystem 2017. Laut Strategie soll an der Personenebene, der Ebene der Gesundheitseinrichtungen und der Ebene des Gesundheitssystems angesetzt werden. Dazu sollen Maßnahmen in vier Bereichen beitragen:

- 1) Qualitativ hochwertige Trainings für Fachkräfte im Gesundheitswesen,
- 2) Empowerment von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen,
- 3) Organisationsentwicklung für Gesundheitseinrichtungen,
- 4) Weiterentwicklung der Steuerungsgrundlagen im Gesundheitssystem zur Förderung patientenzentrierter Gesprächsführung.

Um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Gesundheitseinrichtungen in Hinblick auf gute Gesprächsführung bestmöglich fortbilden zu können, entwickelte das Team der ÖPGK-Koordinations- und Kompetenzstelle unter Leitung von Dr. Marlene Sator und in Kooperation mit EACH - International Association for Communication in Healthcare (Arbeitsgruppe für Trainings tEACH) Standards für evidenzbasierte Kommunikationstrainings für Gesundheitsberufe und für zertifizierte Kommunikationstrainerinnen und -trainer auf internationalen Niveau. Im Rahmen eines durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger finanzierten Trainerlehrgangs konnten erstmals 2018-2019 Kommunikationstrainerinnen und -trainer für den Einsatz in Gesundheitseinrichtungen weiterqualifiziert werden. Die Absolventinnen und Absolventen bildeten ein Trainernetzwerk als „Community of Practice“, das von der ÖPGK getragen wird. Eckpunkte des ÖPGK-Trainingsmodells sind:

- ein evidenzbasiertes Kommunikationsmodell, das unmittelbar an den kommunikativen Herausforderungen des klinischen Alltags anschließt,

- eine evidenzbasierte erfahrungsbasierte Didaktik,
- ein auf die Zielgruppe zugeschnittenes, longitudinales Trainingsdesign und
- zertifizierte Trainerinnen und Trainer, qualifiziert nach Qualitätsstandards der ÖPGK und der EACH - International Association for Communication in Healthcare.

Der erste Trainerlehrgang wurde einer genauen Evaluation unterzogen (Sator et al. 2020) und im internationalen Vergleich als qualitativ anspruchsvolles Training eingeschätzt (Ammentorp et al. 2021). Inzwischen konnte ein ähnlicher Trainerlehrgang für Lehrende der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie an der Fachhochschule Campus Wien initiiert werden und soll 2021 abgeschlossen sein. Trainingsformate für Rehabilitationseinrichtungen wurden ebenso entwickelt und sollen 2021 in Rehabilitationseinrichtungen der Sozialversicherung erprobt werden. Ausgelöst durch die Corona-Krise stellte die ÖPGK sehr viel genutzte, internationale Leitfäden für Tele- und Video-Konsultationen in deutscher Übersetzung zur Verfügung (<https://oepgk.at/gute-gespraechsqualitaet-in-zeiten-von-corona-und-telemedizin/>; Zugriff am 31.3.2021).

Aber auch Patientinnen und Patienten und deren Angehörige sollen zu gesundheitskompetenter Kommunikation befähigt werden. Dazu entwickeln die ÖPGK und ihre Mitglieder die Initiative „3 Fragen für meine Gesundheit“ (<https://oepgk.at/drei-fragen-fuer-meine-gesundheit/>; Zugriff am 31.3.2021). Diese Initiative soll dazu beitragen, auf schnelle und effektive Weise die Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten und Gesundheitsfachkräften zu verbessern. „3 Fragen für meine Gesundheit“ ist angelehnt an das Konzept „Ask me 3“ der National Patient Safety Foundation aus den USA, das inzwischen international zur Aktivierung von Patientinnen und Patienten eingesetzt wird und gut evaluiert ist (Shepherd et al. 2011). „3 Fragen für meine Gesundheit“ ermutigt Patientinnen und Patienten, im Gespräch mit ihren Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsfachkräften zumindest drei Einstiegsfragen zu stellen:

- 1) Was habe ich?
- 2) Was kann ich tun?
- 3) Warum soll ich das tun?

Diese drei Fragen kann man sich gut merken und sie sind für Patientinnen und Patienten in vielen Gesprächen wichtig.

Schwerpunkt Gute Gesundheitsinformation

Der zweite Schwerpunkt für Umsetzungsmaßnahmen der ÖPGK widmet sich medial vermittelten Gesundheitsinformationen. Medikamenten-Beipackzetteln, Arztbriefen, Zeitungsartikeln, Webseiten, Apps, Patientenbroschüren - Gesundheitsinformationen sind allgegenwärtig. Diese schriftlichen oder auch audio-visuellen Informationen zählen zu den meist genutzten Informationsangeboten. Sie sind gleichzeitig die zweite große Hürde oder Hilfe – neben den Gesprächen mit Gesundheitsprofis - für das Verständnis der eigenen Gesundheit oder Krankheit. Mit der Zahl der Angebote steigt aber nicht automatisch auch das Wissen oder die Gesundheitskompetenz der Österreicherinnen und Österreicher. Dazu braucht es qualitätsvolle, verständliche Gesundheitsinformationen. Derzeit sind 60 Prozent der Zeitungsartikel in Österreich über Gesundheit und Krankheit stark übertrieben oder nicht zutreffend (Kerschner et al. 2015). Nur 11 Prozent berichten korrekt (ebenda). Eine andere Studie hat die Qualität der Patienteninformationen in steirischen Hausarztpraxen untersucht. Posch und ihr Team (Posch et al. 2020) konnten zeigen, dass 58% der im Warteraum aufgelegten Informationsmaterialien von Pharma- und Medizinprodukteunternehmen stammen und nur 14% mehr als die Hälfte der Kriterien für qualitätsvolle Gesundheitsinformationen erfüllen.

Vor diesem Hintergrund hat die ÖPGK den zweiten Schwerpunkt auf „Gute Gesundheitsinformation“ gelegt. Dieser Begriff bezeichnet Informationen,

die (laien-) verständlich, umfassend, unabhängig (keine offene oder verdeckte Werbung), unverzerrt, zielgruppenorientiert, geschlechtergerecht sind und verlässlich auf wissenschaftlicher Evidenz basieren (Lühnen et al. 2017). Erst dadurch werden persönliche gesundheitliche Entscheidungen gut informiert möglich. Zunächst adaptierte das ÖPGK-Team gemeinsam mit dem Frauengesundheitszentrum Graz das vom Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin entwickelte Methodenhandbuch für Österreich, das nun in aktualisierter Fassung vorliegt (ÖPGK 2020a). Das Methodenhandbuch definiert 15 Qualitätskriterien, die Organisationen einhalten sollen, um qualitativ hochwertige Gesundheitsinformationen bereitstellen zu können. Ihr spezifisches Vorgehen beschreibt eine Organisation in einem Methodenpapier, das innerhalb der Organisation als Qualitätsstandard genutzt werden soll. Die 15 Qualitätskriterien sind (ÖPGK 2020b):

1. Identifizierung besonderer Informationsbedürfnisse
2. Systematische Recherche
3. Auswahl der Evidenz
4. Wahl und Darstellung von Ergebnissen (Endpunkte)
5. Wahl und Darstellung von Vergleichen
6. Umgang mit Zahlen und Risikoangaben
7. Berücksichtigung von Alters- und Geschlechterunterschieden
8. Anpassung an die Zielgruppe
9. Sachlich angemessene Darstellung
10. Bewertungen und Empfehlungen
11. Vorgehen bei der Erstellung von Entscheidungshilfen
12. Transparenz über Verantwortliche
13. Darlegung von Interessenkonflikten
14. Beschreibung der Formate und Inhalte
15. Aktualisierung der Inhalte.

In einem weiteren Schritt entwickelte und testete die ÖPGK gemeinsam mit Mitgliedern der Plattform jeweils Checklisten für Gesundheitsfachkräfte und

auch für Bürgerinnen und Bürger (https://oepgk.at/wp-content/uploads/2020/10/oepgk_ggi_allg_checkliste_bfrei.pdf; Zugriff am 31.3.2021). Einen Überblick über die Hintergründe und Zugangsweise der ÖPGK zur „Guten Gesundheitsinformation“ bietet ein Factsheet (ÖPGK 2019a), das durch eine Fachinformation zur „einfachen Sprache“ für Gesundheitsinformationen ergänzt wurde (ÖPGK 2019b). Die Schwerpunktarbeit zur „Guten Gesundheitsinformation“ der ÖPGK richtet sich also vor allem an Personen und Organisationen, die schriftliche oder audiovisuelle gesundheitsbezogene Informationen veröffentlichen, finanzieren, verfassen oder verbreiten.

Schwerpunkt Gesundheitskompetente Organisationen und Settings

Sowohl die Implementierung guter Gesprächsqualität als auch die Erzeugung oder Nutzung guter Gesundheitsinformationen braucht unterstützende organisationale Rahmenbedingungen - organisationale Gesundheitskompetenz. Insbesondere in Gesundheitseinrichtungen kann organisationale Gesundheitskompetenz wesentlich dazu beitragen Gesundheitsförderung, Prävention und patientenzentrierte Krankenbehandlung besser umzusetzen (Palumbo 2021). In der US-amerikanischen Pionierarbeiten (Brach et al. 2012) definieren die Autorinnen und Autoren gesundheitskompetente Organisationen: „Eine gesundheitskompetente Organisation erleichtert es den Menschen, Informationen und Dienste zu finden, zu verstehen und zu benutzen, um auf ihre Gesundheit zu achten.“ Organisationale Settings sind für die Stärkung der Gesundheitskompetenz zumindest aus drei Gründen wichtig:

1. Menschen verbringen viel Zeit in Organisationen.
2. Organisationale Strukturen und Prozesse haben einen großen Einfluss auf die Gesundheit von Individuen.
3. Organisationen haben Strukturen und Prozesse etabliert, in die Gesundheitskompetenz eingebaut werden können.

Insbesondere der letzte Punkt findet in der Entwicklung dieses ÖPGK-Schwerpunkts besondere Beachtung, da beispielsweise gezielte Personalentwicklung, Widmung von zeitlichen und finanziellen Ressourcen, Aufnehmen von Gesundheitskompetenz in die Unternehmensziele große Wirkung für viele Menschen entfalten kann. Analog zum Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung, der durch die Gestaltung von Einflussfaktoren in Settings mehr Menschen wirkungsvoller erreicht als dies durch Maßnahmen für einzelne Personen möglich wäre, bemüht sich die gesundheitskompetente Organisation also darum, das Finden, Verstehen, Bewerten und Anwenden von Informationen zu erleichtern. Davon profitieren alle Menschen, besonders aber vulnerable Gruppen, die als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder auch als Nutzerinnen und Nutzer von der Organisation beeinflusst werden.

Inzwischen liegen auch erste Untersuchungen vor, die argumentieren, dass durch Aktivitäten im Bereich der Gesundheitskompetenz die Organisationen selbst für die eigenen Organisationsziele profitieren können. So können Gesundheitseinrichtungen bessere Gesundheitsergebnisse erreichen, Betriebe gesündere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben oder auch Schulen bessere Lernerfolge erzielen (McDaid 2016).

Erste Pionierarbeiten im österreichischen Gesundheitswesen wurden bereits vor der Gründung der ÖPGK im Österreichischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) geleistet (Pelikan & Dietscher 2015, Dietscher & Pelikan 2017). In einem Benchmarking-Projekt mit neun Krankenhäusern wurde ein Selbsteinschätzungsinstrument nach internationalen Qualitätsstandards entwickelt und erprobt. Dieses Instrument wurde zum Ausgangspunkt sowohl für eine internationale Weiterentwicklung in ein sehr umfassendes Instrument im Rahmen des International Network of Health Promoting Hospitals (https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/04/SAT-OHL-Hos-v1-0-EN-international_final.pdf; Zugriff am 31.3.2021) als auch für die Entwicklung einer Kurzform für Gesundheitseinrichtungen (ÖPGK 2019c) durch die Arbeitsgruppe „Gesundheitskompetente Organisationen“ der ÖPGK. Für Gesundheitseinrichtungen bildeten ursprünglich neun Stan-

dards den inhaltlichen Rahmen dieser Selbsteinschätzung als gesundheitskompetente Organisation. Diese in einer weitergehenden Fachdiskussion auf acht Standards zusammengeführt wurden:

1. Unterstützende Führung und Verankerung in der Unternehmensstruktur,
2. Partizipativ mit Nutzerinnen und Nutzer entwickelte und evaluierte Materialien und Angebote,
3. Kommunikativ kompetente Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
4. Einfache (digitale) Orientierung in der Organisation/im Setting,
5. Nutzer-orientierte Kommunikationsprozesse und -räume,
6. Angebote für Nutzerinnen und Nutzer zum gesundheitskompetenten Umgang auch außerhalb der Organisation/des Settings,
7. Die Gesundheitskompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stärken,
8. Zur Gesundheitskompetenz in der Region beitragen.

Von diesen Pionierarbeiten angeregt haben verschiedene Mitgliedsorganisationen der ÖPGK Einschätzungstools für andere Organisationstypen vorgelegt, wie beispielsweise für Jugendzentren (Wieczorek et al. 2017), Betriebe, Gemeinden, öffentliche Verwaltung, Primärversorgungszentren, Schulen (vgl. <https://oepgk.at/rahmenbedingungen-in-organisationen-und-settings/>; Zugriff am 31.3.2021). Um den Ansatz der GKO weiter zu fördern, ermöglicht und entwickelt die ÖGPK Anerkennungsverfahren für solche Organisationen. Wesentlich scheint hier, dass wie im Pionierprojekt des ONGKG die bestehenden organisationsübergreifenden Netzwerk- und Förderstrukturen die Instrumente und Werkzeuge der Gesundheitskompetenz nutzen, um ihre eigenen Ziele besser erreichen zu können. In dieser Weise können gesundheitsfördernde Krankenhäuser durch Gesundheitskompetenzmaßnahmen ihre Gesundheitsförderungsziele vertieft umsetzen. Die neueste Initiative der ÖPGK geht nun auch in die Richtung, in Modellregi-

onen organisationsübergreifend systematisch Gesundheitskompetenzmaßnahmen für die regionale Bevölkerung etwa im Rahmen von „Gesunden Gemeinden“ umzusetzen und zu erproben.

Die Umsetzung gesundheitskompetenter Organisationen wird hier prinzipiell als Organisations- oder Qualitätsentwicklungsansatz verstanden, der den Prinzipien dieser Fachdisziplinen folgen sollte. Die Arbeitsgruppe „Gesundheitskompetente Organisationen“ hat daher auch einen Leitfaden (ÖPGK 2019c) für diese Prozesse entwickelt, der eine Unterstützung für Führungskräfte, Organisationsentwicklerinnen und -entwickler, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Personalentwicklung und im Qualitätsmanagement auf dem Weg zu einer gesundheitskompetenten Organisation sein soll. Darin werden neun verschiedene Teilprozesse beschrieben, die hilfreich sind, um Gesundheitskompetenz zu implementieren. Der Praxisleitfaden ist bewusst so angelegt, dass er von verschiedenen Settings verwendet werden kann und keine bestimmte Abfolge an Schritten vorschreibt, sondern Flexibilität unterstützt. In der bisherigen Entwicklung dieses Schwerpunktes wurde deutlich, dass es wichtig ist, auf den organisationalen Kontexten spezifisch aufzubauen und jeweils passende Kooperationen und Instrumente zu entwickeln. Es ist zu erwarten, dass hier eine Vielfalt von Umsetzungstools entwickelt wird, die auch eine breitenwirksame Stärkung von Gesundheitskompetenz ermöglichen kann.

Schlussbemerkungen

Die zentrale Rolle des Kohärenzgefühls in der Salutogenese legt es nahe, nach Instrumenten und Wegen zu suchen, die das Kohärenzgefühl vieler Menschen stärken kann. Gesundheitskompetenz scheint nicht nur ein wesentlicher Zugang für solche gesellschaftlichen Anstrengungen zu sein, sondern hat insbesondere eine inzwischen anerkannte zentrale Rolle in der Krankenversorgung. Gerade die Corona-Pandemie hat sehr deutlich gemacht, wie entscheidend gute Informationen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitssystem sowie für die gesamte Bevölkerung sind.

Ob es gute Gespräche mit Fachleuten im Gesundheitswesen, mediale Informationen oder andere sind, verständliche, anwendbare und bedeutsame Kommunikationen sind entscheidend, ob Menschen sich souverän in Gesundheitsfragen entscheiden können und ob sie tun können, was für ihre Gesundheit im weiten Sinn fördernd ist. Gesundheitskompetenz-Maßnahmen können für das traditionelle Krankenbehandlungswesen ein Schritt in Richtung auf die schon lange geforderte Re-Orientierung auf Gesundheit sein. Ebenso zeigt sich Gesundheitskompetenz als konkrete und erfolgversprechende Umsetzungsstrategie für Gesundheitsförderung in verschiedensten Settings, in der betrieblichen Gesundheitsförderung ebenso wie in der Schule oder im kommunalen Setting (Kickbusch et al. 2016).

Die Stärkung von Gesundheitskompetenz kann also als zentrale Dimension einer „Gesundheitsgesellschaft“ (Kickbusch 2006) gesehen werden. Die grundlegende salutogenetische Orientierung kann mit den Instrumentarien der Gesundheitskompetenz methodisch umgesetzt werden. Vieles ist noch fachlich zu entwickeln. Aber was es am meisten braucht, ist die Überzeugung der Entscheidungsträgerinnen und –träger, mit kommunikativen Mitteln sehr viel mehr für die Gesundheit der Bevölkerung machen zu können. Diese Überzeugung wird durch engagierte Menschen in der öffentlichen Verwaltung und eine entsprechende mediale Diskussion aufbereitet. Grundlage für dieses Engagement und einen qualitätsvollen, öffentlichen Diskurs sind überzeugende Daten und Modelle guter Praxis, die von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern bereitgestellt werden. Schon 2012 brachte die erste europäische Gesundheitskompetenz-Erhebung dieser Art eine entscheidende Wende in der österreichischen Diskussion. Die zweite europäische Gesundheitskompetenz-Erhebung läuft gerade unter Beteiligung von 17 Ländern im Rahmen eines Action-Network der WHO (Dietscher et al. 2019; https://m-pohl.net/HLS19_Project; Zugriff am 31.3.2021). Der „Health Literacy Survey – HLS19“ hat zum Teil neue Schwerpunkte gesetzt, wie digitale Gesundheitskompetenz, Navigation im Gesundheitssystem und Arzt-Patient-Kommunikation. Noch 2021 sollen die Ergebnisse publiziert werden. Es ist zu hoffen, dass auch diesmal ein nächster großer Schritt im Umdenken und im politischen Handeln möglich wird.

Literatur:

- Ammentorp, Jette; Bigi, Sarah; Silverman, Jonathan; Sator, Marlene; Gillen, Peter; Ryan, Winifred; Rosenbaum, Marcy; Chiswell, Meg; Doherty, Eva & Martin, Peter (2021): Upscaling communication skills training – lessons learned from international initiatives. In: Patient education and counseling 104/2:352-359.
- Antonovsky, Aaron (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Catford, John (2014). *Turn, turn, turn: time to reorient health services*. Health Promotion International, 29, 1, 1–4.
- Berkman, Nancy D.; Sheridan, Stacey L.; Donahue, Katrina E.; Halpern, David J. & Crotty, Karen (2011). *Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review*. In: Ann Intern Med 155/2:97-107.
- BMG (2015). *Empfehlungen zur Einrichtung der „Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz“ (ÖPGK)*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG (2016). *Bevölkerungsbefragung 2016. Endbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMGF (2014). *Gesundheitsziel 3 „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“*. Bericht der Arbeitsgruppe. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMGF (2016). *Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- BMSGPK (2021). *Gesundheitsziele Österreich* [Online]. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/gesundheitsziele/> [Zugriff am 28.3.2021].

- Brach, Cindy; Keller, Debra; Hernandez, Lyla M.; Baur, Cynthia; Parker, Ruth; Dreyer, Benard; Schyve, Paul; Lemerise, Andrew J. & Schillinger, Dean (2012). *Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations*. Washington DC: Institute of Medicine of the National Academies.
- Dietscher, Christina & Nowak Peter (2021, im Druck). *Gesundheitskompetenz als politische Querschnittsaufgabe – mit Fokus auf Österreich*. In: K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan & M. Messer (eds.): Springer Referenzwerk Gesundheitskompetenz. Berlin: Springer-Verlag.
- Dietscher, Christina & Pelikan, Jürgen M. (2017). *Health-literate Hospitals and Healthcare Organizations – Results from an Austrian Feasibility Study on the Selfassessment of organizational Health Literacy in Hospitals*. In: Schaeffer, D. & Pelikan, J.M. (eds.): Health Literacy Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe, 303-313.
- Dietscher, Christina; Pelikan, Jürgen; Bobek, Julia & Nowak, Peter (2019). *The Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) A network under the umbrella of the WHO European Health Information Initiative (EHII)*. In: Public Health Panorama 2019/5:65-71.
- Eichler, Klaus; Wieser, Simon & Brügger, Urs (2009). *The costs of limited health literacy: a systematic review*. In: International Journal of Public Health 54/5:313.
- Eriksson, Monica (2017). The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. In: M.B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G.F. Bauer, J.M. Pelikan, B. Lindström & G.A. Espnes (eds.): *Handbook of Salutogenesis*. Cham: Springer International Publishing. S. 91-96.
- HLS-EU Consortium (2012). *Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States* (Second Extended and Revised Version, Date July 22th, 2014). The European Health Literacy Survey HLS-EU, Wien.
- HPH, *International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services* (2020). Global HPH Strategy 2021-2025. Hamburg, Germany: International HPH Network.

- Kerschner, Bernd; Wipplinger, Jörg; Klerings, Irma & Gartlehner, Gerald (2015). *Wie evidenzbasiert berichten Print- und Online-Medien in Österreich? Eine quantitative Analyse*. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 109, 4–5, 341-349.
- Kickbusch, Ilona (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kickbusch, Ilona; Pelikan, Jürgen; Haslbeck, Jörg; Apfel, Franklin & Tsouros Agis D. (eds.) (2016). *Gesundheitskompetenz die Fakten*. Zürich: Careum Stiftung.
- Lühnen, Julia; Albrecht, Martina; Mühlhauser, Ingrid & Steckelberg, Anke (2017). *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation*. Hamburg: Universität Hamburg; <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/>. (Zugriff am 29.3.2021).
- McDaid, David (2016). *Investing in health literacy. What do we know about the co-benefits to the education sector of actions targeted at children and young people?* Policy Brief 19. Kopenhagen: World Health Organisation.
- Mittelmark, Maurice B. & Bauer, Georg F. (2017). *The Meanings of Salutogenesis*. In: M.B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G.F. Bauer, J.M. Pelikan, B. Lindström & G.A. Espnes (eds.): *Handbook of Salutogenesis*. Cham: Springer International Publishing. 7-13.
- ÖPGK (2018). *Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen. Kurzform für Teams*. Version 1.0. Aufl. Version 1.0. Wien: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz.
- ÖPGK (2019a). *Gute Gesundheitsinformation*. Factsheet. Wien: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz.
- ÖPGK (2019b). *Verständliche Sprache beim Verfassen von schriftlichen Gesundheitsinformationen*. Factsheet. Wien: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz.

- ÖPGK (2019c). *Gesundheitskompetenz in Organisationen verwirklichen – Wie kann das gelingen?* Praxisleitfaden zur Entwicklung einer gesundheitskompetenten Organisation. Version 1.0. Wien: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
- ÖPGK (2020a). *Gute Gesundheitsinformation Österreich. Die 15 Qualitätskriterien. Der Weg zum Methodenpapier – Anleitung für Organisationen*. Wien: ÖPGK, BMSGPK und Graz: Frauengesundheitszentrum.
- ÖPGK (2020b). *Überblick über die 15 Qualitätskriterien für zielgruppenorientierte, evidenzbasierte Broschüren, Videos, Websites und Apps*. 4. Auflage. Wien: BMSGPK, Graz: Frauengesundheitszentrum, ÖPGK.
- Palumbo, Rocco (2017). *Examining the impacts of health literacy on healthcare costs. An evidence synthesis*. In: Health Services Management Research 30/4:197-212.
- Palumbo, Rocco (2021). *Leveraging Organizational Health Literacy to Enhance Health Promotion and Risk Prevention: A Narrative and Interpretive Literature Review*. The Yale Journal of Biology and Medicine 94,1 115–128.
- Parker, Ruth (2009). *Measures of Health Literacy: What? So What? Now What?* In: L.M. v. Hernandez: Measures of Health Literacy: Workshop Summary. The National Academies Press, Washington. 91-98.
- Pelikan, Jürgen M. & Dietscher, Christina (2015). *Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern?* In: Bundes-Gesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 58/989-995.
- Posch, Nicole; Horvath, Karl; Wratschko, Kerstin; Plath, Jasper; Brodnig, Richard & Siebenhofer, Andrea (2020). *Written patient information materials used in general practices fail to meet acceptable quality standards*. In: BMC family practice 21/1:23

- Sator, Marlene; Nowak, Peter; Kraus-Füreder, Heike; Edler, Marina & Soffried, Jürgen (2020). *Train-the-Trainer zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung*. Endbericht. Gesundheit Wien: Österreich.
- Sator, Marlene; Nowak, Peter & Menz, Florian (2015). *Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Kurzbericht auf Basis der Grundlagenarbeiten für das Bundesministerium für Gesundheit und den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Shepherd, Heather L.; Barratt, Alexandra; Trevena, Lyndal J.; McGeechan, Kevin; Carey, Karen; Epstein, Ronald M.; Butow, Phyllis N.; DelMare, Chris B.; Entwistle, Vikki & Tattersall, Martin H.N. (2011). *Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: A cross-over trial*. Patient education and counseling, 84 (3): 379-85.
- Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerard; Pelikan, Jürgen M.; Slonska, Zofia; Brand, Helmut; Consortium Health Literacy Project, European (HLS-EU) (2012). *Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models*. In: BMC public health 12/80:<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.
- Stahl, Katja & Nadj-Kittler, Maria (2016). Picker Report 2016: *Vertrauen braucht gute Verständigung - Erfolgreiche Kommunikation mit Kindern, Eltern und erwachsenen Patienten*. Hamburg: Picker Institut Deutschland gGmbH
- WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. WHO, Ottawa.
- Zheng, Mengyun; Jin, Hui; Shi, Naiyang; Duan, Chunxiao; Wang, Donglei; Yu, Xiaoge & Li, Xiaoning (2018). *The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis*. In: Health Qual Life Outcomes 16/1:201.

Die Zeitstruktur des Organismus und die Salutogenese

Wolfgang Marktl

Dieser Beitrag wird dem Andenken an Herrn Mag. art. Karl Fischer gewidmet, der bedeutende Leistungen im Bereich Licht, Farbe und Gesundheit erbracht hat und mit dem der Autor des vorliegenden Beitrages über Jahre freundschaftlich verbunden war.

Einleitung

Der Begriff Zeitstruktur bringt zum Ausdruck, dass biologische Vorgänge nicht allein auf morphologischer und somit materieller und statischer Basis erfasst werden können, sondern dass für das Verständnis der Lebensvorgänge auch deren Abhängigkeit von der Zeit und somit von einem dynamischen Faktor zu berücksichtigen ist. Darüber hinaus erlaubt die Betrachtung einzelner Gene und Moleküle wohl kaum ein Urteil über die ständigen und zeitlich fluktuierenden Wechselwirkungen innerhalb des Organismus und des Organismus mit Umweltfaktoren, welche jedoch aus dem Leben von Individuen nicht einfach eliminiert werden können. Damit ist auch die Salutogenese angesprochen, die sich mit den Bedingungen befasst unter denen Gesundheit stattfindet, erhalten und gefährdet wird. Im vorliegenden Buchbeitrag wird der Versuch unternommen, die beiden komplexen und dynamischen Begriffe Salutogenese und Zeitstruktur zueinander in Beziehung zu setzen.

Bemerkungen zu den Begriffen Gesundheit und Krankheit

Im konventionellen Gesundheitswesen können 2 Ansätze differenziert werden:

1. Der pathogenetische Ansatz
2. Der salutogenetische Ansatz.

Der pathogenetische Ansatz ist die Grundlage der praktizierten Medizin. Die wesentlichsten Kennzeichen dieses Denkansatzes sind die Suche nach der Ursache einer Krankheit, ihre möglichst exakte Diagnose und ihre optimale Behandlung. Diesem Denkansatz verdankt, gemeinsam mit der naturwissenschaftlichen Grundlage, die klinische Medizin ihre unleugbaren und beeindruckenden Fortschritte und Erfolge bei der Bekämpfung klinisch manifester Erkrankungen. Eine Folge davon ist, dass die Pathogenese vieler Erkrankungen im Detail entschlüsselt werden konnte. Allerdings investiert die Medizin praktisch die gesamte intellektuelle und finanzielle Kapazität in die Erforschung von Krankheitsmechanismen und Krankheitsbekämpfung (Bortz, 2005). In der konventionellen Medizin stehen, wie bereits erwähnt, die Diagnose und ihre möglichst spezifische Therapie im Vordergrund wobei in der Regel ein reduktionistischer Denkansatz im Vordergrund steht, wie dies für die Naturwissenschaft charakteristisch ist. Gesundheit ist jedoch ein vielschichtiger Begriff, der sich dem reduktionistischen Zugang der naturwissenschaftlichen Denkweise entzieht.

Entsprechend dem Prinzip der Naturwissenschaft, Aussagen auf die Ergebnisse von Messwerten zu gründen, wird in der konventionellen Medizin Gesundheit häufig auf der Basis von vorliegenden Messwerten attestiert. Dabei wird der Vergleich eines oder mehrerer Messwerte aus einem meist statistisch gewonnen Normalbereich, der andererseits auch als Grundlage einer Krankheitsdiagnose dient, als Entscheidungskriterium herangezogen. Liegt ein Messwert in diesem Normalbereich, so wird keine Diagnose gestellt, sondern Gesundheit attestiert. Diese Art des Vorgehens hat sich in der klinischen Medizin ohne Zweifel bewährt. Damit wird Gesundheit aber auf chemische und physikalische Messwerte reduziert und, wie dies öfters auch schon kritisiert wurde, als nicht-Nachweisbarkeit einer Krankheit definiert.

Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, dass der Begriff Gesundheit im Gegensatz zum Begriff Krankheit emotional positiv besetzt ist. Das mag

vielleicht auch mit ein Grund dafür sein, dass die Einrichtungen des so genannten Gesundheitswesens in den letzten Jahren zunehmend den Begriff Krankheit im Zusammenhang mit den von ihnen vertretenen Einrichtungen durch den Begriff Gesundheit ersetzen. So wird aus einem Krankenanstaltenverbund ein Gesundheitsverbund und aus den Krankenkassen werden Gesundheitskassen. Die wesentlichste Tätigkeit des Gesundheitsverbunds ist jedoch die Organisation von klinischen Einrichtungen und an die Gesundheitskassen wendet man sich vor allem im Zusammenhang mit dem Auftreten von Erkrankungen. So werden Krankheit und Gesundheit in einen Topf geworfen und gewissermaßen als die Kehrseite ein und derselben Medaille betrachtet.

Gedanken zur Salutogenese

Vereinfacht gesprochen ist Salutogenese die Wissenschaft von der Entstehung und Erhaltung der Gesundheit. Der Begriff Salutogenese wird häufig im Zusammenhang mit A. Antonovsky gebraucht. Antonovsky geht davon aus, dass Gesundheit vom Verstehen eines sinnvollen Zusammenhanges der Lebens- und Erlebnissvorgänge abhängt und verwendet dafür den Begriff „Sense of Coherence“. Dieses Kohärenzgefühl ist seinerseits abhängig von der Fähigkeit und Überzeugung dass:

- Äußere und innere Reize strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind
- Ressourcen für die Bewältigung der hierfür gestellten Anforderungen verfügbar sind
- diese Anforderungen eine sinnvolle Herausforderung darstellen.

Dieses Konzept wird heute auch im Zusammenhang mit dem bio-psycho-sozialen Ansatz diskutiert, wobei davon ausgegangen wird, dass Gesundheit und Krankheit komplexe Phänomene darstellen, die nicht nur von genetischen

schen, biologischen, physiologischen und psychologischen Faktoren abhängen, sondern dass vor allem auch familiäre, soziale und kulturelle Aspekte zu berücksichtigen sind (Kohls, 2010).

Die Vielfalt von Faktoren, die mit Gesundheit in Verbindung gebracht werden können, zeigen die nachfolgenden Tabellen, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Pränatale Determinanten der Gesundheit Genotyp bzw. Genom Exposition der Mutter gegen Viren, Toxine, diverse Umwelteinflüsse Medikamenteneinnahme der Mutter Ernährung und Lebensstil der Mutter Psycho-emotionale und soziale Situation der Mutter etc.
--

Tabelle 1

Umweltabhängige Determinanten der Gesundheit Hygiene und Lebensstil Ernährung Ruhe und Bewegung Reines Wasser Licht etc.
--

Tabelle 2

Medizinische Determinanten der Gesundheit

Vorhandene oder frühere Gesundheitsbeeinträchtigungen bzw. manifeste
Erkrankungen
Pathobiographie
Inanspruchnahme oder Nicht-Inanspruchnahme von medizinischen Inter-
ventionen
Operationen
Abhängigkeiten physischer oder psychischer Art
Einnahme von Medikamenten
etc.

Tabelle 3

Individuelle und psycho-soziale Determinanten der Gesundheit

Geschlecht und Lebensalter
Kultureller Hintergrund
Bildung
Gemeinschaft
Sinnvolle Tätigkeit
Selbsteinschätzung
Spirituelles Leben
Stressfaktoren
etc.

Tabelle 4

Wie Bortz (Bortz 2005) betont, treten die vielen unterschiedlichen Determinanten der Gesundheit in unzählbaren Kombinationen und Chronologien auf, wodurch Gesundheit individuell und kollektiv bestimmt wird. Auch dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass Gesundheit nicht statisch und reduktionistisch beschrieben werden kann.

Ein weiterer und nicht unwesentlicher Aspekt im Zusammenhang mit Gesundheit ist die Fähigkeit und Bereitschaft zur Kommunikation. Aus dieser Perspektive kann Krankheit auch als eine Beeinträchtigung Fähigkeit zur Kommunikation betrachtet werden, die bei Gesundheit vorhanden ist.

Hans Selye, der Begründer des „Stressbegriffs“ wie er heute verwendet wird, hat im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit folgende Aussage gemacht: „das Geheimnis von Gesundheit und Glück liegt in der erfolgreichen Anpassung an die sich fortwährend wandelnden Verhältnisse auf diesem Planeten. Die Strafen für das Scheitern bei diesem großartigen Anpassungsprozess sind Krankheit und Freudlosigkeit“.

Der Stressbegriff hat sich aus dem Begriff des „Allgemeinen Adaptations-syndroms“ entwickelt. Physiologische Adaptation beschreibt die Modifikation physiologischer Reaktionen bei Einwirkung von Reizen über längere Zeit mit Steigerung der Reaktionsökonomie und von Kompensationsleistungen. Die Tabelle 5 gibt einen Überblick über Begriffe, Spezialformen und Untergruppen im Zusammenhang mit der physiologischen Adaptation.

Adaptation: Begriffe, Spezialformen und Untergruppen
Akklimation
Gewöhnung
Habitation
Übung
Training
Abhärtung

Tabelle 5

Aus Sicht der Adaptationsphysiologie ist Gesundheit u.a. dadurch charakterisiert, dass der Mensch gegenüber den täglich einwirkenden Reizen und Anforderungen ein bestimmtes Adaptationsniveau aufrechterhalten kann. In diesem Sinn bezieht sich Adaptation nicht nur auf die Auseinandersetzung des Organismus mit den Anforderungen aus der Umwelt, sondern betrifft

auch die Abstimmung der einzelnen funktionellen Systeme innerhalb des lebenden Organismus.

Wie aus der Definition der physiologischen Adaptation hervorgeht, spielt dabei der Faktor Zeit eine entscheidende Rolle. Dabei können grundsätzlich zwei Aspekte differenziert werden. Der eine dieser beiden Aspekte bezieht sich auf die Lebenszeit des Menschen die z.B. von der Geburt bis zum Eintritt des Todes definiert werden kann. Es handelt sich dabei um einen unumkehrbaren Verlauf der Zeit in eine Richtung. Der zweite Aspekt befasst sich mit der Tatsache, dass alle Funktionen in lebenden Organismen einen rhythmischen Charakter aufweisen. Der Begriff Rhythmus steht in Verbindung mit Dynamik, Regelmäßigkeit und Vorhersagbarkeit. Die biologischen Rhythmen sind genetisch determiniert und Hastings (Hastings, 1994) spricht in diesem Zusammenhang von einer kardinalen Eigenschaft des lebenden Organismus. Gegenstand der Chronobiologie ist die Befassung mit der Vielzahl rhythmischer Phänomene im Organismus und deren biologischer Bedeutung. Im vorliegenden Beitrag werden vor allem die gesundheitliche Bedeutung der rhythmischen Phänomene im Organismen und die Beziehung zur Salutogenese im Vordergrund stehen.

Die Zeitstruktur des menschlichen Organismus

Die biologischen Rhythmen können aus zwei Ebenen betrachtet werden.

1. auf der Basis unterschiedlicher Periodendauern und
2. auf unterschiedlichen morphologischen Ebenen von subzellulären Strukturen, Zellen, Organen, dem gesamten Organismus bis hin zu Populationen.

Besonders Interesse wird in der Chronobiologie den unterschiedlichen Periodendauern zugewendet. Aus der Tabelle 6 ist ersichtlich, dass bestimmte Periodenbereiche bestimmten physiologischen Funktionsbereichen zugeordnet werden können.

Periodendauer (ungefährer Bereich)	funktionelle Bedeutung (Beispiele)
Millisekunden	nervale Informationsverarbeitung
Sekunden	Herz- und Atemtätigkeit
Stunde(n)	Vigilanz Magen-Darm-Motorik
24-Stunden	Schlaf-Wachverhalten hormonelle Sekretion
Woche(n)	Regeneration Heilungsvorgänge
Monat	Reproduktion
Jahr	Wachstum Umwelteinpassung

**Tabelle 6: stark vereinfachte Darstellung nach
Hildebrandt, Moser & Lehofer (1998).**

Im Zusammenhang mit den beiden erwähnten Ebenen der biologischen Rhythmen wird in der Chronobiologie von einer Zeitstruktur des lebenden Organismus gesprochen. In diesem Zusammenhang erscheint die Feststellung angebracht, dass in der konventionellen Medizin diagnostische Aussagen und therapeutische Handlungen fast ausschließlich auf einer morphologischen Basis beruhen, wobei Chemie und klassische Physik die wissenschaftlichen Grundlagen liefern. Eine ähnliche Wertigkeit wie sie den beiden naturwissenschaftlichen Disziplinen zugemessen wird, findet sich hingegen für den Faktor Zeit nicht. Eine mögliche Schlussfolgerung, dass zeitliche Faktoren für Gesundheit und Krankheit sowie für Diagnose und Therapie keine Rolle spielen, ist jedoch aus der Sicht der Chronophysiologie und Chronomedizin als unzutreffend zurück zu weisen. Da es im vorliegenden Beitrag jedoch um Salutogenese und nicht um Pathogenese und Denkart der klinischen Medizin geht, werden die Überlegungen zur Bedeutung des Zeitfaktors für Diagnose und Therapie hier nicht weiter verfolgt.

In der Tabelle 7 wird eine vereinfachte Darstellung der Periodendauer im Bezug zu deren funktioneller und gesundheitlicher Bedeutung wieder gegeben. Wie dies ersichtlich ist, wird das breite Spektrum physiologischer Rhythmen drei Gruppen von Periodendauern zugeordnet. Im Zusammenhang mit der funktionellen Bedeutung scheinen die Begriffe endogene und exogene Synchronisation auf. Ultradiane Rhythmen weisen Periodendauern von weniger als 24 Stunden auf und werden mit der endogenen Synchronisation in Beziehung gebracht. Die Periodendauer der circadianen Rhythmen liegt im Bereich von 24-Stunden jene der infradianen Rhythmen liegt darüber.

Periodendauer	Bezeichnung	funktionelle Bedeutung
<24 Stunden	ultradian	endogene Synchronisation
ungefähr 24 Stunden	circadian	exogene Synchronisation
>24 Stunden	infradian	exogene Synchronisation

Tabelle 7

Die Begriffe endogene und exogene Synchronisation beziehen sich auf die gegenseitige Abstimmung von Rhythmen, wobei endogen die gegenseitige Abstimmung der funktionellen Rhythmen innerhalb des Organismus meint, während exogene Synchronisation auf die zeitliche Abstimmung zwischen den endogenen Rhythmen und den rhythmischen Reizen bzw. Anforderungen aus der natürlichen Umwelt abzielt. In diesem Zusammenhang darf auf eine Aussage von Jürgen Aschoff erinnert werden, wonach der Mensch ein rhythmisch gegliedertes Wesen in einer rhythmisch gegliederten Umwelt ist. Als Begründung der Zuordnung der ultradianen Rhythmen zur endogenen Synchronisation wird angeführt, dass innerhalb des Organismus eine beträchtliche Anzahl von physiologischen und biochemischen Rhythmen mit

einer Periodendauer unter 24 Stunden nachweisbar ist, denen ein rhythmisches Korrelat aus der natürlichen Umwelt fehlt. Circadiane und infradiane Rhythmen finden sich hingegen auch in der Umwelt, es kann in dieser Hinsicht auf den 24-Stunden Tag und den Jahreszeitenwechsel als die wohl bekanntesten Beispiele verwiesen werden. In der Chronobiologie gilt jedenfalls die Feststellung wonach ein gesunder Organismus durch eine gute endogene und exogene Synchronisation mit klar ausgeprägten physiologischen Rhythmen gekennzeichnet ist, während Krankheiten durch Desynchronisationen einhergehen. Eine wesentliche Frage im Zusammenhang mit dem Auftreten von Desynchronisationen ist aber jedenfalls, ob diese Beeinträchtigungen der Zeitstruktur nur als Folge eines bestehenden Krankheitsprozesses anzusehen sind, oder ob ständige Desynchronisationen auch als kausaler Faktor für die Entstehung einer Krankheit beachtet werden müssen. Es liegt auf der Hand, dass damit eine wesentliche Frage des Zusammenhanges zwischen der Chronobiologie und der Salutogenese angesprochen ist.

Zu erwähnen ist auch, dass die biologische Rhythmisiertheit des Organismus sich nicht nur im Auftreten von spontanen Rhythmen physiologischer Funktionen manifestiert, sondern dass auch die Empfindlichkeit gegenüber äußeren Reizen und Einwirkungen von der Tageszeit oder der Jahreszeit beeinflusst wird. Eine wesentliche Folge davon ist, dass Reize mit gleicher Intensität zu unterschiedlichen Tages- oder Jahreszeiten einen unterschiedlichen Effekt im Organismus ausüben. Der klassische Ausspruch des Paracelsus „*dosis venenum facit*“ sollte daher lauten „*non solum dosis sed etiam tempus venenum facit*“ wie dies Franz Halberg vorgeschlagen hat.

Für die Frage nach der Beziehung zwischen Chronobiologie und Salutogenese kann aus verschiedenen Gründen dem circadianen Bereich besondere Bedeutung zugeordnet werden. Die 24-Stunden-Periode mit der Aktivität während des Tages und der nächtlichen Ruhephase spielt bei jedem Menschen aus wohl leicht nachvollziehbaren Gründen eine besondere Rolle. Über die Grundlagen und die gesundheitliche Bedeutung der Circadianrhythmen liegen auch die meisten Daten vor. Die folgenden Abschnitte dieses Beitrages werden daher in erster Linie dem circadianen System und seiner Bedeutung im Rahmen der Salutogenese gewidmet sein.

Das circadiane System

Nach einer vereinfachten Darstellung besteht das circadiane System aus 3 Komponenten:

- einem afferenten Schenkel über den synchronisierende Signale übermittelt werden
- einem oder mehreren zentralnervösen Integrationseinheiten mit der Fähigkeit der Generierung von Oszillationen
- efferenten Bahnen über die Informationen der zentralnervösen Integrationseinheiten auf periphere Funktionen, das Verhalten etc. übermittelt werden (Collwell et al, 1992).

Die zentralen Integrationseinheiten werden auch als „Master Clock“, zentraler Schrittmacher, Hauptoszillator etc. bezeichnet. Es handelt sich dabei um neuronale Strukturen im Bereich der Nuclei suprachiasmatici (SCN) des Hypothalamus. Wie bereits seit einiger Zeit bekannt ist, entstehen die Oszillationen in den Zellen des SCN auf molekularbiologischer Basis durch eine konzertierte Aktion spezifischer „Clock Gene“. Bestimmte Transkriptions – Translations – Rückkoppelungsschleifen bilden das Kernstück dieses zentralen Mechanismus. Viele Produkte dieser „Clock Gene“ fungieren als Transkriptionsfaktoren. Diese Faktoren aktivieren oder unterdrücken ihre eigene Expression und daraus ergibt sich eine sich selbst erhaltende transkriptionale Rückkoppelungsschleife (Froy & Miskin, 2010).

Eine für die Thematik dieses Buchbeitrages interessante Hypothese wird von Wever (Wever 1979) auf der Basis der Ergebnisse von Isolationsexperimenten mit freiwilligen Teilnehmerinnen und Teilnehmern aufgestellt. Danach besteht die Master Clock des Hypothalamus aus einer „stabilen“ und einer labilen“ inneren“ Uhr. Die „stabile“ innere Uhr steuert endogene Rhythmen, die durch Einflüsse von außen nur schwer gestört werden können. Beispiele dafür sind der Rhythmus der Sekretion von Cortisol, Melatonin und der Körperkerntemperatur. Die „labile“ innere Uhr steht in Beziehung zum Schlaf-Wachverhalten des Individuums, welches bekanntlich relativ rasch und in

innerhalb weiterer Grenzen variiert werden kann. Im Zusammenhang mit der Frage der Beziehung zwischen der Zeitstruktur und der Gesundheit ist dabei allerdings die Tatsache einer wechselseitigen Beeinflussung der Rhythmen dieser beiden inneren Uhren von erheblicher Bedeutung.

Die in der Master Clock autonom entstandenen rhythmischen Signale werden an die peripheren Zellen gesandt, wofür einerseits Hormone, vor allem Melatonin, und andererseits efferente Fasern des peripheren vegetativen Nervensystems eingesetzt werden. Nach Bartness et al (Bartness, 2001) wird für die nervale Übertragung der Information des SCN in erster Linie der Sympathicus benutzt, bei einigen Organen spielt auch der Parasympathicus eine Rolle. In diesem Zusammenhang muss jedoch auch festgehalten werden, dass jede Zelle im Organismus Clock Gene“ besitzt und dass daher auch die physiologischen und biochemischen Funktionen der Zelle einen rhythmischen Charakter aufweisen. Allerdings variieren die rhythmischen Eigenschaften der Zellen im Hinblick auf die Periode und die Phasenlage (Roenneberg & Merrow, 2001). Für einen robusten und einheitlichen circadianen Rhythmus aller Zellen im Organismus ist daher ein Netzwerk von Informationen nötig. Es ist im Wesentlichen die Aufgabe der Master Clock in diesem circadianen System die einzelnen zellulären Oszillationen aufeinander abzustimmen. In der amerikanischen chronobiologischen Literatur wird daher oft von einer Master Clock und von Slave Oscillators gesprochen.

Für die Frage der gesundheitlichen Bedeutung der Chronobiologie sind die ständig auf den Organismus einwirkenden Reize und die Möglichkeit ihrer Bewältigung von erheblichem Interesse. Die Reize bzw. Anforderungen aus der Umwelt können einerseits einen Zufallscharakter haben, weisen aber andererseits auch eine zeitlich rhythmische Natur auf. Rhythmische Signale aus der Umwelt werden in der Chronobiologie nach einem Vorschlag von Jürgen Aschoff als Zeitgeber bezeichnet. Die weiter oben beschriebene exogene Synchronisation bezieht sich auf die Abstimmung zwischen den Zeitgebersignalen und dem circadianen System des Organismus.

Die für den Circadianrhythmus des Menschen wichtigsten Zeitgeber sind:

- Der Hell-Dunkel-Wechsel der natürlichen 24- Stunden-Periode
- Die Sozialroutine
- Die Zeitpunkte der Nahrungszufuhr
- Das tägliche Bewegungsmuster.

In den nachfolgenden Abschnitten dieses Beitrages wird die Bedeutung der Zeitgeber des circadianen Systems für die Salutogenese erörtert.

Licht als Zeitgeber für das circadiane System – Bedeutung für die Salutogenese

Für fast alle Lebewesen auf dieser Erde ist der Hell-Dunkel-Wechsel der natürlichen 24-Stundenperiode der wichtigste Zeitgeber für das circadiane System. Für tagaktive Lebewesen bedeutet Licht Aktivität und Dunkelheit Ruhe. Licht und Farbe werden bekanntlich über die Sensorpopulationen der Stäbchen und Zapfen in der Retina des Auges aufgenommen und die damit verbundene Sinnesempfindung wird über die so genannte Sehbahn zum visuellen Cortex geleitet, wo die bewusste Sinnesempfindung erfolgt. Detaillierte Kenntnisse darüber gehören zum Grundlagenwissen der Neuro- und Sinnesphysiologie. Weit weniger bekannt ist die Tatsache, dass sich außer den Stäbchen und Zapfen noch eine dritte Population von Sensoren in der Retina befindet, die Melanopsin als Photopigment enthalten. Die Erregung dieser Rezeptoren durch Licht führt zu keiner bewussten Empfindung. (Le Gates, Fernadez & Hattar, 2014). Daraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass eine bewusste Lichtsinnesempfindung für die Zeitgeberwirkung von Licht nicht unbedingt notwendig ist. Die Augen sind daher nicht nur Sinnesorgane für Licht und Farbe, sondern vermitteln auch unabhängig davon Informationen über die Zeit. Die von den Melanopsin-enthaltenden Photorezeptoren ausgehende Information wird über die retino - hypothalamische Bahn von der Retina zum Hypothalamus übertragen und hat von dort aus Einfluss auf die Freisetzung von Melatonin aus der Epiphyse. Melatonin überträgt auf humoralem Weg die Information über den Hell-Dunkelwechsel der natürlichen

24-Stunden-Periode an die inneren Organe. Es ist eines der wenigen Hormone dessen Sekretion in Abhängigkeit von der Lichtintensität erfolgt. Der Circadianrhythmus von Melatonin ist an sich sehr stabil. Die Melatoninproduktion in der Epiphyse steigt mit Beginn der Dunkelheit an und hat einen Anstieg der Melatoninkonzentration im Plasma zur Folge. Mit der Zunahme der morgendlichen Helligkeit fällt die Melatoninproduktion wieder ab, weswegen während der Helligkeitsperiode im Plasma nur eine sehr niedrige Melatoninkonzentration gemessen werden kann. Der nächtliche Anstieg der Melatoninproduktion kann bei tagaktiven Lebewesen als Information über den Beginn der Ruhephase gewertet werden. Jene Lebewesen, die in ihrer natürlichen Umwelt leben, folgen in ihrem Verhalten zwangsweise dem Regime des natürlichen Hell-Dunkelwechsels. Der Mensch hat sich aber durch Technik und Zivilisation eine „künstliche“ Umwelt geschaffen. Diese Aussage bezieht sich nicht zuletzt auf die Möglichkeit der nächtlichen Beleuchtung und hat wesentliche Folgen im Zusammenhang mit der Salutogenese. Wie dies für das Tageslicht zutrifft, kann Licht an sich unabhängig von der Tageszeit zu einer Unterdrückung der Melatoninproduktion führen. Eine maximale Unterdrückung der Melatoninproduktion sowie –sekretion erfolgt durch Licht im Wellenlängenbereich zwischen 420-480 nm mit einem Empfindlichkeitspeak bei ca. 450 nm. Die maximale photopische Empfindlichkeit liegt hingegen zwischen 450-650 nm mit einem Empfindlichkeitspeak bei 550 nm. In der Tabelle 8 sind einige Faktoren dargestellt, die die nächtliche Melatoninsekretion beeinträchtigen können.

Eine Beeinträchtigung der nächtlichen Melatoninsekretion kann zusammenhängen mit
Längerem Tageslicht oder künstlichem Licht während der nächtlichen Phase der natürlichen Dunkelheit
Höherem Lebensalter
Höherem Body Mass Index
Höherem Alkoholkonsum
Einnahme von Medikamenten wie z.B. β -Blocker, Calcium-Kanal-Blocker, psychotrope Medikamente etc.

Tabelle 8 (nach Davis et al, 2001)

Wie bereits weiter oben erwähnt, hat Melatonin die Aufgabe alle inneren Organe über den Beginn bzw. das Ende der Dunkelheitsperiode zu informieren. Dementsprechend breit gestreut ist das Wirkungsspektrum des endogenen Melatonins. Erfolgt eine Unterdrückung der nächtlichen Melatoninproduktion, muss daher mit Auswirkungen auf viele physiologische Funktionen gerechnet werden. Die physikalische und chemische Umwelt des modernen Menschen unterscheidet sich radikal von jener, welche die Evolution der Lebewesen geprägt hat. Eine der schnellsten und radikalsten Veränderungen, die sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts abgespielt hat, ist der Ersatz des natürlichen Wechsels der Perioden von Helligkeit und Dunkelheit durch künstliches Licht welches Tag und Nacht zur Verfügung steht und sich hinsichtlich des Spektrums, der Intensität und des zeitlichen Musters vom natürlichen Licht deutlich unterscheidet. Nach Untersuchungen in Kanada und den USA verbringen die Menschen in unserer Zeit nur noch 12% des Tages außerhalb von Gebäuden und die Hälfte dieser Zeit im Inneren von Fahrzeugen. 88% der 24-Stunden-Periode verbringt der Mensch daher innerhalb von Gebäuden (Smolensky, Sackett-Lundin, & Portaluppi 2015)

Ausreichendes Tageslicht ist notwendig für die Synthese von endogenem Vitamin D bzw. D-Hormon, während die natürliche Dunkelheit während der Nacht die Melatoninsekretion stimuliert. Beide Hormone sind im Organismus in eine große Zahl von Funktionen involviert. Wissenschaftliche Studien werden üblicherweise für die beiden Hormone getrennt durchgeführt. Dabei wird die Tatsache missachtet, dass sich beide Hormone hinsichtlich ihrer Wirkungen und Funktionen auf Zellen, Geweben, Organen und Systemen gegenseitig beeinflussen, sodass ein Mangel an einem der beiden Hormone jeweils ähnliche Symptome hervorrufen können.

Künstliches Licht, das Tag und Nacht zur Verfügung steht unterscheidet sich vom natürlichen Tageslicht im Hinblick auf das Wellenlängenspektrum, die Intensität und das zeitliche Muster. Im Zusammenhang mit der ständigen Beleuchtung während der Nachtstunden, wie sie vor allem in größeren Städten üblich ist, wird in der Chronobiologie auch der Begriff „Lichtverschmutzung“ verwendet. Von besonderer Bedeutung ist dabei Licht mit einem höheren Blauanteil wie es von Energiesparlampen, LED Leuchten Computer-

und TV-Bildschirmen Tablets, Handys etc. emittiert wird. Eine längerfristige Exposition gegen künstliches Licht wird in Zusammenhang gebracht mit Störungen des Schlafes, des Stoffwechsels, der reproduktiven Kapazität, der kognitiven Leistungsfähigkeit, der neurologischen Entwicklung etc. (Chang, Aeschbach, Duffy et al, 2015). Die Störungen des Schlafes durch blaues Licht betreffen besonders eine Verzögerung des Schlafeintritts, eine Beeinträchtigung der Schlafqualität und eine verkürzte Schlafdauer. Besonders empfindlich reagieren Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und Abendtypen. Es existiert daher eine Empfehlung, Geräte die blaues Licht emittieren eine Stunde vor dem Schlafantritt auszuschalten. Zu beachten ist dabei auch, dass gedämpftes Licht in Räumen auch durch geschlossene Augenlider dringen und jene Photorezeptoren erregen kann, die für die Übertragung der Information von Licht auf des SCN verantwortlich sind. Diese Aussage gilt auch für blaues Licht. Die mit der Unterdrückung der nächtlichen Melatoninsekretion einhergehende Dysregulation des circadianen Systems wird als wesentlicher Risikofaktor für viele gesundheitliche Probleme wie Stoffwechselstörungen, kardio-vaskuläre Erkrankungen, Beeinträchtigung von Immunfunktionen, beschleunigtes Altern etc. betrachtet (Yang, Whang & Zhang, 2015). Andererseits wird der Wiederherstellung oder Stärkung des circadianen Systems bei diesen Erkrankungen eine therapeutische Bedeutung zugeordnet.

Die Glühbirne und alle vom Menschen früher genutzten Lichtquellen weisen einen hohen Anteil im gelb-roten Wellenlängenbereich auf, während der Blauanteil gering ist. Die Lichtquellen, die in den letzten Jahren entwickelt wurden, wie z.B. die Energiesparleuchtkörper, haben jedoch einen wesentlich höheren Blauanteil und können die Melatoninsynthese unterdrücken, wenn sie innerhalb einer Stunde vor dem Schlafbeginn eingeschaltet waren. Aus zahlreichen, sorgfältig durchgeführten Studien der letzten 20 Jahre geht hervor, dass bereits eine Exposition der Retina mit mehr als ≤ 1 Lux von monochromatischem Blau mit einer Wellenlänge von 440-460 nm, oder von ca. 100 Lux eines Lichtes mit einem breiten Spektrum, sowie andere künstliche Lichtquellen die nächtliche Melatoninsekretion deutlich vermindern. Darüber hinaus kann es zu Phasenverschiebungen des circadianen Systems,

zu einer Stimulation der Vigilanz und zu Schlafstörungen kommen. Wird das Blau-Spektrum blockiert, so bleiben diese negativen Effekte aus.

Die Ergebnisse vieler Studien weisen darauf hin, dass sowohl kurz- als auch längerfristige Lichtexposition gegenüber künstlichem Licht potenziell schädigende Wirkungen haben kann. Diese Art der Lichtexposition fand sich früher vorwiegend im industriellen Bereich und im öffentlichen Raum, sie spielt aber immer öfter im privaten Bereich eine Rolle und geht von Fernsch Bildschirmen, Computern, Tablets, E-books etc. aus. Die gesundheitlich negativen Auswirkungen betreffen u.a. den Schlaf, den Stoffwechsel, die reproduktive Kapazität sowie den klinischen Bereich wie hormon-sensitive Tumore bei Erwachsenen, die kognitive Leistungsfähigkeit, die neurologische Entwicklung, bestimmte Arten von malignen Tumoren etc. Auf der Basis von epidemiologischen Studien wird über einen Zusammenhang zwischen künstlichem Licht und Mammakarzinomen bei Schichtarbeiterinnen bzw. zwischen Prostatakarzinom und künstlichem Licht bei Schichtarbeitern diskutiert. Diese epidemiologischen Daten werden durch die Ergebnisse von Tierversuchen unterstützt. Auf der Basis dieser Beobachtungen und Studien wurden von einer onkologischen Expertengruppe der WHO folgende Feststellungen getroffen:

- Die Evidenz aus Tierversuchen ist ausreichend für die Annahme einer potentiellen Karzinogenität durch künstliches Licht.
- Beim Menschen ist die Evidenz dieser Karzinogenität auf Schichtarbeit die mit Nachtarbeit einhergeht, beschränkt.
- Es besteht eine wahrscheinliche Evidenz, dass Schichtarbeit karzinogen ist, wenn sie mit einer Störung des circadianen Systems einhergeht.

Im Hinblick auf die Ätiologie eines erhöhten Risikos künstlicher Beleuchtung für bestimmte Karzinomarten werden folgende Möglichkeiten diskutiert:

- Die verminderte nächtliche Melatoninsynthese durch wiederholte künstliche Beleuchtung während der Nachtstunden

- häufige Störungen des circadianen Systems im Sinne von Phasenvor- oder -nacheilung in Relation zur Lichtreaktionskurve
- Änderungen des Schlaf-Wach-Zyklus mit Schlafmangel.

Im Gegensatz zu den Verhältnissen bei Vitamin D existieren bisher keine Grenzwerte für Melatonin im Zusammenhang mit der Diagnose eines Melatoninmangels oder hinsichtlich eines dadurch bedingten gesundheitlichen Risikos.

Die meisten Studien über Melatonin beim Menschen wurden unter den Bedingungen eines Lebens unter künstlicher Beleuchtung durchgeführt, d.h. bei einer Situation, die sich ganz wesentlich von jener Zeit unterscheidet, zu der eine solche Illumination noch nicht vorhanden war. Ein direkter Vergleich dieser Situationen im Hinblick auf Melatonin könnte daher problematisch sein. Im Zeitalter einer permanenten Beleuchtung hat sich z.B. auch das Schlaf-Wach-Verhalten der Menschen geändert. Aus historischen Berichten kann abgeleitet werden, dass der Schlaf des Menschen vor dem Industriezeitalter biphasisch war. Auf eine Schlafphase, die mit dem Sonnenuntergang begann und 3 -4 Stunden dauerte, folgte eine Wachheitsphase im Ausmaß von 1 – 3 Stunden gefolgt von einer 2. Schlafphase mit ebenfalls 3-4 stündlicher Dauer bis zum Sonnenaufgang.

Nahrungszufuhr als Zeitgeber – Bedeutung für die Salutogenese

Der Einfluss der Ernährung auf die Gesundheit ist allgemein bekannt. Es geht dabei allerdings praktisch ausschließlich um qualitative und quantitative Fragen im Hinblick auf die Nahrung, die Lebensmittel und die Nährstoffe die zugeführt werden. Weit weniger bekannt ist jedoch, dass der Zeitpunkt der Nahrungszufuhr einen wesentlichen Einfluss auf die Auswirkung der Nahrung im Organismus hat. Die Verdauungs- und Stoffwechselvorgänge weisen circadiane Rhythmen auf. Aus diesem Grund ist auch die Assimilation der Nährstoffe einem circadianen Rhythmus unterworfen. Der Zeitpunkt der Nahrungszufuhr hat eine Schrittmacherfunktion für die peripheren Zellen, wie z.B. für die Hepatocyten, die Adipocyten etc. Aus der überaus

großen Vielzahl an Studien und deren Ergebnissen können nachfolgend nur einige als Beispiele für die Bedeutung der Chronobiologie von Ernährung und Stoffwechsel beschrieben werden.

Der Stoffwechsel der Energie liefernden Nährstoffe Glukose und Fettsäuren zeigt eine klare Abhängigkeit von der 24-Stunden-Periode. Beim ruhenden Menschen wird am Morgen bevorzugt Glukose zur Energiebildung herangezogen, während dies am Abend für die Fettsäuren zutrifft. Die Plasmaglukosekonzentration zeigt einen circadianen Verlauf mit Höchstwerten zu Beginn der Aktivitätsperiode. Ein ähnliches Verhalten weist die Plasmakonzentration von Insulin auf. Dieser Circadianrhythmus der Insulinkonzentration im Plasma ist allerdings nicht von der Glukosekonzentration im Plasma anhängig, sondern dürfte von Zentralnervensystem gesteuert werden. Die Glukosetoleranz zeigt einen ähnlichen Verlauf wie die Glukosekonzentration im Plasma, sie ist zu Beginn der Aktivitätsphase besser als gegen deren Ende. Dies betrifft sowohl die Reaktion auf eine orale als auch auf eine intravenöse Glukosegabe. Das circadiane Verhalten der Glukosetoleranz ist unabhängig von Alter und Geschlecht, von den Verdauungsvorgängen, von der Länge der Fastenperiode vor dem Test, von der Zusammensetzung der vorher- gegangenen Mahlzeit sowie von der verabreichten Glukosemenge. Auch ein Zusammenhang des circadianen Verhaltens der Glukosetoleranz mit dem circadianen Rhythmus der Plasmainsulinkonzentration besteht nicht, es wird jedoch ein circadianer Rhythmus der Insulinempfindlichkeit der insulinabhängigen Zellen als Ursache diskutiert.

Der Respiratorische Quotient weist gegen Mittag den höchsten Wert auf, was mit einer höheren Oxidation von Kohlenhydraten zu dieser Zeit in Verbindung gebracht werden kann (Cornelissen, 2012).

Ein kohlenhydratreiches Frühstück führt im Vergleich zu einem mäßig fett-haltigen Frühstück zu einer länger anhaltenden Erhöhung der Triglyceridkonzentration im Plasma (Frape et al, 1997). Nach der Aufnahme von Mahlzeiten vergleichbarer Zusammensetzung ist der Anstieg der Plasmatriglyceridkonzentration am Nachmittag höher als nach dem Frühstück (Frape et al, 1997). Auch der Cholesterinstoffwechsel weist eine circadiane Abhängigkeit

auf. So folgt die Synthese des freien und des Gesamtcholesterins im Plasma einen circadianen Rhythmus mit einer deutlichen Abnahme während der Helligkeitsperiode (Jones & Schoeller, 1990).

Die Tatsache, dass die Cholesterinkonzentration im Plasma einen ausgeprägten Jahresgang aufweist, wird in der konventionellen klinischen Diagnostik ignoriert. Wie dies die Abbildung 1 zeigt, ist bei beiden Geschlechtern die Cholesterinkonzentration im Plasma im Herbst am höchsten und im Frühjahr am niedrigsten (Strauss-Blasche et al, 2003).

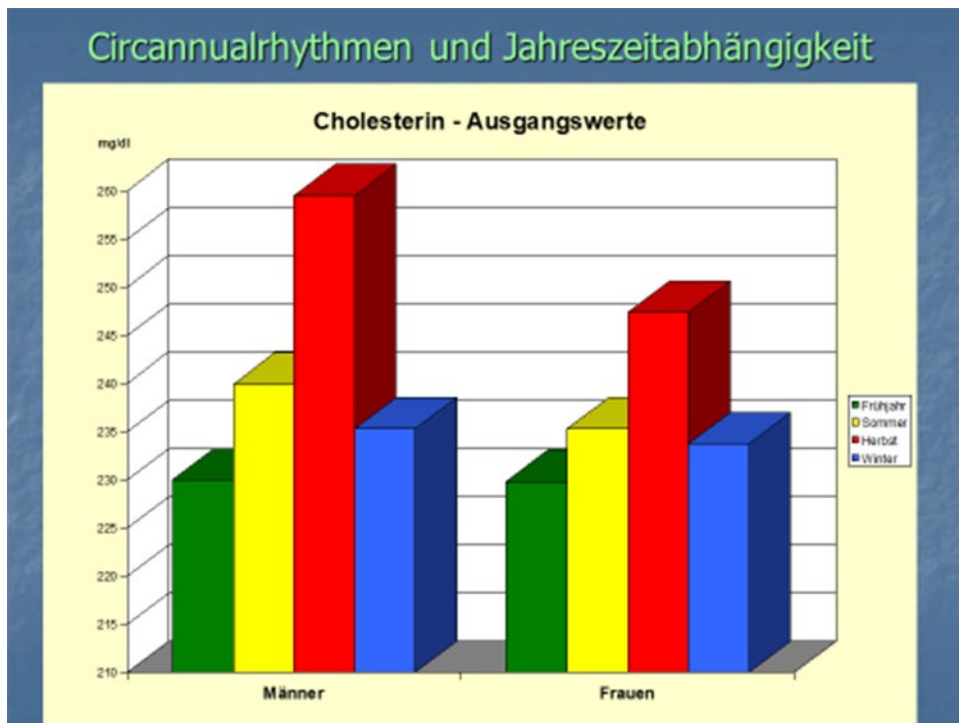


Abb. 1. Cholesterin - Ausgangswerte

Viele Gene im braunen und weißen Fettgewebe weisen bezüglich ihrer Aktivität ein circadianes Verhalten auf (Garaulet & Madrid, 2010). Die Zyklen der Lipolyse und Lipogenese zeigen eine Prädominanz der Lipolyse während

der Nacht, die in Zusammenhang mit der Fettutilisation gebracht wird. Während der Aktivitätsphase dominiert hingegen die Lipogenese (Garaulet & Madrid, 2010).

Auch alle Vorgänge der Verdauung, Resorption und des Stoffwechsels werden circadian kontrolliert. Dies trifft auch für die Hormone und Transmitter zu, die bei Hunger und Sättigung eine Rolle spielen. So ist z.B. die Leptinkonzentration im Plasma während der Nacht hoch, was mit einer Abnahme des Hungergefühls einhergeht, die niedrige Leptinkonzentration während des Tages ist andererseits mit einem stärkeren Hungergefühl verbunden (Garaulet & Madrid, 2010).

Froy und Miskin (Froy & Miskin 2010) weisen darauf hin, dass eine höhere Lebenserwartung und ein guter Gesundheitszustand durch zwei Arten der Nahrungsaufnahme nämlich durch Energierestriktion und intermittierendes Fasten erzielt werden kann. Diese Effekte können auch durch Resynchronisation eines gestörten circadianen Rhythmus erreicht werden. Auf der Basis des Zusammenhangs zwischen dem circadianen System, den Stoffwechselvorgängen und der Ernährung stellen Froy und Miskin (Froy & Miskin, 2010) fest, dass zwischen den erwähnten Ernährungsarten der Energierestriktion und des intermittierenden Fastens ein synchronisierender Einfluss auf die Master Clock im Hypothalamus ausgeübt werden kann.

Gesundheitliche Auswirkungen der Schichtarbeit

Die gesundheitlichen Probleme, die bei Schichtarbeit über längere Zeit auftreten, können als Beispiel für die Störung in der Beziehung zwischen den Zeitgebern Licht, Ernährung und dem circadianen System aufgefasst werden. Der Hauptgrund für das Gesundheitsrisiko bei Schichtarbeit ist, dass die vegetativen circadianen Funktionen einer plötzlichen Umkehr oder einer Zeitverschiebung des Aktivitätszyklus nicht sofort folgen können. Nachtarbeit bedeutet arbeiten ohne psychologische und physiologische Arbeitsbereitschaft und schlafen ohne äußere Vorbedingungen und interne Bereitschaft für Schlaf und Erholung.

Ch. Eastman (Ch.Eastman, 1991) führt aus, dass im Jahr 1980 26% der männlichen und 18% der weiblichen Arbeitnehmer in der Tag- und Nachtschicht arbeiteten. Werden auch noch die Menschen mit permanenter Nachtarbeit miteinbezogen, so steigen diese Prozentzahlen noch weiter an. Nach Angaben von Golombek et al (Golombek et al, 2013) existieren Schätzungen wonach ungefähr die Hälfte der Bevölkerung in den Industrieländern circadiane Rhythmen aufweisen, deren Phasenlage nicht in Übereinstimmung mit ihrer täglichen Routine ist. Dieser Zustand wird als sozialer „Jetlag“ bezeichnet und wird direkt in Beziehung mit pathologischen Zuständen gebracht.

Hildebrandt (Hildebrandt, 1980) wertet Nacht- und Schichtarbeit als ein Anzeichen einer progressiven Abkehr des Menschen von der natürlichen Zeitordnung und bringt die damit verbundene exogene und endogene Desynchronisation mit den auftretenden Gesundheitsstörungen in Zusammenhang.

Die Tabelle 9 gibt einen groben Überblick über gesundheitliche Probleme die bei Menschen die Schichtarbeit- oder Nachtarbeit leisten häufiger auftreten.

Störungen des Befindens und psychische Probleme	Stoffwechselstörungen	Kardiovaskuläre Probleme und Erkrankungen
Chronische Müdigkeit Erholungsmangel Schlafstörungen und Schlafdefizite Depressionen etc.	Adipositas Störungen im Lipid- und Kohlenhydratstoffwechsel Hohe Triglycerid- und niedrige HDL-Konzentrationen im Plasma Insulinresistenz Metabolisches Syndrom	Hypertonie Linksventrikuläre Hypertrophie Koronare Herzkrankheit Myocardinfarkte Zerebralinsulte

Höhere Inzidenz von Karzinomen	Hormonelle Störungen	Diverse Störungen
Brustkrebs Dickdarmkrebs	Störungen der Sekretionsmuster von STH und Cortisol	Störungen der gastrointestinalen Funktionen Autoimmunerkrankungen

Tabelle 9: Beispiele für gesundheitliche Probleme bei Schicht- und Nachtarbeit. Nach: Golombek et al (2013); Weaver et al (2016); Haus & Smolensky (2006), Paskos (2015).

Die in der Tabelle 9 angeführten gesundheitlichen Probleme Erkrankungen weisen bei Menschen mit Nacht- und Schichtarbeit eine höhere Inzidenz auf, als bei Menschen mit Tagarbeit. Somit kann abschließend festgehalten werden, dass die Missachtung Beziehung zwischen den natürlichen Zeitgebern aus der Umwelt und dem Verhalten des Menschen zu gesundheitsabträglichen Konsequenzen führen kann.

Zusammenfassung

Salutogenese befasst sich mit der Entstehung und Erhaltung der Gesundheit. Es handelt sich dabei um einen sehr komplexen Begriff, was sich auch in einer Vielzahl unterschiedlicher Determinanten der Gesundheit widerspiegelt. Der Komplexität des Gesundheitsbegriffs entspricht auch die Mehrzahl von Definitionen der Gesundheit. Ein Gesundheitswesen, das für sich in Anspruch nimmt, sowohl für Gesundheit als auch für Krankheit zuständig zu sein sollte sich jedenfalls dessen bewusst sein, dass für diese beiden Begriffe unterschiedliche Denkgrundlagen zu beachten sind. Krankheiten werden in der Medizin vorwiegend von einem mechanistischen und reduktionistischen Standpunkt aus betrachte wie dies für die naturwissenschaftliche

Denkweise charakteristisch ist. Diese Denkweise muss jedoch als inadäquat für den Zugang zum komplexen Begriff der Gesundheit beurteilt werden.

Aus der Sicht der Chronobiologie, die sich mit der Zeitabhängigkeit der Lebensvorgänge befasst, wird dem Zeitfaktor als einer der Determinanten der Gesundheit zu wenig Beachtung geschenkt. Die Chronobiologie befasst sich mit der Zeitabhängigkeit der Lebensvorgänge und spricht in diesem Zusammenhang auch von der Zeitstruktur, die jedem Lebewesen innewohnt. Die Beziehung der Zeitstruktur zur Salutogenese kann mit den Begriffen der endogenen und exogenen Synchronisation umschrieben werden. Es geht dabei um die Abstimmung der Zeitstruktur des Organismus mit den Zeitgebern der natürlichen Umwelt. Eine Störung dieser Beziehung wird als exogene Desynchronisation bezeichnet und ist mit Störungen der Gesundheit verbunden.

Literatur

- Bartness Timothy J, C. Kay Song & Gregory E. Demas (2001) SCN – Efferents to Peripheral Tissues: Implications for Biological Rhythms. *J. Biol.Rhythms* 16, 196 – 204.
- Bortz Walter M. (2005) Biological Basis of Determinants of Health. *Amer. J. Publ. Hlth.* 95, 95, 389-392.
- Chang Anne-Marie, Aeschbach Daniel, Duffy Jeanne F. & Czeisler Charles A. (2015) Evening use of light emitting e-Readers negatively affects sleep, circadian timing, and next morning alertness. *PNAS*, 112, 1232-1237.
- Colwell Christopher, Satir S. Khalsa & Gene D. Block (1992) Cellular Mechanisms of Entrainment. *Chronobiol. Internat.* 9, 163-179.
- Cornelissen Germaine (2012) When You Eat Matters.: 60 Years of Franz Halberg's Nutrition Chronomics. *The Open Nutraceuticals J.* 5, Suppl. 1-M2, 16-44.
- Davis Scott, Kaune William T, Mirick Dana K, Chen Chu & Stevens Richard G. (2001) Residential Magnetic Fields, Light at Night, and Nocturnal

- Urinary 6-Sulfatoxymelatonin Concentration in Women. *Am. J. Epidemiol.* 154, 591-600.
- Eastman Charmane (1991) Squashing vs. Nudging Circadian Rhythms with Artificial Bright Light: Solutions for Shift Work? *Perspect. Biol. a. Med.* 34, 181-195.
- Frape David Lawrence, Williams Norman R, Scriven J.A., Palmer Christopher R. O'Sullivan Kathryn & Fletcher Reginald J. (1997) Effects of high and low fat meals on the diurnal response of plasma lipid metabolite concentrations in healthy middle - aged volunteers. *Brit. J. Nutr.* 77, 375-390.
- Froy Oren & Miskin Ruth. (2010) Effect of feeding regimens on circadian rhythms: implications for aging and longevity. *Aging* 2, 7-27.
- Garaulet Marta & Madrid Juan Antonio (2010). Chronobiological aspects of nutrition, metabolic syndrom and obesity. *Adv. Drug Deliv. Rev.* (2010). doi 10.1016/j.addr. 2010.05.005.
- Golombek Diego A., Casiraghi Leoandro P, Agostini Patricia V, Paladino Natalia, Duhart José M, Plano Santiago A., & Chiesa Juan J. (2013) The times they're changing: Effects of circadian desynchronisation on physiology and disease. *J. Physiol.Paris*, 107, 310-322.
- Hastings Michael (1994) What makes the clock tick? *Current. Biol.* 4, 720-723.
- Hildebrandt Gunther (1980) Survey of Current Concepts Relative to Rhythms and Shift Work. In: *Chronobiology: Principles and Applications to Shift in Schedules*. Ed. L.E. Scheving & F. Halberg. p. 261- 293.
- Hildebrandt Gunther, Moser Max & Lehofer Michael. (1989) *Chronobiologie und Chronomedizin* Hippokrates: Stuttgart.
- Jones Peter J.H. & Schoeller D.A. (1990) Evidence for diurnal periodicity in human cholesterol synthesis. *J. Lipid.Res.* 31, 667.
- Kohls N. (2010) Antonovskys Kohärenzgefühl – eine säkularisierte und psychologisierte Form von Spiritualität? In: *Salutogenese, Gesundbleiben trotz chronischer Krankheit* Hsg. C. Sigl & M. Offenbacher. Pflaum Verlag München, p. 1-76.

- Le Gates T.A. Fernandez D.C. & Samar Hattar (2014) Light as a central mediator of circadian rhythms, sleep and affect. *Nat. Rev. Neurosci.* 15, 443-454.
- Roenneberg Till & Merrow Martha (2001) Circadian systems: different levels of complexity. *Phil.Trans.R.Soc. London B.* 356, 1687 – 1696.
- Smolensky Michael H., Sackett-Lundeen Linda L. & Portaluppi Francesco (2015) Nocturnal light pollution and underexposure to daytime sunlight: Complementary mechanisms of circadian disruption and related diseases. *Chronobiol. Internat.* 32: 1029-1048.
- Strauss-Blasche G, Ekmekcioglu C, Leibetseder V, Marktl W (2003), Seasonal Variation of Lipid Lowering Effects of Complex Spa Therapy. *Forsch. Komplementärmed. Klass. Naturheilk.* 10, 78-84.
- Wever Rütger A. (1979) The Circadian System of Man. Results of Experiments Under Temporal Isolation. In: *K.E. Schaefer (ed): Topics in Environmental Physiology and Medicine.* Heidelberg: Springer Verlag.
- Yangh Guangrui, Wang Han & Zhang Erquan (2015) Therapeutic implications of circadian rhythms. *Frontiers in pharmacology* 6, Article 175,1-3.

Herzratenvariabilität und Salutogenese – Ein psychosomatischer Ansatz Titel

Otto Ambros

Einleitung

Die Frage nach der ganzheitlichen Gesundheit, ihre Förderung und Wiedererlangung reicht zumindest bis in die Antike zurück.

Aaron Antonovsky hat mit seinem Konzept der Salutogenese eine neuzeitliche Antwort geliefert. Im Gegensatz zur Pathogenese (Entstehung von Krankheit) bietet das Konzept der Entstehung von Gesundheit einen positiven Ansatz zur Lebensführung und auch zur Therapie.

Die Psychosomatische Medizin wiederum beschäftigt sich mit den biologischen, psychologischen und sozialen Elementen in Entstehung, Verlauf und Bewältigung von Gesundheit und Krankheit.

Aufgrund der bio-psycho-sozialen Genese von Erkrankungen sind in der Behandlung bio-psycho-soziale Ansätze notwendig. Dabei steht der Patient als Individuum im Mittelpunkt des Interesses.

Die Herzratenvariabilitäts-Messung wird zur Ermittlung der Balance des autonomen Nervensystems eingesetzt. Unter Herzratenvariabilität versteht man die zeitlichen Abstände zwischen zwei Herzschlägen. Diese Abstände sind nicht gleichmäßig, sondern unterliegen ständigen Schwankungen, was für Gesundheit spricht. Anhand dieser Herzrhythmusanalyse kann sowohl die Erholungs- und Regenerationsfähigkeit eines Menschen als auch dessen Stress- und Belastungserleben abgeleitet werden.

Hippokrates von Kos und die Gesundheit

Bereits im 4. Jahrhundert vor Christus formuliert Hippokrates von Kos seine 6 goldenen Regeln der Lebensführung (diaita):

Rhythmisierung des Alltags, bewusste Auswahl der Lebensmittel, emotionale Balance und die Beziehung zu den Nächsten, bewusster Umgang mit der Natur, Kultur des Leibes – Achtung der Bedürfnisse, Gleichgewicht von Arbeit und Muße.

Diese 6 Regeln klingen in unserer heutigen Subjektivität etwa so:

Rhythmus, Struktur und Konstanz; biologische und lokale Lebensmittel ohne Konservierungsstoffe und Geschmacksverstärker; sichere Bindung und adäquate Beziehungen mit emotionaler Kompetenz; Ökologie und Klimaneutralität; gesundheitsförderliche Körperkultur sowie Wiedererkennen der eigenen Bedürfnisse und Grenzen; eine adäquate work-life-balance. Es handelt sich also um bio-psycho-soziale Regeln!

Damit soll die Gesundheit des Individuums erhalten, gefördert und wiedererlangt werden.

Doch, was genau ist GESUNDHEIT?

„Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Behinderung.“

So definiert die WHO 1948 Gesundheit und ergänzt 1986 in der Ottawa-Charta: “Gesundheit entsteht wo die Menschen lieben, leben, arbeiten und spielen.“

Gesundheit ist somit nicht das Gegenteil von Krankheit, sondern ein positives Konzept, dass in gleicher Weise die Bedeutung sozialer, ökologischer und individueller Ressourcen betont.

Da ein „Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ wohl kaum je erreicht werden kann, bleibt die Beurteilung „ich

fühle mich gesund“ immer ein subjektiver. Gesundheit als Norm wird immer auch gesellschaftlich und kulturell geprägt.

„Gesundheit ist in der kapitalistischen Gesellschaft Erwerbsfähigkeit, unter Griechen war sie Genussfähigkeit, im Mittelalter Glaubensfähigkeit.“ (Ernst Bloch 1959, S. 539).

Von den vielen theoretischen Ansätzen, die die Beziehung zwischen Leib und Seele zu erklären versuchen, ist heute das biopsychosoziale Modell das mit Abstand häufigste zitierte Paradigma. Nach diesem Modell eines ganzheitlichen Krankheitsverständnisses kann es keine psychosomatischen Krankheiten geben – genau so wenig wie es nicht-psychosomatische Krankheiten gibt. Krankheit und Gesundheit sind im biopsychosozialen Modell nicht als ein Zustand definiert, sondern als ein dynamisches Geschehen.

So gesehen muss Gesundheit in jeder Sekunde des Lebens „geschaffen“ werden. (Egger, J.W. 2005, 3-12).

Psychosomatik

Die Psychosomatische Medizin beschäftigt sich mit den **biologischen, psychologischen** und **sozialen** Dimensionen in Entstehung, Verlauf und Bewältigung von Gesundheit und Krankheiten.

Dieser Ansatz hat weitreichende Konsequenzen nicht nur für das Verständnis, sondern auch für die Behandlungsansätze: aufgrund der multifaktoriellen Genese der meisten Erkrankungen sind neben somatisch-orientierten Verfahren oft auch psychosoziale Ansätze notwendig. Dabei steht der Patient **als Person** im Mittelpunkt des Interesses; die Behandlung umfasst immer auch die Dimension der „therapeutischen Beziehung“, psychosomatische Medizin ist damit **„Beziehungsmedizin“**.

Krankheit wird hier in einem weiteren Sinne verstanden als sowohl körperliche Funktionsstörungen ohne ausreichend-erklärendes organisches Korrelat (sog. **somatoforme** oder **dissoziative Störungen**) als auch **organische**

Erkrankungen, in deren Entstehung und Verlauf psychosoziale Faktoren eine wesentliche Bedeutung haben (z.B. Koronare Herzerkrankung, arterielle Hypertonie etc.).

Sigmund Freud sprach noch von einem „rätselhaften Sprung“ vom Psychischen ins Körperliche. Nach mehr als hundert Jahren empirischer Forschung haben sich mittlerweile einige Modelle herauskristallisiert, die jedes für sich, aber auch in Kombination, diesen „Sprung“ erklären können (Christian Albus, 2020).

Im biopsychosozialen Modell bedeutet:

Gesundheit die ausreichende Kompetenz des Systems „Mensch“, beliebige Störungen auf beliebigen Systemebenen autoregulativ zu bewältigen. Nicht das Fehlen von pathogenen Keimen (Viren, Bakterien etc.) oder das Nichtvorhandensein von Störungen/Auffälligkeiten auf der psychosozialen

Ebene bedeuten demnach Gesundheit, sondern die Fähigkeit, diese pathogenen Faktoren ausreichend wirksam zu kontrollieren.

Krankheit stellt sich dann ein, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen auf beliebigen Ebenen des Systems „Mensch“ nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen. Wegen der parallelen Verschaltung der Systemebenen ist es nicht so bedeutsam, auf welcher Ebene oder an welchem Ort eine Störung generiert oder augenscheinlich wird, sondern welchen Schaden diese auf der jeweiligen Systemebene, aber auch auf den unter- oder übergeordneten Systemen zu bewirken imstande ist.

Da das „Ganze“ einer Krankheit (oder Gesundheit) als solches nicht fassbar ist, macht es natürlich weiterhin Sinn, für die Detailauflösung dimensional vorzugehen, d.h. die beteiligten Wirklichkeitsausschnitte mit ihren erkennbaren Wirkfaktoren zu benennen, um sie danach in ein ganzheitliches System zu integrieren.

- Krankheit als somatische Störung – biomedizinische Dimension
- Krankheit als Störung des Erlebens und Verhaltens – psychologische Dimension
- Krankheit als Ergebnis einer pathogenen Mensch-Umwelt Passform – öko-soziale Dimension
- Gesundheit als somatische Unauffälligkeit – biomedizinische Dimension
- Gesundheit als vitales Erleben und Verhalten – psychologische Dimension
- Gesundheit als salutogene Mensch-Umwelt-Passform – öko-soziale Dimension

(Egger, J.W. 2005, 3-12).

Zur Gestaltung von Gesundheit stehen 3 Gesundheitsfelder zur Verfügung: das Psychisch-Mentale Feld, das Soziale Feld und das das Biologische Feld.

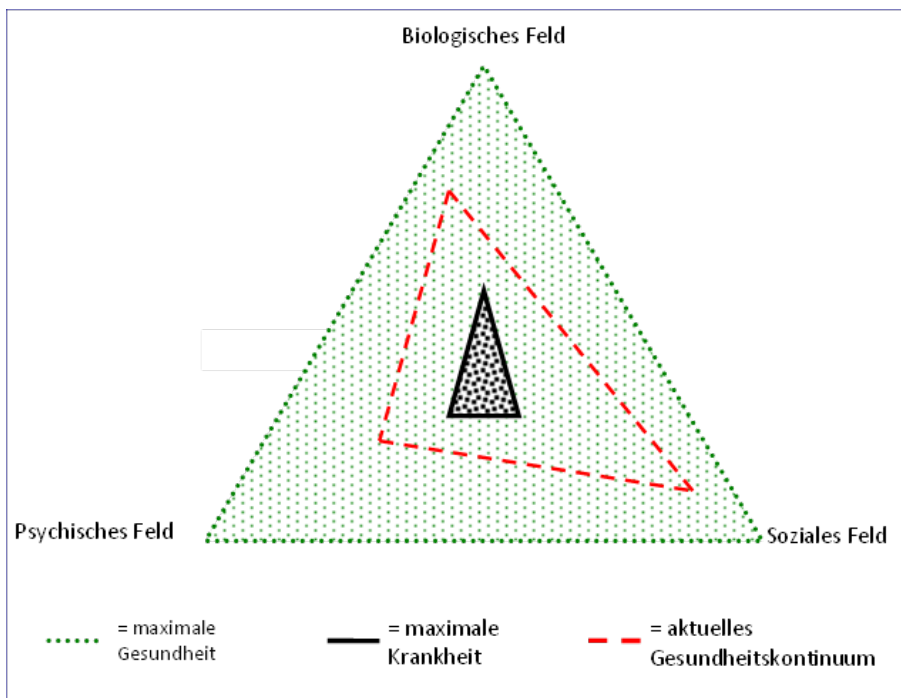
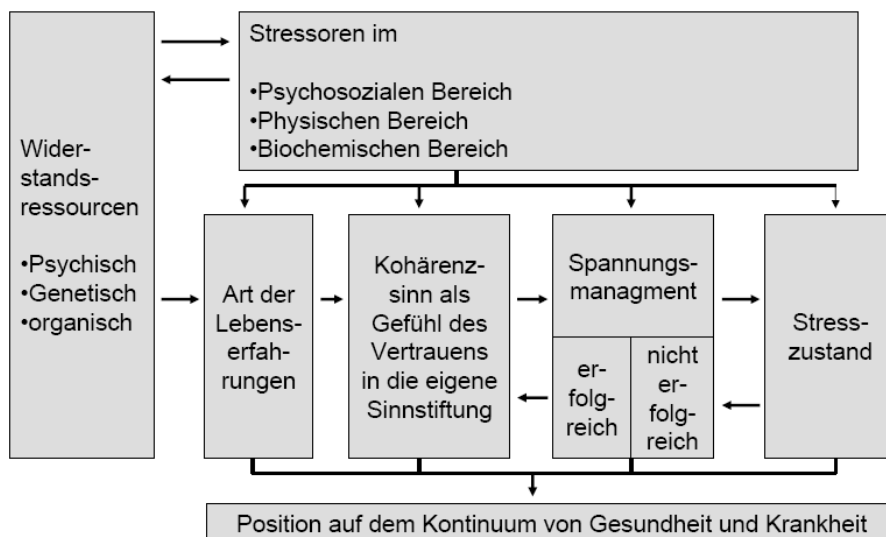


Abb. 1: Das Gesundheitskontinuum, Ambros, O.

Gesundheit kann demnach nicht als ein statischer Punkt, sondern als ein dynamischer Zustand zwischen diesen 3 Feldern verstanden werden.

Salutogenese

Gesundheit und Krankheit werden in diesem Modell nicht als einander ausschließende Kategorien betrachtet, sondern sind als Endpunkte eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums zu verstehen (Abb.2). Jeder kann zu einem beliebigen Zeitpunkt auf dem Kontinuum lokalisiert werden und ist damit nicht entweder gesund oder krank, sondern mehr oder weniger gesund oder krank.



**Abb. 2: Das Salutogenesemodell von A. Antonovsky, 1979;
nach: W.-D. Miethling 2005**

Antonovsky (Antonovsky, A. 1997) entwickelte sein Modell aufgrund folgender Fragestellung:

WARUM bleiben Menschen trotz potentiell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund?

WIE schaffen sie es, sich von Krankheiten wieder zu erholen?

WAS ist das Besondere an Menschen, die trotz extremer Belastung nicht krank werden?

Die Antworten auf diese Frage fasste er in dem Konstrukt des Kohärenzsinn zusammen. Definiert wird der Kohärenzsinn als globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt - und zwar Vertrauen darauf, dass:

- die Anforderungen aus der inneren und äußeren Erfahrungswelt im
- Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind (Verstehbarkeit / comprehensibility);
- die nötigen Ressourcen verfügbar sind, um den Anforderungen
- gerecht zu werden (Handhabbarkeit / manageability);
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und
- Engagement verdienen (Sinnhaftigkeit / meaningfulness).

Mit dem Kohärenzsinn ist also kein affektives "Gefühl" gemeint, sondern ein Einstellungsmuster, die Welt in einer bestimmten Weise zu sehen.

Antonovsky meint damit die Grundeinstellung, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben. Beim Individuum bedeutet dies ein positives Selbstbild, dass mit der Gewissheit einhergeht, das eigene Leben als sinnvoll gestalten zu können. Der Kohärenzsinn – sense of coherence (SOC) – besteht dabei aus den drei genannten Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit.

Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)

Dieser Baustein umfasst die Fähigkeit des Menschen, die Welt als geordnet und strukturiert wahrnehmen zu können. Anstatt unbekannte und bekannte Reize als chaotisch, willkürlich und unerklärlich zu sehen, werden diese zu geordneten, strukturierten, konsistenten Informationen verarbeitet. Ein damit zugrunde gelegtes kognitives Verarbeitungsmuster ermöglicht es dem Menschen, sowohl die Welt als auch innere Erfahrungszustände zu erklären. Darüber hinaus fühlen sich Menschen mit ausgeprägtem Kohärenzsinn von anderen Menschen verstanden (Bengel, J. 2001).

Gefühl der Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (sense of manageability)

Hinter diesem Gefühl verbirgt sich die grundsätzliche Auffassung, dass Schwierigkeiten lösbar sind. Um sich den ergebenden Anforderungen zu stellen, verfügt der Mensch über ein Repertoire adäquater Ressourcen, die ihm bei der

Bewältigung von Problemen und anderen Herausforderung behilflich sind. Überdies ist zu erwähnen, dass die eigenen Kompetenzen zur Meisterung von Problemen nicht allein sind. Ebenfalls die innere Überzeugung, dass andere Menschen im Sinne einer kollektiven Kraft dabei unterstützen können, fällt unter diese Komponente des Kohärenzgefühls (Bengel, J. 2001).

Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit

Während die ersten beiden Bestandteile des Kohärenzsинns der kognitiven Seite des Erlebens zuzuordnen sind, nimmt das Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit eine affektiv-motivationale Stellung im Salutogenese-modell ein. Individuen mit einem hochgradig ausgeprägten Kohärenzsinn betrachten ihr Leben, ihre Biografie und ihr Handeln generell für sinnvoll. Unabhängig davon, ob der Versuch zur Bewältigung eines Problems mehr oder weniger erfolgreich war, empfindet man es als grundsätzlich wertvoll, Energie in die Lösung dessen zu stecken. Allgemein gesprochen, sehen jene Menschen ihr Leben als interessant, lebenswert und schön (Bengel, J. 2001).

Im Modell der Salutogenese geht es insbesondere darum, Schutzfaktoren ausfindig zu machen, die die Aufgabe haben, den Menschen vor Krankheit zu schützen und damit insgesamt das Kohärenzgefühl festigen. Bei der Suche nach Einflussfaktoren auf den Erhalt bzw. die Verbesserung von Gesundheit, präsentierte Antonovsky ein breites Spektrum an Faktoren, die eine Korrelation mit dem Gesundheitszustand aufweisen. Diese gliedern sich in individuelle (körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien) und soziokulturelle Faktoren (soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten, kulturelle Stabilität). Diese Einflussgrößen definierte Antonovsky als generalisierte Widerstandsressourcen, wobei generalisiert bedeutet, dass die einzelnen Faktoren nicht isoliert, sondern im Zusammenspiel in Situationen aller Art wirksam werden. Zudem meint Widerstand, dass diese Ressourcen die allgemeine Widerstandsfähigkeit des Individuums festigen bzw. erhöhen.

Den generalisierten Widerstandsressourcen stehen die so genannten generalisierten Widerstandsdefizite gegenüber. Darunter sind Stressoren zu verstehen die das Kohärenzgefühl beeinträchtigen können. Diese können ebenfalls sowohl individueller (körperliche Faktoren, mangelndes Selbstbewusstsein) als auch soziokultureller

Natur (z.B. wenig Akzeptanz, finanzielle Schwierigkeiten, schlechte familiäre Bedingungen) sein. Analog zum salutogenetischen Verständnis eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, können auch die generalisierten Widerstandsressourcen und die Widerstandsdefizite in einer kontinuierlichen Dimension betrachtet werden. Während die Defizite als Stressoren je nach Grad der Ausprägung den Kohärenzsinn negativ beeinflussen, also schwächen, bewirken die Widerstandsressourcen als Schutzfaktoren eine Stärkung desselben. Hauptaugenmerk liegt jedoch auf den protektiven Faktoren, die zur Bewältigung von Spannungszuständen notwendig sind (Bengel, J. 2001).

Ressourcen	Belastungen
• Hoher Kohärenzsinn (i.e. die Fähigkeit, Belastungen als verstehbar, handhabbar und als Herausforderung zu erleben) • Robuste Persönlichkeit • Gute soziale Unterstützung • Stabile sozioökonomische Situation • Gute körperliche Verfassung • „Lucky genes“, z.B. familiär hohes HDL-Cholesterin	• Biologische (z.B. Krankheitserreger, genetische Faktoren) und klimatische Stressoren • Armut, Mangelernährung • Kritische Lebensereignisse (z.B. Tod eines Angehörigen, Kündigung) • Instabile sozioökonomische Situation • Krankheit eines Angehörigen • Soziale Isolation

Abb. 3: Allgemeine Widerstands- und Belastungsfaktoren beim Erwachsenen; Ch.Albus 2020

Ressourcen	Belastungen
• adäquate frühkindliche Eltern-Kind-Beziehung • Dauerhaft gute Beziehung zu primären Bezugspersonen • Großfamilie • Robustes, aktives Temperament • Gute Intelligenz • Soziale Förderung • Ggf. gutes Ersatzmilieu bei Verlust der Eltern	• Emotional-vernachlässigende oder gewalttätige Eltern-Kind-Beziehung • Dauerhaft schlechte Beziehung zu primären Bezugspersonen • Dauerhafte familiäre Konflikte/Trennung der Eltern • Sexueller Missbrauch • Mutter oder Vater körperlich/seelisch krank • Tod eines Elternteils • Berufliche Belastung beider Eltern

Abb. 4: Ressourcen und Belastungsfaktoren beim Kind; Ch.Albus 2020

Das Salutogenesemodell mit seinem Fokus auf die Erhaltung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit ist „lösungsorientiert“ im Sinne Steve de Shazers und bio-psycho-sozial im Sinne der Psychosomatik zugleich.

Herzratenvariabilität

Neben der Messung der **Herzfrequenz** (oder **Herzrate HR**) als deutlicher Indikator für die Veränderung kardiovaskulären Geschehens wurde in der Veränderung der **Herzfrequenzvariabilität (heart rate variability – HRV)** ein weiterer charakteristischer Kennwert psychophysiologischer Abläufe im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems entdeckt.

Die Herzschlagfrequenz ist unter keinen Bedingungen zeitlich völlig konstant, sondern variiert. Diese Variation im zeitlichen Ablauf von Herzschlag zu Herzschlag wird als HRV bezeichnet.

Die klinische Relevanz der HRV wurde erstmals 1965 von Hon und Lee (Hon, EH & Lee, ST, 1965) hervorgehoben. Sie fanden heraus, dass chronischer, negativer Stress sich in Veränderungen des Intervalls zwischen Herzschlägen bemerkbar macht, ohne dass sich vorher irgendwelche Veränderungen in der Herzfrequenz selbst festschrieben.

Weitere Forschung zeigte, dass die Gefahr und Wahrscheinlichkeit der Sterblichkeitsrate nach Herzinfarkt bei reduzierter HRV höher sind. Dies wurde bestätigt, als in den späten 80'er Jahren entdeckt wurde, dass eine reduzierte HRV ein starker und unabhängiger Indikator für Sterblichkeit nach einem akuten Herzinfarkt ist (Task Force of the European Society of Cardiology the North American Society of Pacing Electrophysiology, 1996).

Die HRV ist eine Messgröße der autonomen Funktion des Herzens und bildet die Balance zwischen der sympathischen und parasympathischen (neurokardialen) Regulation des Herzens ab (Carney, R., 2005).

Mit der „power spectral analysis“ wurde ein Weg gefunden, die parasympathische und sympathische Kontrolle des Herzens quantitativ zu evaluieren und damit die so genannten „Autonome Balance“ darzustellen.

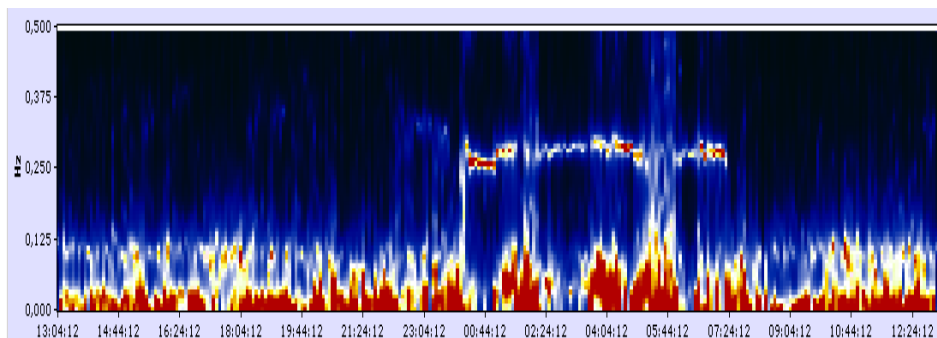


Abb. 5: Herzratenvariabilität, gesunder Mann; Ambros,O.

Damit lässt sich nicht nur das Risiko nach einem Herzinfarkt darstellen, sondern vor allem auch die Stressbelastung, Regenerationsfähigkeit und Schlafqualität bestimmen. Auch Depression und Angst beeinflussen die HRV.

Die Darstellung der Spektralanalyse mit dem „Ansichtig Werden“ einer möglichen Imbalance des vegetativen Nervensystems oder der mangelhaften Regenerationsfähigkeit bieten einen direkten Zugang zum Erleben des Patienten/der Patientin.

Die HRV stellt somit ein effektives und unmittelbares beraterisches Tool in der Psychosomatik dar und kann ganz im salutogenen Sinn zur Förderung und Stärkung von gesundheitlichen Verhalten und Erleben eingesetzt werden.

Zusammenfassung

Gesundheit und Krankheit sind im psychosomatischen Sinn bio-psycho-sozial. Die Salutogenese erweitert dieses Konzept um die Funktion der Schutz-

faktoren als gesunderhaltende und fördernde Ressourcen. Der Kohärenzsinn als Einstellungsmuster und innere Haltung ist das positive Ergebnis der generalisierten Widerstandsressourcen.

Der Psychosomatik und der Salutogenese gemeinsam ist die Bedeutung des Individuums in seiner persönlichen Entwicklung und den individuellen Lebensumständen. In diesem Sinn kann auch die individuelle Organphysiologie von Thure von Uexküll (1996) verstanden werden, nämlich dass sich neben den allgemeinen Organfunktionen auch individuelle Abläufe durch Bedeutungskoppelungen, die nur aus der individuellen Lebensgeschichte verstehbar sind, entwickeln.

Die Herzratenvariabilität mit der Abbildung der Balance oder Imbalance des vegetativen Nervensystems bietet neben den diagnostischen Möglichkeiten ein unmittelbares und effektives Tool der psychosomatischen Beratung.

Literaturverzeichnis

Albus, Christian (2020). *Grundkonzepte der psychosomatischen Medizin*. In: Herrmann-Lingen, Christoph & Christian Albus & Georg Titscher: *Psychokardiologie*. Berlin: Springer

Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese*. München: dgvt

Bengel, Jürgen (2001). *Was erhält den Menschen gesund?* Band 6 Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Köln: BZgA

Bloch, Ernst (1959). *Das Prinzip Hoffnung*, S. 539. Frankfurt: Suhrkamp

Carney, Robert & Freedland, Kenneth (2005). *Depression, the Autonomic Nervous System, and Coronary Heart Disease*. *Psychosomatic Medicine*, 67:S34-33

Egger, Josef (2005). *Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit*. *Psychologische Medizin*, 16,2,3-12. Wien: Facultas Universitätsverlag, ISSN 1014-8167)

Hon, Edward Harry & Lee, Steve (1965) *Electronic evaluations of the fetal heart rate patterns preceding fetal death: further observations*. Am J Obstet Gynecol. 1965; 87:814-826

von Uexküll, Thure (1996). *Psychosomatische Medizin*. München: Urban&Fischer

Task Force of the European Society of Cardiology the North American Society of Pacing Electrophysiology (1996). *Heart Rate Variability*. Circulation. 1996; 93:1043-1065

Das Vorsorge-Medizin-Dilemma

Walter Wührer

Vorsorge bedeutet die frühzeitige Erkennung von manifesten Erkrankungen, die meist viele Jahre brauchen, um sichtbar zu werden. Das gilt für die meisten Krebs-, aber auch für Stoffwechsel-, Autoimmun- und andere Erkrankungen. Nach der Diagnose erschöpft sich die Therapie meist in einer leitliniengerechten Symptombehandlung.

Früherkennung ist gut jedoch wäre Frühvermeidung noch besser. Eine ursachenbezogene Diagnostik existiert in der heutigen Medizin aber kaum, daraus folgt auch ein weitgehendes Unverständnis für eine multimodale ursachenbezogene Therapie.

Das schulmedizinische Bild des Menschen ist sehr eindimensional und mechanistisch. Die Komplexität der Regelkreise eines Individuums werden kaum in einem Gesamtzusammenhang betrachtet und können auch schwer mit Statistiken und Durchschnittswerten erfasst werden, wie es in den üblichen wissenschaftlichen Studien der Fall ist.

Während man sich in der **Pathogenese** eher auf die Krankheitsentwicklung fokussiert, hat die **Salutogenese** eher die Gesundheitsentstehung im Zentrum.



Abb. 1. Etablierung des Sinnes für Kohärenz

Salutogenese (abgeleitet von lateinisch *salus* ‚Gesundheit‘, ‚Wohlbefinden‘, und altgriechisch γένεσις *genesis* ‚Geburt‘, ‚Entstehung‘) Dimensionen und Einflussfaktoren nach Antonovsky. Der Begriff bezeichnet den individuellen Entwicklungs- und Erhaltungsprozess von Gesundheit. Nach diesem Konzept ist Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess zu verstehen. Krankheit und Gesundheit werden laut Salutogenesemodell nicht getrennt, sondern als fließender Übergang gesehen. Jeder Mensch besitzt gesunde und kranke Aspekte. Ressourcen können wesentlich zur Erhaltung oder Verbesserung der Gesundheit beitragen.

In den verschiedenen traditionellen Heilmethoden wurde der Organismus immer schon mit seinen vielen Wechselbeziehungen gesehen. Spätestens seit der vollständigen Entschlüsselung des menschlichen Genoms vor ca. 20 Jahren weiß man, dass mehr die Epigenetik als die Genetik das wahre Potential des Menschen ist.

Die **Psychoneuroimmunologie (PNI)** ist ein interdisziplinäres Forschungsgebiet, das sich mit der Wechselwirkung der Psyche, des Nervensystems und des Immunsystems beschäftigt.

Das Forschungsgebiet wurde etabliert, nachdem der amerikanische Psychologe Robert Ader 1974 experimentell nachwies, dass das Immunsystem mit dem zentralen Nervensystem zusammenarbeitet und lernen kann. Seitdem ist es zu einem der bedeutendsten Gebiete moderner medizinischer Forschung geworden.

Es gibt viele Beispiele in der Medizin, dass es weniger um die absolute Menge des Wissens als vielmehr um die Verknüpfung der Zusammenhänge geht.

Der Wissenszuwachs in der Medizin ist insgesamt enorm und steigt annähernd exponentiell. 2020 hat sich das medizinische Wissen bereits etwa alle 73 Tage verdoppelt.

Aufgrund des immensen Informationszuwachses und der zunehmend notwendigen Spezialisierung in der Medizin, kann die individuelle Gesamtsituation eines Menschen von einem Arzt kaum mehr erfasst werden. Gerade deswegen wäre die Stärkung der Allgemeinmedizin so wichtig. Eine gemeinsame Anlaufstelle und Verknüpfung der Facharztbefunde unter Berücksichtigung individueller Aspekte bräuchte Zeit, die im heutigen Krankheitssystem aber kaum honoriert wird.

Die Einzigartigkeit eines Menschen wird zumindest theoretisch in der Definition der **Evidence Based Medicine** erfasst, in der Praxis kann das aber kaum entsprechend umgesetzt werden.

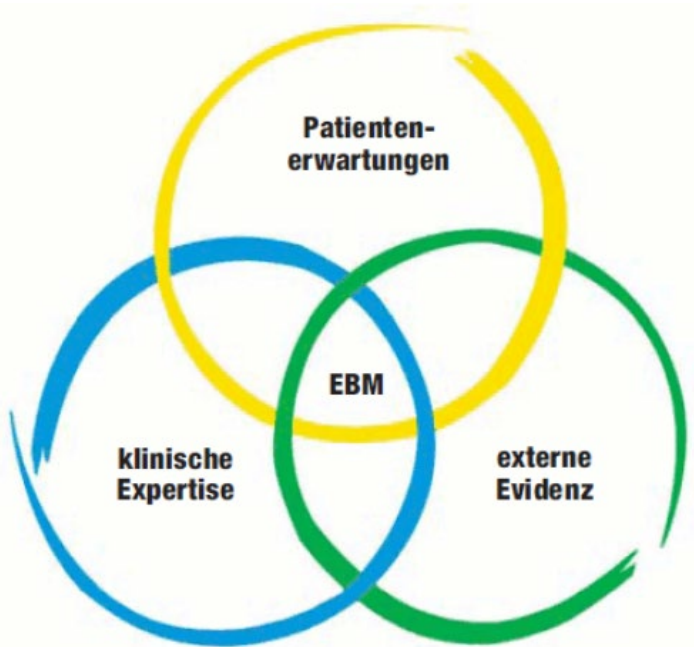


Abb. 2. Evidenzbasierte Medizin

Unter evidenz-basierter Medizin versteht man die Integration individueller klinischer Expertise mit der besten verfügbaren externen Evidenz aus syste-

matischer Forschung; sie schließt auch die Patientenpräferenz mit ein. Evidenzbasierte Medizin fordert vom Arzt nicht nur klinische Expertise (das heißt Fachwissen am Krankenbett), sondern auch das Wissen, wie er sich die Ergebnisse aktueller wissenschaftlicher Forschung aneignet, wie er sie interpretiert und anwendet. Fachwissen ist ebenso erforderlich in der Gesprächsführung mit dem Patienten, vor allem in der Besprechung möglicher Nutzen und Risiken der verschiedenen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten und deren Alternativen. Angestrebt werden sollte eine informierte Einwilligung.

Prof. Ioannidis ist einer der angesehensten Wissenschaftler unserer Zeit. Sein 2005 publizierter Aufsatz **"Why Most Published Research Findings Are False"**¹ ist ein Meilenstein der Methodenkritik und wurde in den letzten zehn Jahren mehr als 2000mal zitiert. Anlässlich des Todes im Jahr 2015 von David Sackett – dem Gründer und Nestor der EBM – hat Ioannidis einen sehr lesenswerten Bericht geschrieben zur Entwicklung der evidenzbasierten Medizin mit dem Titel: „Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett“²

Wenn sowohl die externe Evidenz als auch die individuelle klinische Erfahrung in erster Linie von der Ökonomie bestimmt werden, dann könne man die heutige Medizin nicht als „evidence-based“ bezeichnen, sondern müsse sie ehrlicherweise „finance-based medicine“ nennen.

Er formuliert 3 wesentliche Kritikpunkte

1. HIJACKING

- Die randomisierten kontrollierten Studien (RCT) und deren Metaanalysen werden hauptsächlich von der Industrie durchgeführt. Die Industrie hat 4000 Mal mehr Geldmittel als unabhängige Forschungsgruppen zur Verfügung.

¹ Ioannidis, J.P.A.: PloSMed. 2005, 2, e124.

² Ioannidis, J.P.: J. Clin.Epidemiol. 2016 Mar 2.

- In den von der Industrie gesponserten Studien werden sehr häufig die falschen Fragen gestellt und die falschen Antworten gegeben.
- Surrogatparameter als Endpunkte spielten eine viel zu große Rolle und die statistischen Analysen seien häufig tendenziös.
- Selbst die Metaanalysen werden zunehmend von der Industrie in Auftrag gegeben. Wenn gut versteckte systematische Fehler zu falschen Ergebnissen führen und diese nicht enttarnt werden, kann die EBM diesen „gesteuerten Schlussfolgerungen“ eine hohe Glaubwürdigkeit verschaffen.
- Der Kardinalfehler ist, dass man der Industrie die Beweisführung für den Wert ihrer eigenen Produkte überlasse

2. EGO

- Es ist die Frage ob ein hervorragender akademischer Lebenslauf mit langer Publikationsliste der Ausdruck harter Arbeit ist oder das Produkt von geschickter Machtpolitik, umfangreicher Vernetzung, Gastautorenschaft und sklavenhafter Ausbeutung junger Mitarbeiter
- Das heutige System der Forschungsförderung bevorzugt einen skrupellosen Wissenschaftlertypus, der seine Arbeit gut vermarkten kann. Diese Wissenschaftshelden des 21. Jahrhunderts blockieren jede Form einer vernünftigen Forschungsförderung. Als Resultat seien 85% der biomedizinischen Forschung heute irrelevant und verschwendet.
- Die Forschungsgelder werden mehr zur Befriedigung persönlicher Ziele der Forscher als zum Wohle von Patienten ausgegeben

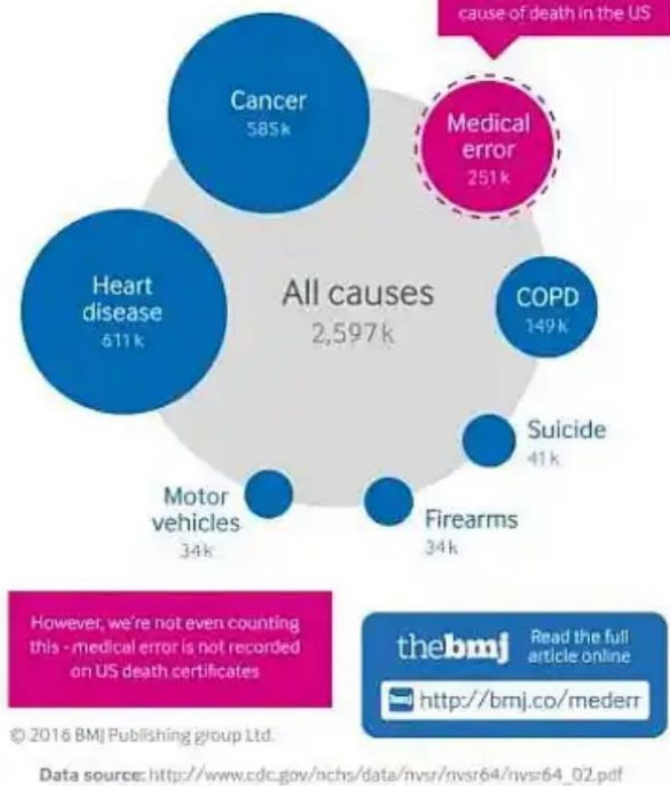
3. BIG DATA

- Weg von den RCT, hin zu „big data“ und der scheinbaren personalisierten oder Präzisions-Medizin
- Die Idee, dass die neuen vielfältigen Möglichkeiten der Datenanalyse im Zusammenspiel mit einer endlosen Datenflut als wesentlicher Fortschritt gesehen und die klassischen Studien ablösen werden, ist gefährlich.
- Die Datenflut führt in erster Linie zu einer Produktion von endlosen falsch-positiven oder vermeintlichen Assoziationen von Risiken und Ergebnissen

Gerade in der Vorsorge ist die Gefahr der Überdiagnostik und Übertherapie nicht zu unterschätzen. Eine kritische Haltung ist mehr als angebracht, um dem bekannten Spruch “Primum non nocere” (zuerst nicht schaden), gerecht werden zu können.

Das ist umso brisanter, wenn man sich folgende Zahl vor Augen führt. In den USA sterben jedes Jahr etwa 250.000 Menschen an den Folgen medizinischer Irrtümer, die damit die dritthäufigste Todesursache nach Herzkrankungen und Krebs wären, wenn die im Britischen Ärzteblatt BMJ (2016; 353: i2139) veröffentlichten Schätzungen zutreffen.

Causes of death, US, 2013



BMJ 2016

Abb. 3. Todesursachen 2013

Generell ist es auch fraglich, ob Nebenwirkungen überhaupt konsequent Einzug in die Statistiken erhalten. Laut dem Medikamentenreferenten der ÖÄK (Dr. Jochen Schuler) wurden zB 2017 in Österreich ganze 256 Nebenwirkungen von den niedergelassenen Ärzten gemeldet. Dem stehen ca. tausende Tonnen geschluckter Medikamente pro Jahr gegenüber. Die offiziellen Zahlen von Nebenwirkungen sind also von der Wirklichkeit wahrscheinlich meilenweit entfernt. Die Rechtfertigung für die Therapien schafft sich die

Medizinbranche durch teure Studien bzw. die sogenannte Evidence Based Medicine.

An aspirin day keeps the doctor away

Jahrzehntelang galt das Credo „An aspirin a day keeps the doctor away“. Nach erdrückenden Fakten neuerer Studien wie ARRIVE, ASCEND, ASPREE (wurde aufgrund von Nebenwirkungen abgebrochen) sowie eine Metaanalyse aus 13 Studien ist dies nun differenzierter zu betrachten. Absolut gesehen stieg das Blutungsrisiko um 0,47 Prozent. Das steht einer absoluten Risikoreduktion für Herz-Kreislauf-Ereignissen von 0,38 Prozent gegenüber. Der marginale Nutzen und das eindeutig erhöhte Blutungsrisiko rechtfertigt also bei weitem nicht den bisher verbreiteten Einsatz in der Primärprävention. Bezüglich des Arguments einer etwaigen Krebsvermeidung gab es in der ASS-Gruppe nicht weniger, sondern signifikant mehr Krebstodesfälle.

Bezüglich **Krebserkrankungen** sollte an dieser Stelle noch erwähnt werden, dass laut aktuellen Schätzungen des Robert Koch Instituts bereits jetzt jeder 2. Mensch im Laufe seines Lebens an Krebs erkranken und jeder 4. daran sterben wird. Auch wenn es Fortschritte in der Onkologie gibt, sind wir von einer sicheren Heilung dieser Geißel der Menschheit noch weit entfernt. Umso wichtiger wäre es die Aspekte des Lebensstils und der Umwelt mehr in den Fokus einer Frühvermeidung zu rücken.

Cholesterin ist schädlich?

Auch die Verallgemeinerungen bezüglich der guten und schlechten Fette sind zu vereinfacht. Bei einer Überschreitung der Cholesterinnormwerte (zB im Rahmen einer Gesundenuntersuchung), werden schnell Statine empfohlen, vor allem auch weil für eine ausreichend motivierende Lebensstilberatung in der Praxis erfahrungsgemäß kaum Zeit bleibt.

Aber schon, ob das sogenannte schlechte LDL-Cholesterin im Einzelfall wirklich atherogen wirkt, kann mit den üblichen Untersuchungen nicht differenziert werden. Würde man eine LDL Subtypenanalyse veranlassen, könnte sich sogar ein gegenteiliges Bild ergeben. In den unteren Abbildungen ist zu erkennen, dass formal der Patient mit Phänotyp B (LDL 122) weniger Risiko hätte als der Patient mit Phänotyp A (LDL 134). In Wirklichkeit ist es genau umgekehrt. Wenn sich ein relevanter Anteil des LDL aus den Subtypen 3-7 (rot) zusammensetzt, dann ist das atherogene Risiko aus dem LDL entsprechend größer.

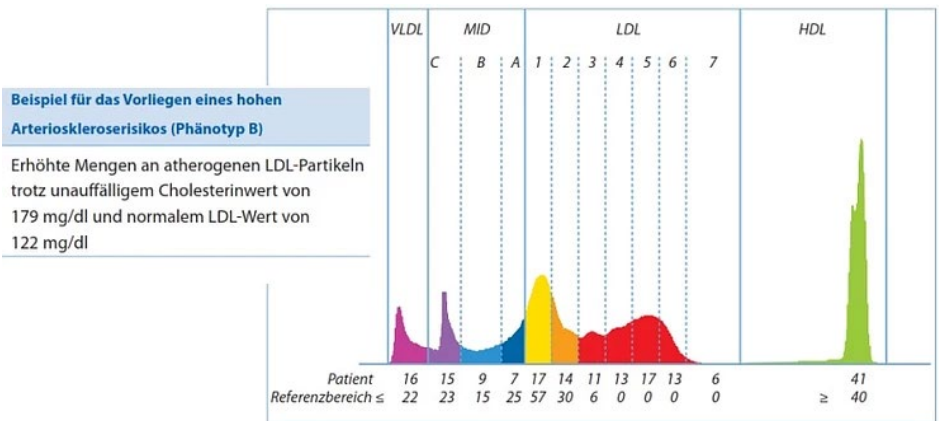


Abb. 4. Hohes Arterioskleroserisiko

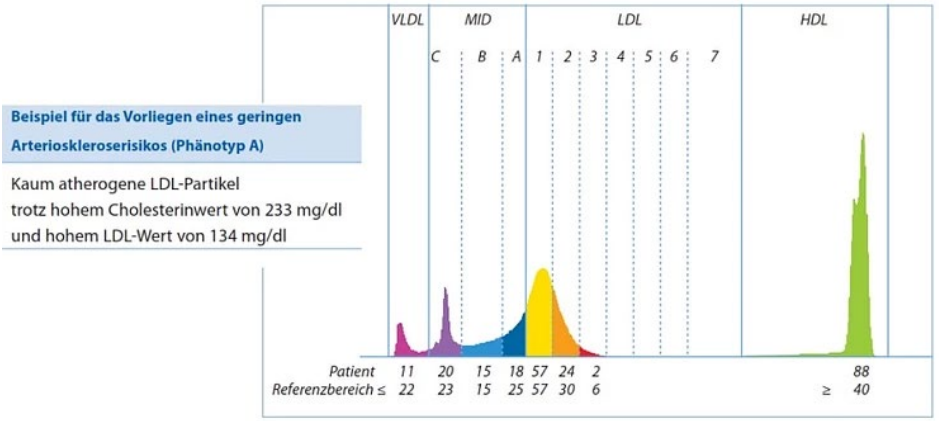


Abb. 5. Geringes Arterioskleroserisiko

Da eine Statintherapie nur symptomatisch wirkt und lebenslang eingenommen werden muss, wäre eine sorgfältige Abwägung von Nutzen und Schaden umso wichtiger.

Es gäbe noch weitere Parameter zur Eingrenzung der atherogenen Faktoren, die in der Praxis oft nicht bestimmt werden: Lipoprotein (a), oxidiertes LDL, lipoproteinassoziierte Phospholipase A2, high sensitive CRP, Homocystein, Omega 3 Index.

Wie schon erwähnt ist eine Tablette für alle Beteiligten eine schnelle und einfache Lösung. Ernährungsverhalten und Lebensstiländerungen sind schwerer umzusetzen. Auch eine gezielte Veränderung des Mikrobioms hätte messbare positive Effekte auf den Fettstoffwechsel. In einer Metaanalyse von 2019 wurde dieser Zusammenhang untersucht.³

Der Darm - Wiege der Gesundheit

Gerade wenn es um die Rolle des Darms für die Gesundheit geht, werden erfahrungsmedizinische Erkenntnisse laufend von modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen bestätigt. Durchschnittlich 2kg Darmbakterien auf 500 m² Darmoberfläche mit den entsprechenden Immunzellen bilden das größte Regulationsorgan unseres Organismus. Ein zu schwaches Immunsystem kann aktiviert und ein überschießendes Immunsystem harmonisiert werden. Das schafft kein Medikament. Mittlerweile sind Verbindungen zu mehr oder weniger allen Körpersystemen bekannt. 3 Beispiele seien erwähnt.

Immunologie: Es wird in Studien zunehmend der Zusammenhang zwischen dem Darmmikrobiom und der Regulation sowohl von Infektionen aber auch Impfungen beschrieben. Es ist bemerkenswert mit welcher Konsequenz diese Zusammenhänge, selbst in Zeiten einer Pandemie, in der Praxis keine Beachtung und Umsetzung erfahren.

³ Shoumeng et al Effects of probiotic supplementation on the regulation of blood lipid levels in overweight or obese subjects. Food Funct. 2019, 10, 1747.

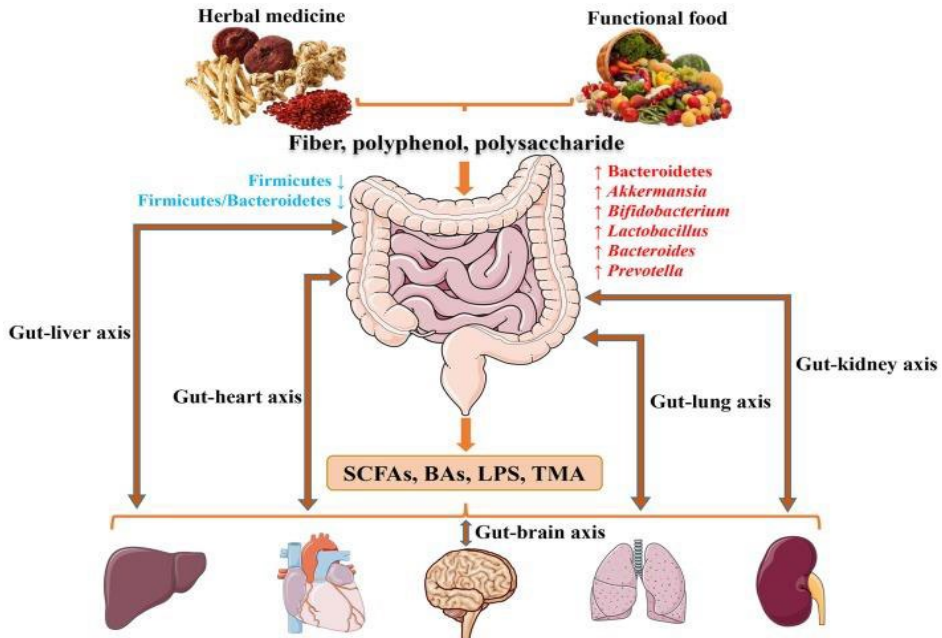


Abb. 6: The potentially shared biological processes and underlying mechanisms of herbal medicine and functional food for CMDs through modulating microbiota Front. Mikrobiolog. 2017

Neurologie: Angesichts der dramatisch steigenden Demenzzahlen, wäre u.a. eine Berücksichtigung der Verbindung der Blut-Darm und Blut-Hirnschranke wichtig. Auch dem Mikrobiom fällt wiederum eine beachtliche Rolle zu. In den Studiendatenbanken sind die Zusammenhänge nicht mehr zu übersehen. In der Praxis wird dem wiederum kaum Rechnung getragen.

Dermatologie: Hat die Haut als äußere Grenzschicht ein Problem, ist ursächlich oft eine Störung der inneren Grenzschicht in Betracht zu ziehen. Antibiotika und Kortisonsalben werden als Standardtherapien bei vielen Hautproblemen symptomatisch eingesetzt. In der Regulationsmedizin versucht man eher über eine Verbesserung der Darmfunktion Hauterkrankungen zu heilen, was in vielen Fällen auch hervorragend gelingt.

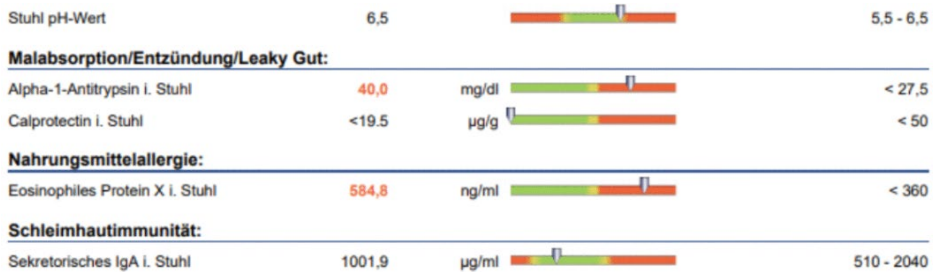


Abb. 7: Abbildung mit exemplarischem Befund eines funktionellen Stuhltest

Ein erhöhter **pH Wert** lässt auf einen Mangel an Milchsäurebakterien mit gleichzeitigem Überwiegen von fäulnis- und histaminbildenden Bakterien schließen. Ein erhöhtes **Alpha-1-Antitrypsin** kann auf ein längerfristig vorliegendes Leaky Gut (löchriger Darm) hinweisen und in weiterer Folge dann auch in eine entzündliche Situation münden. Eine stärkere Entzündung oder gar eine chronisch entzündliche Darmerkrankung kann dann weitgehend mit der Messung des **Calprotectins** im Stuhl ausgeschlossen oder bestätigt werden. Das **Eosinophile Protein X** ist ein einfacher Marker für Immunaktivierungen aus verschiedenen Gründen (Nahrungsmittelallergien oder tlw. auch durch Parasiten). Das **Sekretorische IgA** ist ein Maß für die Aktivität des Darmimmunsystems, wobei dem sIgA auch schützende Eigenschaften zugesprochen werden.

Auch in der **Darmkrebsvorsorge** ließen sich spezifische Stuhltests sinnvoll einsetzen. Über eine spezifische DNA Analyse (ColoAlert) im Stuhl können mit einer Genauigkeit von 90% und einer Spezifität von über 95% Darmkrebsfälle detektiert werden. ColoAlert ist derzeit der sensitivste nicht-invasive Test, der die in den medizinischen Richtlinien empfohlenen 90 % Mindestspezifität einhält.⁴ Menschen die aus verschiedenen Gründen keine

⁴ Dollinger MM et al. (2018). ClinLab 64(10).

Darmspiegelungen in Anspruch nehmen können oder wollen (zB auch pandemiebedingt) könnten durch eine spezifische und schonenden Stuhluntersuchung profitieren.

Neben Darmkrebs spielen insgesamt Darmerkrankungen eine zunehmende Rolle. Mehr als 40.000 Menschen leiden in Österreich an einer **chronisch entzündlichen Darmerkrankung** – Tendenz stark steigend.

Ca 1/4 der Österreicher leiden mehr oder weniger an **Nahrungsmittelunverträglichkeiten**, was aber eher Symptome eines schlecht regulierten Verdauungssystems sind als eigenständige Erkrankungen. Die Ursachen sind so komplex wie die Therapie. Schulmedizinisch erschöpft sich die Therapie aber meist in einer Diätberatung, in der empfohlen wird, die problematischen Nahrungsmittel zu meiden.

Fast 15% der Menschen leiden an Reizdarmbeschwerden. 2,8 Millionen Krankenstandstage werden durch diese Darmerkrankung verursacht. Die Number Needed to Treat in der Schulmedizin beträgt 24, was bedeutet, dass nur jeder 24. durch eines der vielen symptomatisch wirkenden Medikamente gegen Schmerzen, Durchfall, Bläungen oder Verstopfung eine ausreichende Linderung erfährt. Die NNT für die bauchbezogene Hypnose beträgt 2. Das heißt mindestens jeder 2. Patient wird durch 5-10 Hypnosegruppentherapien dauerhaft geheilt.⁵ Für diese einfache, schonende und wirksame Therapie gibt es aber keinen Kostenersatz durch die Krankenkasse.

Bemerkenswert sind die Zusammenhänge der modernen Lebensweise und der Änderung der Krankheitsbilder. Während akute Erkrankungen den Schrecken eher verloren haben, nehmen chronische Erkrankungen zu. Wir sind belastet mit Pestiziden, Schwermetallen, Toxinen, Elektrosmog usw. während die Qualität und der Gehalt an Mikronährstoffen sowie sekundären Pflanzenstoffen in unserer Nahrung abnimmt. Bewegungsmangel und Stress tun ihr übriges. Fiebersenker, Schmerzmittel und Antibiotika werden oft zu

⁵ Dissertation Björn Babst 2019 Univ. München: Metaanalyse und systematische Übersichtsarbeit zur Effektivität der Hypnotherapie in der Behandlung des Reizdarmsyndroms und klinische Studie zur Perzeption und Akzeptanz bei Patienten mit einem Reizdarmsyndrom.

leichtfertig verwendet. Suppression anstelle von Regulation ist state of the art. Fieber verboten - chronische Krankheit erlaubt - könnte eine Zusammenfassung der Hygiene Hypothese aus dem New England Journal of Medicine von 2002 sein (siehe Abbildung Hygiene Hypothesis).

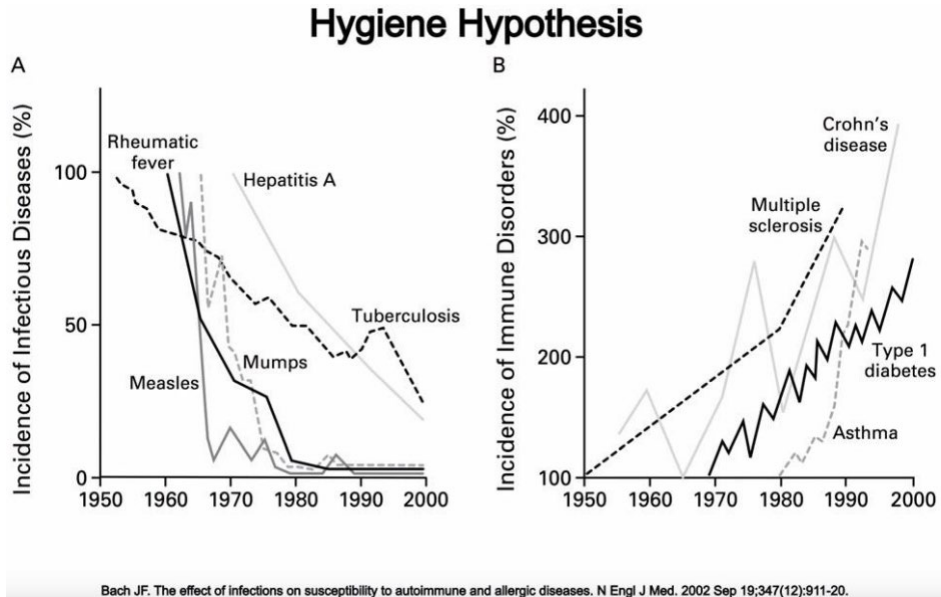


Abb. 8. Hygiene Hypothesis

Hautkrebs-Screening - Die Datenlage ist miserabel

Konkret bedeutet dies, dass viele Hautveränderungen als Krebs diagnostiziert und behandelt werden, obwohl diese den Betroffenen zu Lebzeiten niemals Symptome verursacht hätten. Das statistische Bundesamt hat auf eine seit Einführung des Screenings deutliche Zunahme von Krankenhausbehandlungen aufgrund von Hautkrebs hingewiesen (Statistisches Bundesamt Pressemitteilung vom 29. Juli 2014 –265/14 „23 % mehr stationäre Hautkrebs-behandlungen innerhalb von 5 Jahren“). Seit 2020 wird in Österreich die Hautkrebsvorsorgeuntersuchung nur mehr alle 5 Jahre bezahlt, davor war die Muttermalvorsorge jährlich erstattbar.

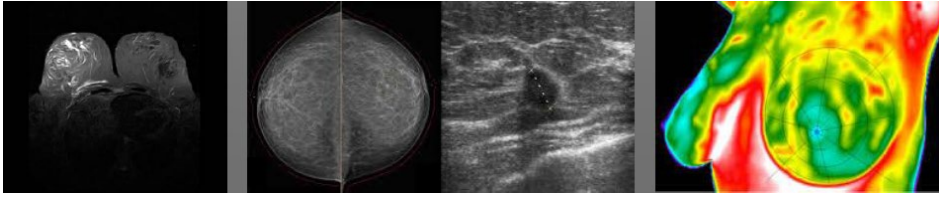
„Bei der absichtlichen Sonnenexposition wurde in Studien in keiner Weise festgestellt, dass Sonnenschutzmittel eine krebsprotektive Wirkung haben.“

Die Mehrheit der im Handel erhältlichen Sonnenschutzmittel enthalten gesundheitlich bedenkliche Inhaltsstoffe. Zu diesem Schluss kam der SunscreenGuide der amerikanischen Umweltorganisation Environmental Working Group (EWG) von 2012. Nur 25 Prozent der 800 getesteten Produkte sollen demnach die Haut effektiv vor schädlichen UV-Strahlen schützen und zudem frei von potentiell schädlichen Inhaltsstoffen sein.

Brustkrebsfrüherkennung – Nutzen und Risiken

Viele Frauen erliegen dem Glauben, der optimale Schutz vor Brustkrebs bestehe in einer regelmäßigen Mammographie. Eine solche Bildgebung kann dazu beitragen, einen über viele Jahre entstandenen und irgendwann sichtbaren Krebs, ev. frühzeitig zu entdecken. Es kann aber genauso ein vorhandener Krebs übersehen werden, als auch ein Fehlalarm mit allen Folgen entstehen. Wie auch immer - es kann vernünftig sein, sich an einem Brustkrebs-Screening zu beteiligen. Es kann aber ebenso vernünftig sein, sich nicht daran zu beteiligen, da das Screening sowohl nützen als auch schaden kann. Um die richtige Wahl treffen zu können, muss jede Frau das Für und Wider des Brustkrebs-Screenings kennen. Weiters wird in der hochstehenden Cochrane Empfehlung folgende Formulierung verwendet. Wenn sich 2000 Frauen im Verlauf von 10 Jahren regelmäßig einem Screening unterziehen, wird 1 Frau einen Nutzen daraus ziehen, da sie vermeidet, an Brustkrebs zu versterben.

Gleichzeitig werden 10 gesunde Frauen durch das Screening unnötigerweise zu Brustkrebs-Patientinnen und deshalb behandelt. Diesen Frauen wird man entweder einen Teil oder die ganze Brust abnehmen, häufig werden sie nachbestrahlt, manchmal auch einer Chemotherapie unterzogen. Ferner wird bei 200 Frauen ein falscher Alarm ausgelöst. Die psychische Belastung bis zur endgültigen Abklärung, ob tatsächlich ein Krebs vorliegt, kann gravierend sein.



**Abb. 9: Bildgebende Verfahren zur Untersuchung der Brust.
Jede Methode hat Vor- und Nachteile**

Eine effiziente Gesundheitsversorgung braucht gut informierte Ärzte und Patienten. In unserem gegenwärtigen Gesundheitssystem gibt es beide nicht. In einer repräsentativen, europäischen Studie mit mehr als 5000 Frauen überschätzten 92 % den Nutzen der Mammografie um das 10- bis 200-Fache. Von 160 GynäkologInnen waren etwa 80 % nicht in der Lage, den positiven Vorhersagewert der Mammographie zu errechnen.⁶

PSA Screening möglicher Nutzen und Schaden⁷

Eine ähnliche Situation findet sich beim hormonabhängigen Prostatakrebs des Mannes. Die Vorsorge erschöpft sich weitgehend in der PSA Messung. Undifferenzierte Überdiagnostik mündet schnell in Übertherapie mit mehr Schaden als Nutzen für den einzelnen Patienten. In vielen Untersuchungen hat sich gezeigt, dass es kaum Unterschiede im Überleben zwischen PSA gescreenten und nicht PSA gescreenten Männern gibt. Vielmehr zeigen sich in der gescreenten Gruppe mehr Schäden durch Komplikationen von Eingriffen an der Prostata.

⁶ O. Wegwarth Early recognition of breast cancer – Communicate benefits and risks correctly Gynaecologist 51, 370-379 (2018).

⁷ Keller et al PSA Screening: Möglicher Nutzen und Schaden Dtsch Ärzteblatt 2018; 115(13): A-538 / B-509 / C-509.

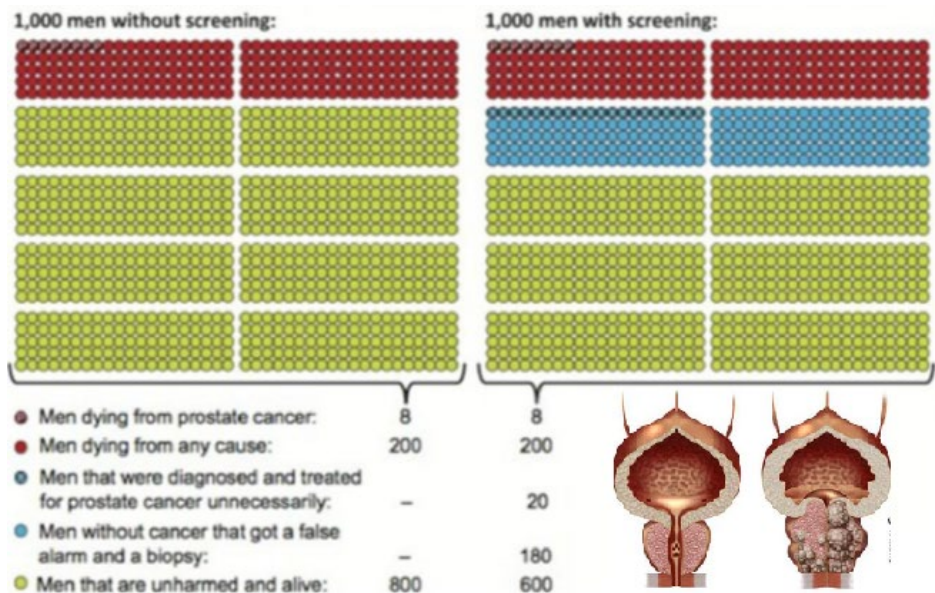


Abb. 10. Screening der Prostata

Wenn ein Mann mit Prostataproblemen in meine Praxis kommt, hat er mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit einen Vitamin D, Magnesium, Zink, Selen und Bor Mangel. Jeder Arzt mit orthomolekularmedizinischem Wissen erkennt die Zusammenhänge in der Gesunderhaltung der Prostata durch diese Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente. Calcitriol und Calcitriol aktivieren einen erheblichen Anteil der Gene im Bereich der Immun- und Entzündungsregulation. Zink hat einen positiv unterbindenden Effekt bei der Umwandlung von Testosteron zu Östrogen, weiters wird die Entwicklung von tumorfördernden Östrogenmetaboliten gehemmt. Auch Selen und Bor haben bei der Hemmung von Entzündung und Krebs erwiesene Effekte.⁸ Eine gute Zusammenfassung der Wirkungen von Bor bei Krebs findet man auch in *Nothing Boring About Boron* (Lara Pizzorno 2015).

⁸ Zhang ZF et al. Boron is associated with decreased risk of human prostate cancer. *FASEB J* 2001; 15: A 1089.

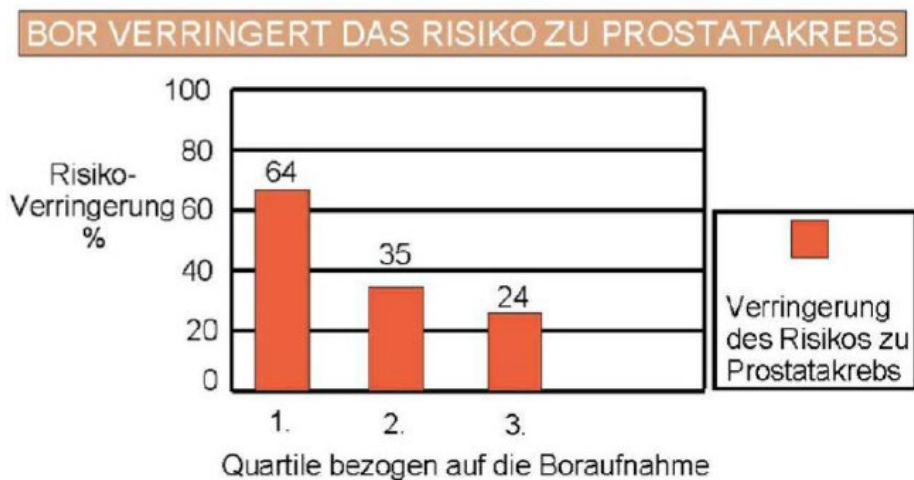


Abb. 11. Boraufnahme und Risiko

Weitere regulationsmedizinische Ansätze zur Frühvermeidung betreffen Methylierungsschwächen, Östrogendominanz, Hormonmetabolisierung (Sulforaphane, Indol 3 Carbinol, Brokkolisprossen), Schwermetalleinlagerungen besonders in Drüsen, Wirkung von Zahnherden, die Rolle des Mikrobioms auf das Immunsystem, die Rolle von chronischen Virusbelastungen u.v.m. Eine Auseinandersetzung mit diesen Themen bleibt ein Privatvergnügen und es finden sich kaum Ärzte als Ansprechpartner. Viele Strategien der Frühvermeidung werden heute nur von nicht ärztlichen TherapeutInnen angeboten.

Die Gesundheit hat keine Lobby, man muss sich selbst darum kümmern. Es ist daher wichtig, dass der Gedanke der Salutogenese mehr Verbreitung findet. Neben der Standardversorgung und Symptomtherapie interessieren sich immer mehr Menschen für einen umfassenderen Heilansatz. Es reicht vielen Betroffenen einfach nicht mehr aus, nur Medikamente gegen Symptome zu nehmen. Früherkennung ist gut Frühvermeidung ist besser. Im selbst entwi-

ckelten IATRIK Heilkundesystem werden immer auch die Säulen der Gesundheit dort stabilisiert wo notwendig, das reicht für die Selbstheilung oft schon aus. Aufbauend auf ein stabiles Gesundheitsfundament, ist der Hebel für spezifische Therapien auch entsprechend wirksamer. Heilkunst bedeutet für mich, eine angepasste ursachenbezogene Heilkunde, zwischen der Krankheits- und Gesundheitsindustrie anzubieten. Zudem ist mir die Vermittlung von Selbstverantwortung und Selbstwirksamkeit ein großes Anliegen. Mit meinen Vorträgen und der Gründung der IATRIK Heilkunde Akademie versuche ich diesem Ansinnen gerecht zu werden.

III

Salutogenese – Arbeit – Bewegung

Salutogenese & Arbeit

Susanne Schunder-Tatzber

Zusammenfassung

Der oft geäußerten Aussage, dass Arbeit krank mache, wird in diesem Kapitel die salutogenen Wirkung der Arbeit gegenübergestellt. Die Bedeutung der Arbeit für den einzelnen Menschen ist abhängig von seiner kulturellen, politischen, sozialen und religiösen Umwelt, sowie von der Zeit, in der dieser Mensch gerade lebt. Der umfassende Ausdruck der gesellschaftlichen Integration eines Menschen gründet sich in seiner wesentlichen Dimension auf die Arbeit. Einkommen, soziale Sicherheit, Sozialprestige und Sozialkontakte außerhalb von Familie und Partner sind somit deutliche salutogenetische Aspekte der Arbeit – neben der reinen Sicherung unserer Existenz. Am Beispiel von psychosomatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen von Arbeitslosen und negativen Auswirkungen von langen Krankenständen chronisch Kranker werden die salutogenen Aspekte von Arbeit verdeutlicht.

Weiters wird auf die wichtige Arbeit von ArbeitsmedizinerInnen zur Erhaltung und Förderung von Gesundheit Arbeitender aufmerksam gemacht.

Gesundheit und Salutogenese im Kontext von Arbeit

Wir verbringen rund 70% unseres Lebens am Arbeitsplatz. Die Arbeit hat daher einen bedeutenden Einfluss auf unser Leben, unsere Gesundheit und unsere Lebensqualität. Täglich erleben wir, wie sich die Welt und die Arbeit um uns herum verändern. Diese Veränderungen verunsichern viele Menschen, denn sie beeinflussen die Art und Weise, wie wir arbeiten und welche Anforderungen ständig an uns in der Arbeit gestellt werden.

Arbeit ist viel mehr als nur der Broterwerb oder nur das Geldverdienen. Was die Arbeit für den einzelnen Menschen bedeutet, ist abhängig von seiner kulturellen, politischen, sozialen und religiösen Umwelt, sowie von der Zeit, in der dieser Mensch gerade lebt. Einkommen, soziale Sicherheit, Sozialprestige und Sozialkontakte außerhalb von Familie und Partner sind deutliche salutogenetische Aspekte der Arbeit.

Das Lexikon definiert Arbeit als "zielgerichtetes, bewusstes Handeln des Menschen zum Zweck der Existenzsicherung und Bedürfnisbefriedigung".¹ Arbeit bildet somit die Grundlage unserer Existenz, egal welcher Art sie ist. Das kulturelle Verständnis von Arbeit unterliegt jedoch einem kontinuierlichen Wandel. In der Antike war Arbeit für den freien Bürger Unglück, Jammer und Mühsal und in der Regel den Sklaven "vorbehalten". Die mittelalterliche Herkunft des deutschen Wortes "Arbeit" zeigt an, dass dieses Verständnis auch später noch dominant war: das althochdeutsche Wort "arabeit" steht synonym für "Mühe" und "Plage", welches immer noch mit Anstrengung und Fremdbestimmung assoziiert wird und als Gegenstück zum Spiel und zur Freizeit gesehen wird.

Mit der Reformation im 16. Jahrhundert zeichnet sich ein Wandel ab. Der Sinn der Arbeit geht über die bloße Zweckerfüllung hinaus. Arbeit wird zum Lebensinhalt. Wer arbeitet, tut dies nicht mehr nur zur Existenzsicherung, sondern auch um "gut" zu sein. Mit dieser „Protestantischen Arbeitsethik“ erhält die Arbeit nun eine religiöse, positive Bedeutung, indem sie als Berufung von Gott betrachtet wird. Erstmals wird in dieser Zeit die Arbeit mit persönlich empfundenen Qualifikationen in Verbindung gebracht. Da die Arbeit ein von Gott erteilter Auftrag ist, bedeutet das Gelingen derselben auch, sich dem Wohlwollen Gottes verdient gemacht zu haben.²

¹ „Der Brockhaus in fünfzehn Bänden“, Leipzig/Mannheim, 1997, Band 1: A-Bau, ISBN 3-7653-2811-1. Seite 234 ff.

² Wilhelm-Reiss, Monica: Psychische Veränderungen bei Jugendlichen ohne Arbeit. Eine empirische Studie zu den Folgewirkungen der Arbeitslosigkeit. Weinheim und Basel: Beltz 1980, S.52.

Im 17. und 18. Jh. profiliert sich die bürgerliche Gesellschaft, in der Sparsamkeit und rationale Lebensplanung propagiert und die allgemeine Arbeitspflicht für alle arbeitsfähigen Gesellschaftsmitglieder gefordert wird. Müßiggang wird in dieser Zeit als Faulheit verdammt und Arbeitslosigkeit bedeutet selbstverschuldete Armut.³

Die heutige Auffassung von der Bedeutung der Arbeit entspringt der Arbeitsmoral des Aufklärungszeitalters. Sie erhält ihren Sinn nicht mehr in Bezug auf Gott, sondern aus sich selbst heraus und „wird zum Weg in die Glückseligkeit“⁴

Der heutige Trend geht vom bloßen Broterwerb zur Aufgabe mit tieferer Bedeutung. Immer mehr definiert sich der Mensch über seine Arbeit. Nicht nur das Konto, sondern auch die Seele soll glücklich werden. Viele Menschen suchen sogar ausschließlich in der Arbeit ihre Selbstverwirklichung. Für sie ist Arbeit Grundlage gesellschaftlicher Anerkennung. Sie wird zu Sinn und Lebensinhalt, soll möglichst "Erfüllung" und "Berufung" sein: Man strebt deshalb eine Tätigkeit an, die die eigenen Talente zum Vorschein bringt.

Kurt Lewin⁵ definiert Arbeit wie folgt: „Die Arbeit ist dem Menschen unentbehrlich. Nicht weil die Notdurft des Lebens sie erzwingt, sondern weil das Leben ohne Arbeit hohl und halb ist. Dieses Bedürfnis nach Arbeit, die Flucht vor dauerndem Müßiggang, die bei zu kurzer Arbeitszeit zur Arbeit außerhalb des Berufes treibt, beruht nicht auf bloßer Gewohnheit zu arbeiten, sondern gründet sich auf den ‚Lebenswert‘ der Arbeit. Weil die Arbeit selbst Leben ist, darum will man auch alle Kräfte des Lebens an sie heranbringen und in ihr auswirken können. Darum will man die Arbeit reich und weit, vielgestaltig und nicht krüppelhaft beenzt.“

³ Wilhelm-Reiss, Monica: Psychische Veränderungen bei Jugendlichen ohne Arbeit. Eine empirische Studie zu den Folgewirkungen der Arbeitslosigkeit. Weinheim und Basel: Beltz 1980, S.53.

⁴ Myrell, Günter (Hrsg): Arbeit, Arbeit über alles? Arbeit und Freizeit im Umbruch. Köln: vgs 1985, S.79.

⁵ Lewin, Kurt (1920). Die Sozialisierung des Taylor-Systems. Schriftenreihe Praktischer Sozialismus, Bd. 4, S. 3–36.

Er schreibt weiter: „Arbeit ist einmal Mühe, Last, Kraftaufwand. Wer nicht durch Renten oder Herrschaft oder Liebe versorgt ist, muss notgedrungen arbeiten, um seinen Lebensunterhalt zu verdienen. Arbeit ist unentbehrliche Voraussetzung zum Leben, aber sie ist selbst noch nicht wirkliches Leben. Sie ist nichts als ein Mittel, ein Ding ohne eigenen Lebenswert, das Gewicht hat nur, weil es die Möglichkeit zum Leben schafft, und zu bejahen ist nur, sofern es solche schafft. Wie man nicht lebt, um zu essen, sondern isst, um zu leben, so arbeitet man wohl notgedrungen, um zu leben, aber man lebt nicht, um zu arbeiten. Darum Arbeit so kurz und bequem wie möglich.“

Es gibt viele Definitionen von Gesundheit, doch jene von Viktor von Weizsäcker unterstreicht die Notwendigkeit sich aktiv um seine Gesundheit zu bemühen, besonders:

„Die Gesundheit eines Menschen ist eben nicht ein Kapital, das man aufzehren kann, sondern sie ist überhaupt nur dort vorhanden, wo sie in jedem Augenblick erzeugt wird. Wird sie nicht erzeugt, dann ist der Mensch krank,“⁶ Auch wenn diese Definition etwas antiquiert erscheinen mag, verdeutlicht sie, dass Gesundsein als ständiger Auf- und Umbauprozess zu verstehen ist und dass sich jeder und jede aktiv die eigene Gesundheit bemühen muss, sich aktiv einbringen und den eigenen Gesundheitsprozess gestalten muss.

Dem Verständnis der Traditionell Chinesischen Medizin (TCM) ist diese Definition nicht unähnlich, da auch in einem unterschiedlichen zeitlichen und kulturellen Kontext die Wichtigkeit des aktiven Beitrags an der Gesunderhaltung deutlich gemacht wird.

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Die Arbeit als identitätsstiftende und salutogene Institution ist ein oft zitierter Aspekt -besonders in der Forschung nach gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit. Viele der Erkenntnisse aus diesem Forschungsbereich können für das aktuelle Thema interessante Reflexionen bieten und

⁶ Weizsäcker V., Gesammelte Schriften, 1986, Bd. 8, Seite 94, Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main.

helfen die Auswirkungen und auf oft negativen Auswirkungen von „Nichtarbeit“ auf die Gesundheit besser zu verstehen. Die ersten Untersuchungen zum Thema Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf Betroffene gehen auf die berühmte Studie „Die Arbeitslosen aus Marienthal“⁷ (1931-1932) zurück.

Eindrücklich wird beschrieben, wie sich der Verlust der Arbeit und der Niedergang der Fabrik in Marienthal auswirkte:

- von 478 Familien im Ort hatte in 367 Familien im Ort kein Familienmitglied mehr eine Arbeit
- Obwohl alle „viel zu viel Zeit hatten“ sank das Energieniveau der Bewohner – so konnte sich niemand finden um den einstmals großen, herrschaftlichen Park gegenüber der Fabrik, auf den Marienthaler besonders stolz waren, zu pflegen - der Park verwildert, Unkraut wuchert auf den Wegen, die Rasenflächen waren zerstört.
- Auch der Montessori-Kindergarten, den die Marienthaler Arbeiter ihren Kindern eingerichtet hatten, musste gesperrt werden, da man die Kindergärtnerin nicht mehr bezahlen konnte. Das schöne Spielzeug und Beschäftigungsmaterial liegt wohlverpackt in einer Kiste im Arbeiterheim.
- Reduktion der Ausleihe in der Bibliothek obwohl neue Bücher zur Verfügung standen, die Bücher in ab 1931 kostenlos verliehen wurden: 3,23 auf 1,6 Bücher/Entlehner
- „früher habe ich die Arbeiterzeitung auswendig gekannt, heute schaue ich sie nur ein biss'l an, trotzdem ich mehr Zeit habe“
- Reduktion der Aktivitäten in allen Vereinen egal welcher politischen Ausrichtung, Gesangsverein, Sport usw – die Ringerriege musste auch wegen des mangelhaften körperlichen Zustands wegen Mangelernährung der Mitglieder eingestellt werden (!)
- 100 Familien wurden eingehend untersucht um psychische Grundhaltungen und Resilienzfähigkeiten der Betroffenen zu erheben und dabei wurden bei

⁷ Jahoda Marie, Paul F. Lazarsfeld, H. Zeisel, Die Arbeitslosen vom Marienthal, edition suhrkamp 1975.

- 48% Resignation, bei 11% Verzweiflung und bei 25% Apathie festgestellt, wobei Kinder und Jugendliche besonders von Resignation betroffen

Bilder Marienthal

Je mehr sich eine Persönlichkeit in der Arbeit zu verwirklichen strebt, ihre Ich - Identität in die Arbeitsaufgabe verlagert, umso negativer wirkt sich der Verlust der Arbeit aus. Soziale Absicherung kann heute dabei wohl die Risiken der materiellen Einbußen in den meisten Fällen abfedern oder sogar ausgleichen. Dies steht im deutlichen Gegensatz zu der großen Anzahl Arbeitslosen der dreißiger Jahre des letzten Jahrhunderts, bei denen die materielle Not deutlich im Vordergrund steht.

Studien von Cobb⁸ und Kasl⁹ belegen, dass Personen, die einen Arbeitsplatz verloren hatten, an erhöhtem Blutdruck litten, der sich normalisierte, wenn Arbeit gefunden wurde.

Ein besonderes Problem der Arbeitslosigkeit stellt der Verlust der Tagesstruktur, der zu Einsamkeit, zu sozialer Isolation führt, jedoch auch zu Verlust von wichtigen Bezugspersonen sowie eines geregelten Arbeitsrhythmus. Es gelingt manchen Menschen nicht mehr die Herausforderungen des Alltags zu bewältigen, ohne dass ihr Selbstwertgefühl weiteren Schaden erleidet, und es können sich auch die seelischen und körperlichen Kräfte nicht mehr erholen.

Die Aufmerksamkeit kann bei diesen Menschen einseitig nach innen gerichtet werden und gruppiert sich um das Erleben des Scheiterns. Der Stimmungsverlauf solcher Menschen wird als Ausdruck emotioneller Erschöpfung labil. Erschöpfung stellt sich ein, weil durch den pausenlosen inneren

⁸ Cobb S. Physiologic changes in men whose jobs were abolished. J Psychosom Res. 1974 Aug;18(4):245–258.

⁹ Kasl SV, Gore S, Cobb S. The experience of losing a job: reported changes in health, symptoms and illness behavior. Psychosom Med. 1975 Mar-Apr;37(2):106–122.

Suchprozess eine Lösung des Problems oder eine Befreiung von einer Spannung keine emotionale Erholung mehr ermöglicht. Dies kann heftige Angst und Scham auslösen und dazu führen, dass die Betroffenen beginnen sich zurückzuziehen. Die Attribuierung von Langzeitarbeitslosen ist häufig durch Fatalismus gekennzeichnet; es erscheint den Betroffenen unmöglich die Situation aus eigener Kraft zu verändern, da die Ursachen von Misserfolg immer mehr der mangelnden eigenen Fähigkeit zugeschrieben werden (Pelzmann).¹⁰

In der Arbeitslosigkeit findet sich ein weiteres Problem des Einengens des Bezugsnetzes, denn zu der zunehmenden Erschöpfung der individuellen Kräfte werden unterstützende Außenkontakte aufgegeben. Ähnliche Symptome konnten auch bei Personen, die in der aktuellen COVID Pandemie vor allem im Homeoffice zu arbeiten hatten, beobachtet werden.

Im Rahmen von Untersuchungen von Arbeitslosen durch ÄrztInnen des Arbeitsmedizinischen Zentrums des Wiener Roten Kreuzes auf Zuweisung des Arbeitsmarktservice Wien wurden in den 1990ziger Jahren mehrere tausend Arbeitslose mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen untersucht.¹¹ Ziel der Untersuchung war die ganzheitliche Erfassung arbeitsmedizinisch relevanter Faktoren und Unterstützung der Betroffenen und MitarbeiterInnen des AMS Wien mit dem Schwerpunkt der Beurteilung von beruflicher Einsatzfähigkeit bzw. zu empfehlender Umschulungskapazitäten. So sollte mitgeholfen werden Arbeitsplätze und Arbeitsfelder zu definieren, die die besten Chancen für einen erfolgreichen Neuanfang böten. Neben der Untersuchung somatisch- arbeitsmedizinisch relevanter Faktoren wurde auch ein klinisch-psychologisches Screening (psychodiagnostische Evaluation) durchgeführt, um auch Probleme der PatientInnen in diesem Bereich aufdecken zu können, um hier Hinweise auf eventuelle Inkompatibilitäten im psychischen Verarbeiten und der zu vermitteln beabsichtigenden Arbeit aufzuzeigen und

¹⁰ Pelzmann, L. (1985). Wirtschaftspsychologie. Wien: Springer-Verlag.

¹¹ Abstracts for the 26th International Congress on Occupational Health – 27th August – 1st September 2000: „Unemployment related Psychosomatic Disorder Syndrome (UPS)“ – Susanne Schunder-Tatzber S, Haslinger E, Hubalek R.

zu vermeiden (z.B. Arbeiten unter Zeitdruck für PatientInnen mit Stressverarbeitungsstörungen).

Die vielfältigen Beeinträchtigungen der untersuchten Arbeitslosen legten schon sehr früh die Hypothese nach einer Korrelation von Arbeitslosigkeit und psychosomatischen Beeinträchtigung nahe und die Auswertung ergab Hinweise auf das Vorliegen eines sogenannten „Unemployment Related Psychosomatic Disorder Syndrom (UPS)“. Das wichtigste Ergebnis dieser Untersuchung lässt sich zusammenfassend als eine deutliche, signifikante Zunahme von Somatisierungstendenzen von psychischen Problemen darstellen. Mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit und zunehmendem Alter der Betroffenen schien auch die psychische Belastungsfähigkeit abzunehmen.

Der salutogene Aspekt der Arbeit kann auch durch die zunehmenden Studien von der Bedeutung der Arbeit für onkologischen PatientInnen dargestellt werden¹² da die Arbeit auch häufig einen wichtigen Coping – Mechanismus zum Umgang mit der Erkrankung darstellt - für viele PatientInnen die Rückkehr zur Arbeit Normalität und das Wiedererlangen von Kontrolle über das eigenen Leben bedeutet.

Betriebliche Wiedereingliederung

Untersuchungen zeigen deutlich, dass der Erfolg der Rückkehr in die Arbeitswelt von individuellen Rehabilitationsprogrammen mit besonderem Schwerpunkt auf Fitnessverbesserung und flexiblen Arbeitszeitprogrammen abhängen. Der österreichische Gesetzgeber seit Juli 2017 ein Wiedereingliederungsmodell, das flexible Arbeitszeitmodelle stufenweisen Wiedereinstieg in die Arbeit geschaffen. Im Zuge des Wiedereingliederungsteilzeitgesetzes¹³ können ArbeitnehmerInnen bis zu 9 Monate verschiedene Teilzeitmodelle

¹² Onkologische Rehabilitation, Hgs R. Crevenna, Springer Verlag Dec. 2019, ISBN - 978-3662579817.

¹³ <https://www.ris.bka.gv.at/24.Juli.2017>.

in Anspruch nehmen – wobei die Differenz zur tatsächlich geleisteten Arbeitszeit und zur Differenz auf die vorher geleistete Arbeitszeit durch das Krankengeld der Krankenkassen ausgeglichen wird.



Abb 1: AAMP – Berufsbild für ArbeitsmedizinerInnen – 2020

Gesundheit & Leistungsfähigkeit

Die Erkenntnis, dass Arbeit das psycho-somatische Wohlbefinden von Menschen beeinflussen kann und der Verlust von Arbeit – temporär durch Krankheit oder durch Arbeitslosigkeit negative Folgen haben kann, verlangt nach Organisation von Begleitmaßnahmen zur Förderung der Gesundheit. ArbeitsmedizinerInnen beschäftigen sich primär mit den Fragen der Wechselwirkung zwischen Arbeit und Gesundheit und mit ganzheitlichen Methoden der Gesundheitsförderung. Ziel soll die Verbesserung des Bewusstseins für die Gesundheit von Mitarbeitern sein. Vor allem die Kompetenz des Einzelnen soll gefördert und gesundheitsbewusstes Verhalten zu einem Teil der Unternehmenskultur wird. werden.

Gesundheit ist nicht gleich Leistungsfähigkeit und Leistungsfähigkeit ist nicht gleich Gesundheit! Beide sind jedoch Voraussetzung dafür, dass Menschen motiviert ihre Arbeit verrichten und damit gleichzeitig produktiv für

das Unternehmen sind und die Arbeit als positiven Bestandteil ihres Lebens betrachten können. Der Wert der Leistung der Mitarbeiter für das Unternehmen, das so genannte "Humankapital", rückt daher immer deutlicher ins Bewusstsein der Wirtschaft. Verstärkt wird dieser Meinungsbildungsprozess durch die Bevölkerungsentwicklung, die in Europa zu einer prognostizierten Verknappung des wertvollen "Produktionsfaktors Mensch" führen wird.¹⁴

Ein weiterer Trend der Arbeitswelt liegt in der Entwicklung der Arbeitsorganisation weg vom Betrieb als räumlicher und sozialer Einheit – die Corona – Krise mit pandemiebedingten Notwendigkeit zum Homeoffice beschleunigte die Entwicklung, dass Unternehmen immer mehr zur virtuellen Struktur werden. Wann und wo wie viele Stunden gearbeitet wird, hängt maßgeblich vom jeweiligen Auftraggeber ab. Nicht die stundenweise Anwesenheit an einem bestimmten Arbeitsplatz, sondern die Erbringung einer bestimmten Leistung ist dabei fixer Vertragsbestandteil. Der klassische Arbeitnehmerschutz stößt hier an seine Grenzen. Mit dieser Form der Leistungserbringung ist ein höheres Maß an Eigenverantwortung verbunden. Nur wenn der arbeitende Mensch auch selbst Verantwortung für die Erhaltung und Förderung seiner Leistungsfähigkeit übernimmt, kann er oder sie bis ins fortgeschrittene Alter der Tätigkeit mit finanziellem Gewinn nachgegangen werden. Damit gewinnt das persönliche Ziel der Gesundheits- und Leistungserhaltung für den arbeitenden Menschen zunehmend auch an ökonomischer Bedeutung.

Die Arbeitsmedizin und die Arbeitsmediziner müssen mit all diesen geänderten Bedingungen in der Arbeitswelt Schritt halten, um ihrem Auftrag gerecht zu werden: präventiv für die Erhaltung und Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit der arbeitenden Menschen zu sorgen, denn für die Gesundheit sind wir alle zuständig. Aber jeder Einzelne ist der wichtigste Verantwortliche für die eigene, persönliche Gesundheit. Denn Gesundheit kann nicht delegiert werden – auch nicht an die Arbeitsmediziner im Betrieb! Natürlich kann der/die Arbeitsmediziner/in mit seinem/ihrer Fachwissen

¹⁴ Measuring and analysing intellectual assets: an integrative approach – M. Litschka, A Markom, S Schunder – Journal of Intellectual Capital Vol 7 No2, 2006, pp 160-173.

beratend zur Seite stehen, kann Probleme aufdecken und die MitarbeiterInnen motivieren. Aber wenn er oder sie die einzige Person ist, die sich für die Gesundheit im Betrieb zuständig fühlt, wird er/sie zum Don Quijote, der/die gegen Windmühlen kämpft.

Jeder Einzelne muss sich für die eigene Gesundheit interessieren und sie auch selbst fördern. Das Umfeld Betrieb kann hier unterstützen - aber zu einer wirklichen Förderung der Gesundheit jedes Mitarbeiters braucht es mehr – nämlich eine positive Einstellung zur Gesundheit jedes Einzelnen und des gesamten Betriebes. Nur zu hoffen, dass einem schon nichts passiert und dass man bei Bedarf ja die Reparaturanstalt aufsuchen kann (sprich: das Krankenhaus oder die Kuranstalt), wird nicht zu einem Mehr an Gesundheit führen. Im Gegenteil es wird die Leistungsfähigkeit und die Gesundheit von MitarbeiterInnen nachhaltig negativ beeinflussen. Es bedarf der Förderung vorhandener Gesundheitsressourcen auf psychischen und physischen Bereich – wie Ernährungsberatung, Fitnessberatung und -angebote bis hin zu Seminaren wie Entspannungstrainings und Coping Strategien.

Die Aufgabe der ArbeitsmedizinerInnen ist es generell für alle ArbeitnehmerInnen die individuelle optimale Belastung zu finden, denn Über- und Unterforderung können negative Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit haben.

Zusammenfassend und vereinfacht lässt sich sagen, dass Arbeit einen salutogenen Faktor darstellt – natürlich nur wenn diese Arbeit für den Arbeitenden weder Über-noch Unterforderung darstellt und keine zusätzlichen Gefährdungen für die Gesundheit im Allgemeinen darstellt und Raum für Gesundheitsförderung möglich ist.

Bewegung ist Medizin

Paul Haber

Die Spezies, der wir alle angehören, den Homo Sapiens, gibt es seit ca. 300.000 Jahren. Die längste Zeit davon lebten die Menschen als Wildbeuter (Jäger und Sammler). Von Beobachtungen an bis vor einigen Jahrzehnten noch auf diese Weise lebenden Völkern, z.B. in Afrika, wird berichtet, dass für die erforderliche Nahrungsbeschaffung durchschnittlich 5 – 6 Stunden täglich aufgewendet werden, was in etwa dem Äquivalent eines Fußmarsches von 20 – 25 km gleichkommt. Der durchschnittliche Tagesenergieumsatz (TEU), der mit der Nahrung abgedeckt werden muss entspricht einem PAL von ca. 2,3 (das Physical Activity Level beschreibt den Tagesenergieumsatz als vielfaches des Grundumsatzes in 24 Stunden) (Sorensen and Leonard 2001; Hayes, Chustek et al. 2005). Bei einem angenommenen Körpergewicht von 70 kg bedeutet das einen TEU von etwa 3864 kcal. In den letzten etwa 150 Jahren hat aber das durchschnittliche PAL in den westlichen Industrieländern auf etwa 1,5 – 1,7 abgenommen. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die körperliche Aktivität in der Arbeitswelt in dieser Zeit erheblich abgenommen hat, weil immer mehr körperliche Arbeit durch Maschinen ersetzt worden ist. Bislang ist es noch nicht gelungen diesen Rückgang an Bewegungsenergie in der Arbeitswelt durch vermehrte Bewegung, z.B. in der Freizeit, flächendeckend in etwa auszugleichen. In Österreich gehören ca. 60 % zu jenen Bewegungsmuffeln, die nur 1 – 2 Mal im Monat körperlich aktiv sind. Dies scheint einen Trend zu unterstützen, dass doch viele Menschen dazu neigen mehr Energie mit der Nahrung aufzunehmen, als sie tatsächlich umsetzen, so dass langfristig eine leicht positive Energiebilanz entsteht. Und jede Kalorie, die mit der Nahrung aufgenommen aber nicht durch körperliche Aktivität (oder auch durch Nahrungsmittel induzierte Thermogenese) umgesetzt wird, wird als Depotfett abgespeichert. Dies mag den Befund erklären, dass in Österreich knapp 40% aller Erwachsenen übergewichtig sind (Meyer and Elmadfa 2009). Die Abnahme von körperlicher Aktivität wird auch als Detraining bezeichnet und das hat noch eine Reihe weiterer Folgen:

Die aerobe Leistungsfähigkeit nimmt ab, ergometrisch gemessen mit der maximalen Sauerstoff-Aufnahmefähigkeit. Dies beruht auf einer Abnahme des Herzvolumens mit einer Verringerung des Schlagvolumens, was sich in einer Zunahme der Herzfrequenz auf gleichen Leistungsstufen äußert, auf einer Abnahme des Blutvolumens mit Verringerung der Erythrozytenmasse, was eine Abnahme der Transportkapazität des Blutes für Sauerstoff bedeutet. Und schließlich auf einer Verringerung der oxidativen Kapazität der peripheren Muskulatur, was sich in einer Zunahme der Blut-Laktatkonzentration bei gleichen Belastungen äußert (Hollmann and Hettinger 2000).

Auch die Muskulatur ist betroffen: es genügt über 2 Wochen die tägliche Schrittzahl von durchschnittlich 6.000 auf 1.500 zu reduzieren um eine Abnahme der Beinmuskulatur um 0,4 kg auszulösen. (Hamburg, McMackin et al. 2007).

Gravierend ist auch die Wirkung auf den Glukosestoffwechsel: bereits eine Bettruhe von 5 Tagen reicht aus um bei einem oralen Glukose-Toleranztest die Blutglukosewerte ansteigen zu lassen bei gleichzeitig deutlich erhöhten Insulinkonzentrationen.

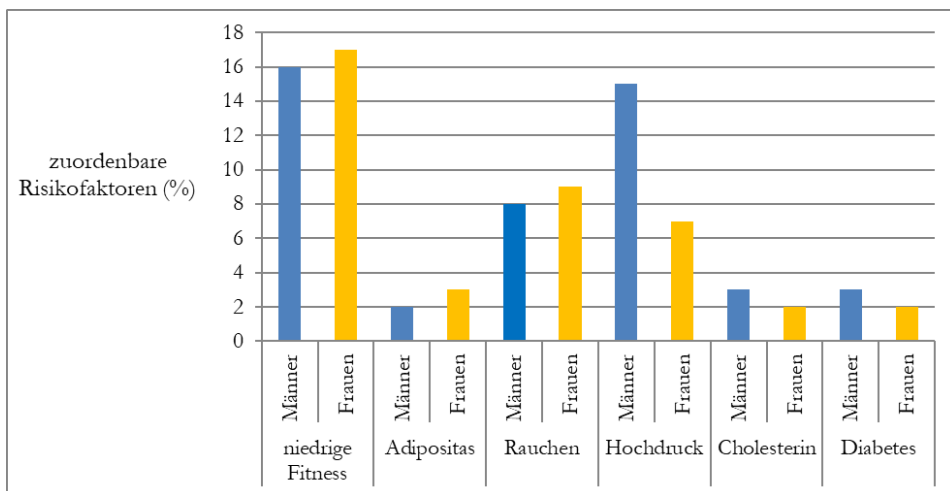


Abb. 1: zuordenbare Risikofaktoren für Tod aus jeglicher Ursache (Blair 2009)

Die Abbildung 1 zeigt mehrere bekannte Risikofaktoren. Zuordenbar bedeutet eine statistische Schätzung wieviel Prozent an Todesfällen aus jeglicher Ursache vermieden werden könnten, wenn dieser Risikofaktor komplett ausgeschaltet werden könnte. Diese Untersuchung weist eine schlechte körperliche Fitness als den stärksten einzelnen Risikofaktor aus. Dies hat wahrscheinlich damit zu tun, dass eine gute körperliche Fitness alle anderen Risikofaktoren günstig beeinflusst.

Nun erhebt sich die Frage, wieviel an Bewegung bzw. Fitness erforderlich ist um diese negativen gesundheitlichen Effekte von Detraining zu verhindern. Eine der ersten diesbezüglichen Untersuchungen korreliert den wöchentlichen Energieumsatz durch Bewegung mit der Rate an Herzinfarkten und konnte zeigen, dass durch einen wöchentlichen Energieumsatz durch Bewegung von ca. 2000 kcal (ca. 10.000 Schritte / Tag) die Herzinfarktrate in etwa halbiert werden kann, wobei vor allem die tödlichen Infarkte reduziert werden. (Paffenbarger, Hyde et al. 1986). Mit mehr als 3000 kcal/Woche scheint dieser Effekt nicht mehr weiter zuzunehmen. Damit ist es möglich konkrete Ziele für gesundheitsorientiertes Verhalten anzugeben, die mit einem Schrittzähler überprüfbar sind.

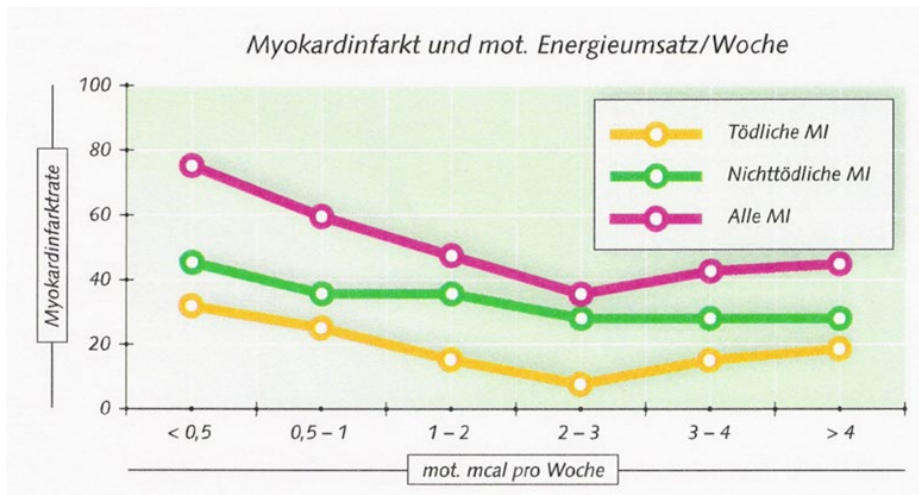


Abb. 2: Bewegung (kcal/Woche) und Wirkung am Beispiel des Myokardinfarkts; maximale Wirkung bei 2.000 kcal/Woche

Eine weitere Untersuchung untersucht den Zusammenhang von maximaler Sauerstoffaufnahme, die ergometrisch gemessen und in metabolischen Äquivalenten (MET) angegeben wurde, und der Mortalität aus jeglicher Ursache (1 MET entspricht dem Grundumsatz; die Angabe einer Leistung in MET gibt an um das Wie Vielfache der aktuelle Energieumsatz gegenüber dem Grundumsatz gesteigert wird.) (Blair, Kohl et al. 1989). Auch hier zeigt sich ein massiver Einfluss der Fitness auf das Mortalitätsrisiko mit einer maximalen Wirkung ab 10 MET. Dieser Einfluss scheint bei Männern erheblich stärker ausgeprägt zu sein als bei Frauen (Blair, Kohl et al. 1989). Damit ist es möglich konkrete gesundheitsorientierte Fitnessziele anzugeben, die mit Ergometrie überprüfbar sind.

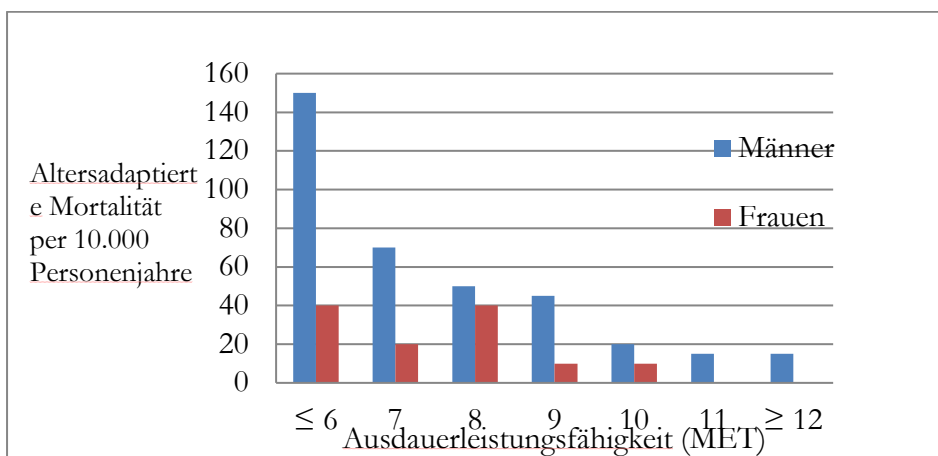


Abb. 3: Altersadaptierte Mortalität aus jeglicher Ursache per 10.000 Personenjahre abhängig von der Leistungsfähigkeit (in MET)

Und eine weitere Studie untersuchte den Zusammenhang von Joggingzeit pro Woche und der Langzeit-Mortalität aus jeglicher Ursache (Schnohr, O’Keefe et al. 2015). Sie zeigte einen optimalen Trainingsumfang von 2 – 2,5 Stunden Joggen pro Woche in mittleren Tempo aufgeteilt auf 2 – 3 Tage: weniger bringt weniger aber mehr bringt nicht mehr.

Insgesamt kann man aus diesen Studien optimale Empfehlungen für eine gesundheitsorientierte Bewegungsberatung ableiten.

Sehr interessant ist auch eine Untersuchung, die die aerobe Leistungsfähigkeit, auch hier in MET, mit den durchschnittlichen jährlichen Gesundheitskosten korreliert. Es zeigt sich ein ähnlicher, wenn auch nicht so deutlich ausgeprägter Zusammenhang wie bei der Mortalität: mit zunehmender Fitness sinken die jährlichen durchschnittlichen Gesundheitskosten mit einem maximalen Effekt ab etwa 10 MET (Weiss, Froelicher et al. 2004).

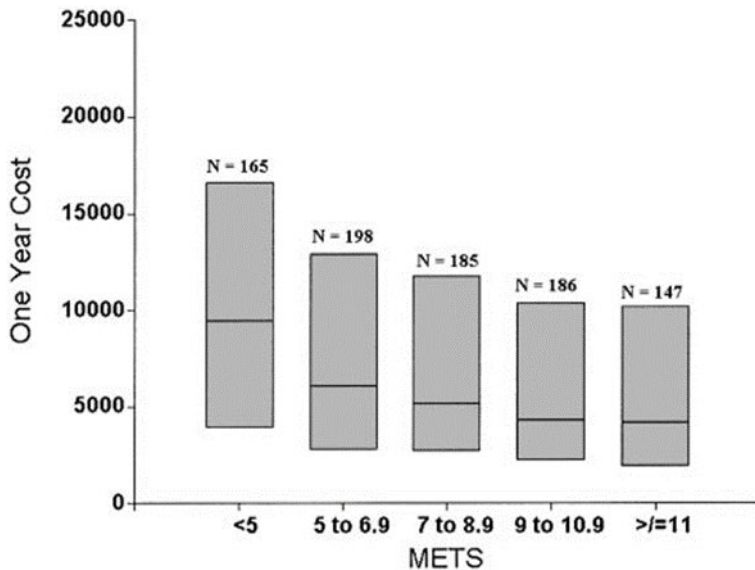


Abb. 4: Zusammenhang zwischen der aeroben maximalen Leistungsfähigkeit und den durchschnittlichen jährlichen Gesundheitskosten

Die vorteilhaften Effekte von regelmäßigem Training beziehen sich nicht nur auf die Mortalität oder nur auf Herz/Kreislauf oder Stoffwechsel sondern auch auf kognitive Fähigkeiten (Erickson, Voss et al. 2011), M. Parkinson (Xu, Park et al. 2010) oder häufige Krebserkrankungen (Löllgen and Leyk 2012).

Eine ähnliche gesundheitsfördernde Wirkung wie die Ausdauerleistungsfähigkeit hat, wenn auch nicht ganz so ausgeprägt, die Kraftleistungsfähigkeit, basierend auf der Muskelmasse, die durch eine andere Art von Training,

nämlich Krafttraining oder Muskeltraining entwickelt und erhalten werden kann (Wolfe 2006; Cooper, Kuh et al. 2010). Insbesondere zur Prävention und Therapie der Osteoporose ist Krafttraining speziell wirksam (Kemmler, Lauber et al. 2004).

Eine besondere Bedeutung hat regelmäßige körperliche Bewegung und Training im Alter, wenn sich Detrainingeffekte wegen Bewegungsmangel mit dem physiologischen Abbau der Leistungsfähigkeit im Alter (dem Altersgang) kombinieren, was bis zur Gebrechlichkeit und Hilfsbedürftigkeit führen kann. Auch hier ist insbesondere das Training der Muskelkraft ein wirksames Mittel zur Prävention und Behandlung der Sarkopenie.

Nach diesen Erläuterungen zu den vielfältigen Wirkungen von körperlichen Training nun im Folgenden einige allgemeine Regeln, nach denen Bewegung und Training bis ins hohe Alter und auch bei chronischen Erkrankungen wirksam und sicher gestaltet werden kann (Haber 2018).

Auswahl der richtigen Bewegungsform

Nicht jede Bewegungsform ist gleich gut oder überhaupt für das Training der Kraft und/oder der Ausdauer geeignet. So kann z.B. mit Schwimmen die Kraft nicht nennenswert trainiert werden, das Training in der Kraftkammer fördern nicht besonders die Ausdauer und z.B. Volleyball oder andere Sportspiele fördern nennenswert weder die Ausdauer noch die Kraft. Das heißt, dass immer jene Bewegungsform ausgewählt werden soll, mit der das Trainingsziel, vor allem ein therapeutisches, am besten erreicht werden kann. Für Ausdauertraining sind zyklische Bewegungsformen am besten geeignet, bei denen mehr als 30% der gesamten Muskelmasse mit geringem Krafteinsatz über mehr als 10 Minuten eingesetzt werden kann; also z.B. Gehen, Laufen, Schwimmen, Radfahren und ähnliches. Für das Training der Kraft sind moderne Krafttrainingsmaschinen am besten geeignet aber auch Hanteln oder besondere Gummibänder (z.B. Theraband®) bzw. auch das eigene Körpergewicht. In vielen Beratungsfällen, vor allem bei älteren Menschen, sollte neben dem Ausdauertraining auch ein Krafttraining empfohlen werden als wirksame Maßnahme zur Prophylaxe und Therapie von Osteoporose und Sarkopenie.

Wie bei jeder ärztlichen Beratung sollten auch bei Bewegung und Training konkrete, individuell angemessene Empfehlungen gegeben werden. Das ist auf der Basis von 4 Maßzahlen möglich:

Die Intensität der Belastung

Dies ist die angewandte Belastung in Relation zur individuellen maximalen Leistungsfähigkeit und wird in Prozent angegeben. Damit eine Belastung trainingswirksam wird, muss eine Mindestintensität von 50% überschritten werden, sonst löst die Belastung nicht die erwarteten Trainingseffekte aus. Das heißt nicht, dass Bewegung mit geringerer Intensität völlig unwirksam wäre. Es gibt schon positive Effekte z.B. auf den Zuckerstoffwechsel oder den Energieumsatz, aber es kommt zu keiner nennenswerten Verbesserung der Leistungsfähigkeit.

Die Dauer der Belastung

Dies ist die Belastungszeit mit trainingswirksamer Intensität. Belastungszeiten, in denen die Intensität nicht trainingswirksam ist, werden daher nicht als Trainingszeit gewertet. Für eine Trainingswirkung muss eine Mindestdauer überschritten werden. Ist das nicht der Fall, dann ist die Bewegung für eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit nicht wirksam.

Die Häufigkeit der Belastung

Dies ist die Anzahl der nach Intensität und Dauer wirksamen Trainingseinheiten pro Woche. Auch hier gilt eine Mindesthäufigkeit. Ist sie nicht gegeben, dann ist das Intervall zwischen den Trainingseinheit so lang, dass der Effekt einer Einheit bis zur nächsten wieder rückgebildet worden ist. Man beginnt sozusagen mit jeder Trainingseinheit bei null.

Die wöchentliche Netto - Trainingsbelastung (WNTB)

Dies ist die Summe aller richtigen Trainingsbelastungen pro Woche und wird beim Krafttraining in Sätzen pro Muskelgruppe pro Woche (siehe unten) angeben, beim Ausdauertraining in Minuten oder Stunden als wöchentliche Netto-Trainingszeit (WNTZ). Die WNTB ist jene Trainingsmaßzahl, die den

Trainingseffekt quantitativ bestimmt. Sie ist die Dosis, von der die Wirkung des Trainings in kalkulierbarer Weise abhängt. Die WNTB impliziert immer, dass die 3 Mindestkriterien beachtet worden sind. Körperliche Bewegung, die dem nicht entspricht, soll nicht in die WNTB eingerechnet werden. Wird dies nicht berücksichtigt, wird der Trainingseffekt eben schwer kalkulierbar.

- Beachtung der Mindestbelastungen
- Ausdauertraining
- Belastungsintensität

Das Minimum ist 50% der individuellen, aktuellen Ausdauerleistungsfähigkeit, wie sie mit einer leistungsdiagnostischen Ergometrie gemessen werden kann. Eine wirksame und sichere Intensität zur Entwicklung der allgemeinen Ausdauer ist 60%. Darüber hinaus ist das Einhalten aerober, an-aeroben oder individueller Schwellen oder bestimmter Laktatspiegel nicht erforderlich. Für sehr geschwächte Menschen (weniger als 70% der normalen Leistungsfähigkeit) ist eine Intensität von 50% zunächst ausreichend.

Da die Intensität immer ein Prozentsatz der aktuellen Leistungsfähigkeit ist, ändert sich eine bestimmte Intensität auch bei einem Leistungszuwachs, z.B. durch das Training selbst, nicht. Was sich ändern kann ist die Trainingsleistung bei gleicher Intensität.

Die Einhaltung der richtigen Intensität wird durch die Beobachtung einer dieser Intensität entsprechenden individuellen Trainingsherzfrequenz (HFTr) gewährleistet, wodurch auch bei wechselnden Bedingungen, z.B. hügeliges Gelände oder Veränderung der Leistungsfähigkeit, die Intensität konstant gehalten werden kann. Ein Bereich für die individuelle Trainingsherzfrequenz wird mit der, aus der symptomlimitierten Ergometrie ermittelten, maximalen Herzfrequenz (HFmax) und der Ruheherzfrequenz (HFRuhe) mit folgender kleiner Formel abgeleitet:

$$\text{HFTr} = \text{HFRuhe} + (\text{HFmax} - \text{HFRuhe}) * 0,6 - 0,7 \text{ Schläge/min.}$$

Zur Beobachtung der HFTr eignet sich besonders ein miniaturisierter, am Körper zu tragender Herzfrequenzmonitor im Armbanduhrformat. Darüber

hinaus ist das Messen von Serumlaktatspiegeln während des Trainings überflüssig.

Die Belastungsdauer.

Wie bereits erwähnt fällt unter den Terminus Belastungsdauer nur jene Trainingszeit, in der die Belastung über der Mindestintensität liegt. Die so verstandene Dauer muss pro Trainingseinheit 10 Minuten überschreiten, ist allerdings nach oben offen.

Die Trainingshäufigkeit

Nach Intensität und Dauer richtige Trainingseinheiten sollen zwei - vier Mal pro Woche absolviert werden.

Krafttraining

Die Belastungsintensität

Hier ist unter Intensität das Trainingsgewicht in Relation zum individuellen Kraftmaximum für eine bestimmte Übung zu verstehen. Bei gleicher Intensität ist also das Trainingsgewicht für verschieden kräftige Muskelgruppen, z.B. der Arme und der Beine, unterschiedlich und muss daher auch für jede Muskelgruppe gesondert bestimmt werden. Die Intensität bzw. das Trainingsgewicht für eine bestimmte Übung (Muskelgruppe) ist dann richtig gewählt, wenn eine lokale Ermüdung frühestens nach der 10. und spätestens bei der 15. Wiederholung spürbar wird.

Um größere Belastungen des Kreislaufs und Pressatmung zu vermeiden, falls dies bei älteren Personen oder bei Patienten mit vorgeschädigtem Kreislauf erforderlich ist, müssen Belastungen großer Muskelgruppen vermieden werden! Es werden dann mehrere Übungen für kleinere Muskelgruppen aus gesucht, die insgesamt den gleichen Effekt wie die Übung für die große Mus-

kelgruppe haben. So kann die Übung "Kniebeuge" unter Zuhilfenahme moderner Trainingsmaschinen in je 2 bis 3 Übungen für das linke und rechte Bein aufgelöst werden.

Die minimale Intensität ist 30%, die angemessene Intensität für Anfänger ist 50% und für bereits länger trainierende liegt die optimale Intensität bei 70 - 80%.

Die Belastungsdauer

Die Belastungsdauer entsteht normalerweise durch das pau-sen-lose Wiederholen ein und derselben Übung mit dem richtigen Trainingsge-wicht. Diese Entität wird ein Satz genannt. Die Wiederholungszahl pro Satz war dann richtig, wenn sie zu einer merklichen Muskelermüdung geführt hat, im besten Falle bis zur Unmög-lich-keit die Übung ein weiteres Mal zu wiederholen (Prinzip der ermüdungsbedingt letzten Wiederholung). Tritt dies nicht ein, dann war der Satz im Hinblick auf die Kraftentwicklung weitgehend wirkungslos. Die individuelle Feinabstimmung der In-ten-sität bei jedem einzelnen Training erfolgt durch Modifikation des Gewichts, so dass die letzte Wiederholung die 10. - 15. ist. Sind mehr Wiederholungen möglich, dann soll das Gewicht beim nächsten Training erhöht werden. Dies ist die Methode des "Fortlaufend adaptierten Krafttrainings" (FAKT).

Die Belastungsdauer wird nicht durch die Erhöhung der Wiederholungszahl pro Satz gesteigert, sondern durch die Anfügung weiterer, gleichartiger Sätze. Wenn dies der Fall ist, so soll zwischen zwei Sätzen für eine Muskelgruppe eine Pause von 1 - 2 Minuten eingelegt werden.

Die Belastungshäufigkeit

Das Minimum ist ein richtiger Satz pro Woche, allerdings für jeden einzelnen Muskel, bzw. Muskelgruppe: also ein Satz pro Muskel-gruppe pro Woche (S/M/W).

Um systematisch die gesamte Skelettmuskulatur zu trainieren, sind ca. 8 - 10 verschiedene Übungen notwendig, die in einer Trainingseinheit absolviert werden können.

Die Angemessenheit der Trainingsbelastung

Diese Regel besagt, dass die WNTB immer der aktuellen Leistungsfähigkeit des Individuums entsprechen und sich daher mit dieser verändern muss. Also eine geringe WNTB bei Anfängern mit noch geringer Leistungsfähigkeit und eine höhere WNTB bei guter Leistungsfähigkeit.

Im Ausdauertraining ist die minimale WNTZ bei sehr geschwächten Individuen, mit einer ergometrischen Leistungsfähigkeit von weniger als 75% des Sollwertes, 30 Minuten. (z.B. 2 x 15 Minuten pro Woche). Bei gut leistungsfähigen Personen wäre z.B. 3 x 40 bis 50 Minuten pro Woche angemessen.

Im Krafttraining beträgt die minimale WNTB 1 S/M/W. Bei systematischem Training sollte dies auf 2 Trainingseinheiten pro Woche mit je 2 S/M/W erhöht werden.

Die systematische Steigerung der Trainingsbelastung

Dieser Grundsatz besagt, dass die WNTB in regelmäßigen Abständen gesteigert werden muss, wenn die Leistungsfähigkeit weiter erhöht werden soll. Geschieht dies nicht, so verbleibt die Leistungsfähigkeit auf dem der aktuellen WNTB angemessenen Niveau.

Die Steigerung soll in Intervallen von 4 - 6 Wochen erfolgen und ca. 25 - 50% der aktuellen WNTB betragen, bis die oben beschriebenen optimalen Belastungen für gesundheitsorientiertes Training erreicht worden sind. Für medizinische Zielstellungen ist für lebenslanges Ausdauertraining eine WNTZ von 2 – 3 Stunden optimal und für Krafttraining eine WNTB von 4 – 6 S/M/W.

Tabelle 1 zeigt den Generalplan für die Entwicklung der allgemeinen aeroben Ausdauer, gemessen als maximale Leistung bei der symptomlimitierten Fahrradergometrie in Prozent des geschlechts- und altersspezifischen Referenzwertes (LF%Ref) im gesundheitsorientierten Training (WNTZ: wöchentliche Netto Trainingszeit; TE: Trainingseinheiten). Einstieg in der der LF%Ref entsprechenden Stufe. Erhöhung zu nächsthöheren Stufe alle 4 Wochen, bis das Trainingsziel erreicht ist.

Stufe	LF ⁰ %Ref	WNTZ, min	TE / Woche
1	<75	30	2 - 3
2	75 – 90	45	2 - 3
3	90 – 100	60	2 - 3
4	100 – 110	75	2 - 3
5	105 – 115	90	2 - 3
6	110 – 120	105	2 - 3
7	115 – 125	120	3 - 4
8	120 – 130	150	3 - 4
9	125 - 135	180	3 - 4
10	130 – 140	210	3 - 4

Tab. 1.

Die Ganzjährigkeit des Trainings

Dieses Prinzip fordert, dass das Training das ganze Jahr über durchgeführt werden muss, also alle 52 Wochen, Jahr für Jahr, lebenslänglich. Bei einer Unterbrechung des Trainings kann bereits nach 10 Tagen ein Rückgang der Leistungsfähigkeit festgestellt werden. Es gibt kein Alter in dem regelmäßiges, angemessenes Training nach den geschilderten Regeln nicht sinnvoll und wirkungsvoll wäre.

Diese ganzjährige Regelmäßigkeit, Woche für Woche, ist die wichtigste Voraussetzung für eine nachhaltige Wirkung, da sämtliche gesundheitlichen Effekte des Trainings reversibel sind, wenn das Training eingestellt wird. Auch

Bewegung mit geringerer Intensität, z.B. regelmäßiges Spazieren gehen, entfaltet gesundheitliche relevante Effekte, wenn auch nicht in gleichem Ausmaß wie richtiges Training zur Verbesserung einer mäßigen und Erhaltung einer guten körperlichen Fitness (Williams 2001).

Literatur

Blair, S. N. (2009). "Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21 st century." *Br J Sports Med* 43(1): 1-2.

Blair, S. N., H. W. Kohl, et al. (1989). "Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women." *JAMA* 262: 2395-2401.

Cooper, R., D. Kuh, et al. (2010). "Objectively measured physical capability levels and mortality: systematic review and meta-analysis." *BMJ* 341: c4467

Erickson, K. I., M. W. Voss, et al. (2011). "Exercise training increases size of hippocampus and improves memory." *PNAS* 108(7): 3017-3022.

Haber, P. (2018). *Leitfaden zur medizinischen Trainingsberatung. Von der Rehabilitation bis zum Leistungssport*. Wien, New York, Springer Verlag.

Hamburg, N. M., C. McMackin, J. , et al. (2007). "Physical Inactivity Rapidly Induces Insulin Resistance and Microvascular Dysfunction in Healthy Volunteers." *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 27: 2650-2656.

Hayes, M., M. Chustek, et al. (2005). "Low physical activity levels of modern homo sapiens among free-ranging mammals." *Int J Obesity* 29: 151 - 156.

Hollmann, W. and T. Hettinger (2000). *Sportmedizin. Grundlagen für Arbeit, Training und Präventivmedizin*. Stuttgart, New York, Schattauer Verlagsgesellschaft.

- Kemmler, W., D. Lauber, et al. (2004). "Benefits of 2 Years of Intense Exercise on Bone Density, Physical Fitness, and Blood Lipids in Early Postmenopausal Osteopenic Women Results of the Erlangen Fitness Osteoporosis Prevention Study (EFOPS)." *Arch Intern Med* 164: 1084-1091.
- Löllgen, H. and D. Leyk (2012). "Prävention durch Bewegung. Bedeutung der körperlichen Leistungsfähigkeit." *Der Internist* 53(6): 663 - 670.
- Meyer, A. and I. Elmadfa (2009). National report Austria. European Nutrition and Health Report 2009. I. Elmadfa. Basel, Freiburg, Paris, London, Karger.
- Paffenbarger, R. S., R. T. Hyde, et al. (1986). "Physical activity, all-cause mortality and longevity of college alumni." *N Engl J Med* 314: 605 - 613.
- Schnohr, P., J. H. O'Keefe, et al. (2015). "Dose of Jogging and Long-Term Mortality: The Copenhagen City Heart Study." *J Am Coll Cardiol* 65: 411-419.
- Sorensen, M. V. and W. R. Leonard (2001). "Neandertal energetics and foraging efficiency." *J Human Evolution* 40: 483 - 495.
- Weiss, J. P., V. F. Froelicher, et al. (2004). "Health-Care Costs and Exercise Capacity." *Chest* 126: 608-613.
- Williams, P. T. (2001). "Physical fitness and activity as separate heart disease risk factors: a meta-analysis." *Med. Sci. Sports. Exerc.* 33: 754 - 761.
- Wolfe, R. R. (2006). "The underappreciated role of muscle in health and disease." *Am J Clin Nutrition* 84: 475 - 482.
- Xu, Q., Y. Park, et al. (2010). "Physical activities and future risk of Parkinson disease." *Neurology* 75(4): 341-348.

IV

Salutogenese – Ganzheitsmedizin – traditionelle Medizin

Salutogenese und Ganzheitsmedizin

Gerhard Hubmann

Derzeit vollzieht sich ein langsamer Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem, wobei der Fokus zunehmend weg von der Entstehung und Entwicklung der Krankheit, hin zur Erhaltung der Gesundheit gerichtet ist. Die ganzheitliche Denkweise spielt hier eine wichtige Rolle und ist Ausdruck eines Weltbildes, das den Menschen wieder als Einheit von Körper, Geist und Seele in seiner Umwelt und in seiner Beziehung zur Natur sieht.

Ganzheitsmedizin, beziehungsweise Integrative Medizin, bedeutet eine Erweiterung der Auffassung von Gesundheit und Krankheit des Menschen in Richtung einer Anerkennung der Tatsache, dass lebende Organismen komplexe dynamische Systeme darstellen, die mit dem reduktionistischen Denkansatz der Naturwissenschaft nicht vollständig erfasst werden können.

Der Wunsch nach gesundheitsfördernden Methoden und Anwendungen, die auf der Basis einer ganzheitlichen und damit realitätsbezogenen Denkweise beruhen, entfaltet sich in der Bevölkerung vieler Länder dieser Erde und findet mittlerweile auch Akzeptanz auf universitärer und somit wissenschaftlicher Ebene. Grundlage ist eine integrative Sicht auf den menschlichen Organismus als ein komplexes System vernetzter Teilsysteme.

Bis ins 19. Jahrhundert wurde Gesundheit als labiles – im Sinne von empfindliches – Gleichgewicht zwischen unseren Körperflüssigkeiten gesehen. Krankheit wurde Mitte des 19. Jhd. von Rudolph Virchow, vereinfacht auf eine Regulationsstörung in unseren Körperzellen zurückgeführt. Diese, auf ein Symptom zurückgeführte, reduktionistische Denkweise führt in der Krankheitsbehandlung leider oft nicht zum gewünschten Erfolg, da nur das Körper-Geist-Seele-System als Ganzes über seine vernetzten Selbstregulationsmechanismen Heilung durch sich selbst zulässt.

Ein Spruch aus der Antike „Medicus curat, natura sanat“ (der Arzt behandelt, die Natur heilt) hat heute genauso Gültigkeit. Jeder Mensch trägt seine Gesundheit in sich. Wir müssen nur die Voraussetzung schaffen, Selbstheilung zuzulassen.

Traditionell medizinische Systeme und das Gleichgewicht der Kräfte

Gesundheit, im Sinne traditionell medizinischer Systeme, bedeutet immer ein Gleichgewicht der Kräfte im Körper. Die Harmonisierung der Elemente - oder der Ausgleich der Polaritäten – bedeutet einen Energieausgleich, der sowohl auf präventiver Ebene als auch auf kurativer Ebene oberstes Ziel war. Die Traditionellen Medizinsysteme, ob das tibetische, das chinesische, das ayurvedische oder die traditionell europäische Medizin (TEM) ist, haben hauptsächlich das Bestreben, den Menschen gesund zu erhalten. Vor allem durch eine gesunde Ernährung und einen gesunden Lebensstil kann das Ziel einer Harmonisierung von Körper, Geist und Seele erreicht werden – ganz im Sinne der modernen Salutogenese. Ein Energieausgleich bedeutet den Ausgleich der Polaritäten. Chronische Krankheiten – denen eine energetische Dysbalance zugrunde liegt – strebt man zu vermeiden, da diese in früheren Zeiten zumeist den Tod bedeuteten. An dieser Stelle sollen beispielhaft bekannte traditionelle Medizinsysteme genannt werden, welche einen Energieausgleich anstreben und bewirken können:

Die TCM (Traditionelle Chinesische Medizin) strebt sowohl den Ausgleich von YIN und YANG an als auch den der 5 Elemente (Holz, Feuer, Erde, Metall und Wasser) durch Lebensführung „Yang Sheng“ (=Lebenspflege)

Die AYURVEDA Medizin beschreibt die Doshas (Kapha, Vata, Pita) als drei fundamentale Prinzipien, die in der äußeren Natur wirken, aber auch unsere eigene menschliche Natur durchdringen. Die Beeinflussung der Doshas erfolgt durch die Entlastung des Grundsystems „Panchakarma“.

In der TIBETISCHE MEDIZIN wird ein Ausgleich von 4 Tantras, 5 Elementen und 3 Doshas angestrebt.

PARACELSUS, als Begründer der Traditionellen Europäischen Medizin (TEM) beschreibt die 5 Gewalten (Entien) und wie deren Harmonisierung zur Heilung führen kann.

Prävention - Krankheitsvorbeugung

Prävention meint Krankheitsvorbeugung bzw. Krankheitsverhütung. Während die Gesundheitsförderung durch Stärkung und Pflege von Ressourcen alle der Gesundheit dienlichen Maßnahmen im Rahmen einer Gesellschaft umfasst, ist die Prävention auf Vermeidung und Verhütung von (Krankheits-) Risiken und damit verknüpft auch auf die Früherkennung von Krankheit orientiert. Es wird unterschieden zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

Primärprävention setzt an, noch bevor Krankheit entsteht. Sie trägt dazu bei, gesundheitsschädigende Faktoren zu erkennen und zu vermeiden, um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern.

Sekundärprävention soll das Fortschreiten von Krankheiten verhindern. Sie greift also in bestehende Risikosituationen ein und versucht, diese abzuwenden und Krankheitsfolgen zu vermindern.

Tertiärprävention konzentriert sich bei bestehender Krankheit auf die Wiederherstellung der Gesundheit. Folgeschäden soll damit vorgebeugt und Rehabilitation ermöglicht werden.

Die ganzheitliche Denkweise

Der ganzheitliche Ansatz – im Sinne einer Betrachtung des Menschen als Drei- Einheit Körper, Geist und Seele – ermöglicht zumeist die Beeinflus-

sung der Krankheit in der Sekundär- und Tertiärprävention. Wenn man bedenkt, dass Einflüsse, die zu einem gesunden Leben führen, zu 10 % genetisch bedingt sind, aber zu 35 % auf einen gesunden Lebensstil, zu 35 % auf das soziale Umfeld und nur zu etwa 20 % auf medikamentöse Interventionen zurückzuführen sind, kann man sich den Stellenwert der ganzheitlichen Vorgangsweise besser vorstellen.

Ganzheitlich heißt, auch die Umwelt und das biopsychosoziale Umfeld des Menschen mit einzubeziehen. Ganzheitliche Denkweise ist der Ausdruck eines Weltbildes, das den Menschen wieder als Einheit von Körper, Geist und Seele in seiner Umwelt und Beziehung zur Natur sieht. Ganzheitlich ist für mich ein holistischer, allumfassender Begriff. Dabei geht es darum, alle relevanten Aspekte zu betrachten, um die großen Zusammenhänge erkennen zu können.

Prävention und kosteneffiziente ganzheitliche Therapie zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit schafft den Übergang vom pathogenetischen zum salutogenetischen Paradigma im Gesundheitssystem.

WHO – Gesundheitsdefinition von 1948

Die Definition von Gesundheit der WHO 1948: „Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“

WHO – Schlüsselrolle Gesundheit

Die WHO definiert sieben Grundbedingungen für Gesundheit:

- eine intakte Umwelt
- ein stabiles Selbstwertgefühl
- Freundschaften und soziale Beziehungen
- Ein positives Verhältnis zum eigenen Körper
- Sinnvolle Arbeit und gesunde Arbeitsbedingungen
- Gesundheitswissen und Zugang zur Gesundheitsversorgung
- Lebenswerte Gegenwart und begründete Hoffnung auf eine lebenswerte Zukunft

Psychisches Wohlbefinden

Gemäß einer Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist psychische Gesundheit der „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen.

Carol Diane Ryff – amerikanische Akademikerin und Psychologin – entwickelte dazu einen Fragebogen, anhand dessen sich das psychische Wohlbefinden messen lässt. Sechs Einflussfaktoren sind dafür entscheidend:

- Selbstakzeptanz
- Persönliches Wachstum
- Sinn im Leben
- Gestaltung der eigenen Umgebung
- Autonomie
- Positive Beziehungen zu anderen

Bereits in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts hat der US-amerikanische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1923 – 1994) den Begriff der „Salutogenese“ geprägt. Wie entsteht Gesundheit und was hält mich gesund? Ganz im Gegensatz zum pathogenetischen Ansatz. „Die Erforschung der Krankheiten hat so große Fortschritte gemacht, dass es immer schwerer wird, einen Menschen zu finden, der völlig gesund ist.“ Dieses vom britischen Schriftsteller Aldous Leonard Huxley stammende Zitat hat heute wohl mehr Gültigkeit denn je. Es stellt sich hier die Frage, wie bleibt man gesund oder, wie können sich Menschen in die Gesundheit entwickeln?

Gesundheit und Empowerment – von der Selbstverantwortung des Einzelnen

Salutogenese als Wissenschaft der Entstehung von Gesundheit und Pathogenese als Wissenschaft der Entstehung von Krankheit ergänzen sich, der Blickwinkel der Fragenden ist jedoch ganz ein anderer. Mit der Pathogenese im Blickfeld kommen die Krankheit sowie weitere Gefahren in den Fokus – eine Defizitorientierung. In der Salutogenese steht jedoch Ressourcenorientiertheit im Fokus – der Blick ist auf persönliche Gesundheitsziele gerichtet.

Gesundheit ist ein dynamischer Prozess – vor diesem Hintergrund spielt Empowerment eine wesentliche Rolle, um alltäglich und lebenslang einen guten Zugang zu den eigenen vorhandenen Ressourcen herstellen zu können. Von zentraler Bedeutung ist es, Menschen ihre Selbstverantwortung für ihre eigene Gesundheit bewusst zu machen. Die Resilienz spielt in unsere Zeit eine immer größere Rolle, nicht nur auf körperlicher Ebene (immunologische Widerstandsfähigkeit), sondern auch auf psychisch-sozialer Ebene (Umgang mit Stress etc.). Hier kommt nun das Kernstück von Antonovskys Modell – das Kohärenzgefühl (SOC – „Sense of Coherence“) in den Fokus. „Was hält den Menschen nun gesund?“ SOC beschreibt es treffend, es geht um:

- Verstehbarkeit,
- Handhabbarkeit/Machbarkeit und
- Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit der eigenen gesundheitsbezogenen Situation.

Kohärenzgefühl – das Kernstück von Antonovskys Modell

Diese drei Komponenten bilden das Herzstück der Salutogenese.

1. Die Komponente der Verstehbarkeit („Sense of Comprehensibility“) wird durch die Erfahrung der Beständigkeit gestärkt. Sie bezeichnet die Fähigkeit, alltägliche Konfrontation von äußeren und inneren Stimuli sinnvoll wahrzunehmen und kognitiv als klare, geordnete Informationen zu verstehen. Diese kognitive Verarbeitung solcher Einflüsse führt dazu, dass Individuen mit hohem Kohärenzgefühl auch unvorhergesehene Ereignisse einzuordnen wissen. Die Verstehbarkeit ist in der Regel Voraussetzung für eine beständige Handhabbarkeit. Es handelt sich hierbei um die kognitive Komponente.
2. Das Gefühl der Handhabbarkeit/Machbarkeit („Sense of Manageability“) entsteht durch die Erfahrung und bezieht sich auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen, um mit den Anforderungen, die einem das Leben täglich stellt, zurecht zu kommen. Hierbei handelt es sich um die instrumentelle Komponente.
3. Wichtig ist auch die Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit („Sense of Meaningfulness“). Hier geht es darum, den Sinn im Leben zu sehen. Die Anforderungen sowie auftretenden Probleme des Lebens als solche zu identifizieren, für die es sich lohnt, Energie zu investieren. Die Sinnhaftigkeit stellt das motivationale Moment dar.

Antonovsky beschreibt „sein“ Kohärenzgefühl wie folgt: „Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

4. Die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind,
5. Einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen,
6. Diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“

Das Berlin Agreement – Voraussetzungen für das Gelingen einer Integrativen Medizin

Im Mai 2017 wurde im Rahmen des World Congress Integrative Medicine & Health in Berlin das Berlin Agreement entwickelt. Darin wird auf die wichtigen Voraussetzungen für das Gelingen der Integrativen Medizin hingewiesen. Besonders wichtig sind unter anderem folgende Faktoren:

- neben optimaler Gesundheitsversorgung ist die Gesundheitserhaltung bzw. Krankheitsvorbeugung unter anderem durch eine Stärkung der Selbst-Fürsorge und der Resilienz mit einzubeziehen („Model Health“)
- Voraussetzung ist eine Erziehung von Bürgern zu einem nachhaltig gesunden Leben in einer sozialen und gesunden Umwelt („Engage Patients“).
- Voraussetzung auf medizinischer Seite ist eine interprofessionelle Versorgung und eine optimale Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen („Promote Interprofessionalism and Team Care“)
- Aufnahme evidenzbasierter traditioneller Therapieverfahren und Berücksichtigung von globalen medizinischen Prozessen („Recognize the Importance of Traditional Medicine in Global Healthcare“).
- Stärkung der Forschung im Bereich naturheilkundlicher und komplementärmedizinischer Therapieverfahren unter der Berücksichtigung eines ganzheitlichen Design- und Methodenansatzes („Commit to Evidence-Informed Dialogue and Practice“ and „Foster Whole Systems Research“).
- Berücksichtigung der Interaktion von Prävention, Gesundheitsförderung und lokaler bzw. allgemeiner Gesundheitsversorgung bei Gesunderhaltung und Gesundwerdung („Bridge Clinical Care with Prevention, Community and Public Health“).
- Berücksichtigung, dass soziale, politische, natürliche und ökonomische Faktoren für die Gesundheit eine entscheidende Rolle spielen. Diese Faktoren gilt es zu stärken, Ungleichheiten sind zu vermeiden und personelle und soziale Verantwortung zu übernehmen („Engage as Change Agents“).

- Nutzung moderner auch digitaler Wege der Therapeut/Arzt-Patienten-Interaktion und Kommunikation in der Integrativen Medizin – sowohl in der Praxis wie in der Forschung.

Planetary Health Diet

Das Konzept der ökologischen Gesundheitsförderung (Planetary Health) wurde im Jahr 2015 von der „Rockefeller Foundation-Lancet-Kommission für planetare Gesundheit“ aufgestellt. Diese veröffentlichte den „Planetary Health Report“, der Zusammenhänge zwischen Umwelt- und Gesundheitsschäden aufzeigt. Die EAT-Lancet-Kommission baute auf diesem Konzept auf und erschuf die neue Bezeichnung „Planetary Health Diet“. Damit unterstreicht sie die kritische Rolle, die die Ernährung sowohl im Hinblick auf die menschliche Gesundheit und als auch auf die ökologische Nachhaltigkeit spielt. Außerdem weist sie damit auf die Notwendigkeit hin, diese häufig getrennten Betrachtungsweisen auf eine gemeinsame globale Agenda zu setzen, um das Ernährungssystem grundlegend zu transformieren und die Nachhaltigkeitsziele der UN sowie das Pariser Klimaabkommen einzuhalten.

Umweltbelastungen und Salutogenese

Belastungen aus der Umwelt zählen neben der sozialen Lage und dem individuellen Lebensstil zu den wichtigsten Einflussfaktoren auf Gesundheit und Lebenserwartung. Eine intakte Umwelt ist zentral für die menschliche Gesundheit. Durch chemische, physikalische und biologische Umweltfaktoren kommt es jedoch zu gesundheitlichen Schädigungen:

1. Chemische Belastungen (zum Beispiel Freisetzung und Verbreitung von Schadstoffen in der Luft, im Wasser, im Boden, in der Nahrungskette, in Produkten des Alltags wie Kosmetika und im menschlichen Körper),
2. Physikalische Belastungen (zum Beispiel Lärm, Partikel oder Strahlung) und

3. Biologische Belastungen (zum Beispiel Pilze, Keime und Parasiten).

Epigenetik und Salutogenese

Unser gegenwärtiger Zustand und unsere Gesundheit ist das Ergebnis einer Wechselwirkung von genetischen Anlagen und steuerbaren Umwelteinflüssen. Gene selbst sind jedoch veränderlich. Gemäß Untersuchungen sind eineiige Zwillinge im Alter von 3 Jahren epigenetisch identisch, im Alter von 50 Jahren bei unterschiedlicher Entwicklung völlig verschieden. Das Leben macht den Unterschied!

Die Epigenetik erforscht die genetische Modifikation mit Wirkung auf den Phänotypen. Unser Zellkern ist imstande, Gene zu regulieren, sie an- oder abzuschalten und somit in ihrer Aktivität zu beeinflussen. Diese Erkenntnisse sind von überragender Bedeutung. Innerhalb unserer genetischen Prädisposition haben wir große Variabilität, und beeinflussen durch Ernährung, Lebensstil und Psychohygiene unsere Gene.

Fazit

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die Gesundheitswissenschaft mit dem Thema Gesundheit und Gesundsein befasst. Sie untersucht die Anwesenheit oder Abwesenheit von Stressoren, die Wirkung vorhandener Ressourcen, den Einfluss von Schutzfaktoren sowie mögliche Bewältigungsstrategien. Das Modell der Salutogenese von Antonovsky kann als integrierendes Modell zur Erklärung der verschiedenen Zusammenhänge diskutiert werden.

Dies findet sowohl in den traditionellen Medizinsystemen als auch in der Naturheilkunde und den heutigen komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden ihren Widerhall.

Die ganzheitliche Denkweise, die sich damit beschäftigt, Regulationssysteme zur Heilung und zur Gesunderhaltung wiederherzustellen, ist die Grundlage einer salutogenetischen Ordnung.

*„Die wirksamste Medizin ist die natürliche Heilkraft,
die im Inneren eines jeden von uns liegt.“*

Hippokrates von Kos (460 – 377 v.Chr.)

Literaturliste und Quellenverzeichnis

Antonovsky A. *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*; Übersetzung von Franke A. Tübingen: dgvt-Verlag; 1997

Brinkhaus Benno, Esch Tobias (Hrsg.), *Integrative Medizin und Gesundheit*. Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2021

Grassberger Martin, *Das leise Sterben. Warum wir eine landwirtschaftliche Revolution brauchen, um eine gesunde Zukunft zu haben*. Residenz-Verlag, Salzburg 2019

Planetary Health Diet, <https://eatforum.org/eat-lancet-commission/>

Planetary Health Diet, <https://eatforum.org/eat-lancet-commission/the-planetary-health-diet-and-you/>

Ryff, Carol/Singer, Burton: Psychological Well-Being: Meaning, Measurement, and Implications for Psychotherapy Research. In: *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65. S. 14-23., 1996

Die Salutogenese im Kontext der Komplementärmedizin: Theorie und Praxis von Gesundungs- und Selbstheilungs- vorgängen im Menschen

Dieter Melchart

1. Die körperlichen und seelisch-geistigen Eigenleistungen zur Gesunderhaltung und Selbstheilung – zentrale Konstrukte der Theoriebildung in der Komplementärmedizin

1.1 Denk- und Handlungspraxis in der Medizin

Das Denken und Handeln moderner praktizierter Heilkunde ist auf die Krankheitserkennung und ihre Krankheitsbehandlung gerichtet. Es fehlt weitgehend der Fokus auf die Frage, was uns gesund erhält und was der Einzelne dazu selbst beitragen kann. Das Selbstverständnis von Ärztinnen und Ärzten als Heilberuf ist geprägt von der Frage wie der Therapeut von außen (heteronom) krankheitsentwickelnde Prozesse und Folgeschäden erkennen und dann entfernen, unterdrücken, stimulieren oder auf Grund von Mangelzuständen ersetzen kann. Die therapeutischen Wirkprinzipien der Pathogenese sind Ausschaltung (Vermeidung, Amputation), Lenkung (kontrollierte Suppression, Stimulation), Substitution und Information i.S. von Compliance. Die arzneiliche Verordnung verweist mit dem Präfix „Anti-“ bei der Mehrzahl der Medikamente (Antibiotika, Analgetika, Anti-Hypertensiva etc.) auf diese Sichtweise. Diese medizinische Denk- und Handlungspraxis interpretiert Krankheitssymptome als Resultat normabweichender Kausalketten und als Funktionsdefizite. Ihr Orientierungsrahmen ist die Pathophysiologie und das Defizitmodell. In diesem Sinne ist auch Prävention heteronomieorientiert. Sie stellt den pathogenetischen Faktor und die spezifischen Krankheitsentwicklungen des Risikogeschehens in den Vordergrund und verweist auch die Risikodiagnostik und Risikofaktoren-Behandlung in die Hände professioneller Gesundheitsberufe.

Im Gegensatz dazu sind autonome Eigenleistungen zur Gesunderhaltung und Selbstheilung und ihre therapeutische Nutzung zentrale Konzepte in der Komplementärmedizin und Naturheilkunde. Praktische und theoretische Zusammenhänge weisen auch die angewandten Gesundheitswissenschaften, Ernährungs- und Sportmedizin, physikalische Medizin, Kurortmedizin und psychosomatische Medizin auf.

Hier steht die bewusste Miteinbeziehung des Menschen im Sinne der aktiven Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Gesunderhaltung und Selbstbehandlung im Vordergrund (Melchart 1993). In diesem Kontext erfahren traditionelle Medizinsysteme eine Neubewertung, wie sie uns aus der antiken Medizin oder aus fernöstlichen Kulturkreisen bekannt sind (z.B. „Qi“ die Lebenskraft in der chinesischen Medizin). Diese stützen sich auf sog. „Selbstheilungskräfte“ des Menschen, die all das beschreiben, was die Natur des Menschen von „selbst“ richtigmacht, um sich gesund zu erhalten oder um sich selbst aus Krankheit wieder in die Gesundheit zurückzuführen (Melchart 2018).

Dieses autonome d.h. selbstständige bio-psycho-soziale Geschehen von Gesundheit bedarf aber einer ständigen aktiven Mitgestaltung des Einzelnen als „Lebenskunst“. Dieses Zusammenspiel und Verhältnis von Genetik, Verhalten und natürliche Lebenswelt des Menschen ist individuell höchst unterschiedlich.

Wie diese Selbstheilungskräfte im einzelnen Menschen optimal unterstützt und aktiviert werden können, sind aber auch in der Komplementärmedizin weder theoretisch noch praktisch ausreichend und transparent lehr- und lernbar aufbereitet. Oft genug meinen auch die praktizierenden Vertreter von Einzelmethoden wie z. B. der Akupunktur, Phytotherapie oder Osteopathie, dass genau ihre Interventionen den entscheidenden Heilreiz für den Heilerfolg erbringen würden. Selbstheilung und der Weg zum „inneren Arzt“ geschieht aber auch in der Komplementärmedizin – zumindest langfristig – nicht über die methodische Intervention allein, sondern über die gezielte Verbesserung und Optimierung von Gesundheitsverhaltens und geistiger

Einstellung der zu behandelnden Menschen. Auf historische Bezüge zu Pfarrer Kneipp und die Ordnungstherapie sowie zu Gesundheitspflege (Yang Sheng) der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) sei an dieser Stelle hingewiesen. Der Begriff des „inneren Arztes“ umschreibt die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen sich selbst gesund zu erhalten, oder im Krankheitsfalle, sich wieder selbst zu heilen und in die Gesundheit zurückzuführen. Der Weg zum inneren Arzt führt deshalb primär immer über die eigene Gesundheit, manchmal auch über die oft unvermeidbare Krankheit. Beide Zustände sind Grundphänomene menschlicher Existenz und haben neben Heilung und Tod – eine zentrale Bedeutung für den Menschen und die Medizin als Wissenschaft. Wenn die Frage nach dem inneren Arzt gestellt wird, sind auch alle diese Bereiche gleichbedeutend angesprochen.

Gesundheit und Krankheit sind gegensätzliche aber zugleich ergänzende Denkansätze in der Medizin. Aus diesem Grunde ist der krankheitsorientierten Sichtweise unserer praktizierenden Medizin eine auf Gesunderhaltung gerichtete Heiltheorie gegenüberzustellen. Es fehlt uns bislang eine eigenständige Gesundheitslehre. Wirkprinzipien der Salutogenese sind Schonung (Entlastung, Erholung), Normalisierung (Selbstregulation, Koordination, funktionelle Adaptation), Kräftigung (Wachstum, Resilienz, Leistungssteigerung) und Information i. S. von Kompetenzförderung (Empowerment) (Melchart, 2002; Hildebrandt & Bandt-Reges, 1992).

Die an Gesundheit und Gesundheitsentwicklung (Salutogenese) orientierte Sichtweise einer Medizin, nutzt die natürlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen auf regelmäßige therapeutische Reize mit einer Normalisierung von Körperfunktionen wie z.B. des Blutdrucks zu reagieren. Durch den regelmäßigen Wechsel von z.B. Kalt- und Warmreizen bei Kneippscher Wasserbehandlung, wird der Körper gezwungen, seinen Wärmehaushalt auf diese stärkeren und ungewohnten Temperaturreize neu anzupassen und einzustellen. Aus der Kurortforschung und physikalischen Medizin, weiß man schon lange, dass sich erniedrigte Blutdruckwerte ebenso wie erhöhte Blutdruckwerte durch ein Gefäßtraining von selbst normalisieren, ohne direkte pharmakologische Lenkungen mit Blutdrucksenkern oder Blutdruckheben-

den Medikamenten einzusetzen. Auch die körperliche Abwehr des Menschen kann durch ein vergleichbares Training wie dies bei der Sauna der Fall ist, optimiert und funktionsfähiger gemacht werden. Diese indirekten Wirkungen von Reiz-Reaktionsverfahren wurden im Rahmen von Forschungen zur Adaptationsphysiologie wissenschaftlich untersucht. Leider hat sich dieser Sonderforschungsbereich nicht weiterentwickelt – ein Schicksal, das sich viele forschungsrelevante Fragestellungen aus dem Bereich nicht-medikamentöser Behandlung teilen müssen, da bei fehlendem Industrieinteresse auch meist das Geld fehlt.

Ein weiteres Wirkprinzip der Gesunderhaltung und Selbstheilung ist die Schonung, Erholung und Entwöhnung. Wenn wir unseren Stoffwechsel durch ständiges Essen überfordern und unser vegetatives Nervensystem immer auf Aktivität und Leistung ausrichten, benötigen wir zum Ausgleich das Fasten, als freiwilligen Verzicht auf feste Nahrung (für eine bestimmte Zeit) oder das Erlernen von Meditation und Entspannungsverfahren zur seelischen und geistigen Ruhefindung.

Das Prinzip der Kräftigung wird dann eingesetzt, wenn sich der Mensch mit Wachstumsprozessen an neue Anforderungen anpassen soll. Beispiele hierfür ist das Training von Muskeln, die nach längeren und intensiven Trainingszeiten an Muskelmasse gewinnen und damit die vermehrte Muskelkraft erzeugen können. Ebenso passen sich die roten Blutkörperchen durch Vermehrung ihrer Zellen bei Sauerstoffmangel in größeren Höhen an (Bergsteigen mit Basislager). Diese Vorgänge der Adaptation gelten auch für psychosoziale Anforderungen und deren Bewältigung. Alle diese Wirkprinzipien der Salutogenese, die bereits sehr früh in der Naturheilkunde und Kurortforschung entwickelt worden sind, lassen sich auch auf psychisch-geistige Funktionalitäten übertragen.

Mit der Beschreibung salutogenetischer Vorgänge lassen sich nicht nur physiologische Vorgänge und therapeutisch physiologische Maßnahmen darstellen, sondern auch eine naturheilkundliche Diagnostik vermitteln, die phänomenologisch deskriptiv Modalitäten, Konstitutionen und persönliche Heilreaktionen erfasst und Behandlungskonsequenzen ableitet. Der Erfolg einer

Reiz-therapeutischen Anwendung ist u. a. von der individuellen Reaktions-Ausgangslage, der Reizdosis und Reizdauer sowie dem Zeitpunkt der Applikation abhängig.

1.2 Körperliche Basisfunktionen und seelisch-geistige und soziale Basis-kompetenzen des Menschen – Grundlagen einer Umsetzung von Gesundheit im Alltag

Die Grund- oder Basisfunktionen des Lebens und ihre vielfältigen, sich selbst steuernden Regelsysteme für Stoffwechsel, Transport, Verteilung und Information, - wie sie oben kurz beschrieben wurden - sind die wichtigsten körperlichen Werkzeuge des „inneren Arztes“. Er benötigt für seine Sinnesorgane die entwicklungsgeschichtlich vertrauten elementaren Umweltreize, um sich gesund zu erhalten. Einige Systeme arbeiten bevorzugt für die Wahrnehmung, während andere überwiegend für die Muskulatur oder neurovegetative Regulation zuständig sind. Auseinandersetzungen des Menschen mit seiner Umwelt auf der seelisch-geistigen Ebene formen seine persönlichen Lebenszielentwürfe und ermöglichen seine Selbstgestaltung.

In einer Zeit von Denaturierung, Naturferne und virtuellen Erlebniswelten ist die Sehnsucht der Menschen nach Ursprünglichem und Echtem ein tiefes Bedürfnis. Dadurch erfährt die äußere und die innere Natur des Menschen als Entdeckungs- und Erlebnisraum an neuer Bedeutung für die Gesunderhaltung und Selbstheilung.

Wesentliche physiologische Basisfunktionen für den Erhalt der körperlichen Gesundheit sind die Ernährung und Verdauung, die Atmung und Bewegung, die Wärmeregulation, die neurovegetative Regulation von Sympathikus und Parasympathikus, die Immunabwehr, der Schlaf und weitere Erholungs- und Regenerationsfunktionen sowie der Rhythmus mit seiner zeitlichen Gliederung von Aktivität und Erholung. Diese sich weitgehend selbstregulierenden Basisfunktionen des Körpers können – mit einer Ausnahme, nämlich der Wärmeregulation - willentlich beeinflusst werden. Basisfunktionen in guter Funktionalität wirken als Schutzfaktoren der Gesundheit – in schlechter

Funktionalität können sie zu Risikofaktoren werden oder gar das Leben gefährden.

Für die seelisch-geistige Gesundheit sind jene Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen, hervorzuheben, die sein bewusstes Verhalten und Handeln regulieren und ihm helfen, die eigene Lebenszufriedenheit und das Wohlbefinden unter den Belastungen des Alltags aufrecht zu erhalten. Es sind Basiskompetenzen, die der Einzelne beim „Hineinwachsen“ in sein Leben, also biographisch, entwickelt. Es sind jene Kompetenzen, die das Selbst und damit die eigene Person charakterisieren und als mehr oder weniger breites Repertoire von Fähigkeiten und Fertigkeiten im Alltag zur Verfügung stehen. Was nicht gleichbedeutend ist, dass diese Kompetenzen auch wirklich von der Person bewusst immer eingesetzt werden (können).

Wesentliche Kriterien für diese Art von seelisch-geistiger und sozialer Gesundheit sind – nach WHO (1986) - ein stabiles Selbstwertgefühl, ein positives Verhältnis zum eigenen Körper, Freundschaft und soziale Bindungen, eine intakte Umwelt, Gesundheitswissen und Zugang zur Gesundheitsversorgung, sinnvolle Arbeit und gesunde Arbeitsbedingungen sowie eine lebenswerte Gegenwart und eine begründete Hoffnung auf eine lebenswerte Zukunft. Das Konzept von Lebenskompetenzen wurde seit der Zeit der Ottawa-Erklärung der WHO (1986) im wissenschaftlichen Fachgebiet der Gesundheitsförderung weiterentwickelt. Wichtige Kernkompetenzen (core life skills) sind dabei die Selbstwahrnehmung, die sich auf das Erkennen der eigenen Person, des eigenen Charakters sowie auf eigene Stärken und Schwächen, Wünsche und Abneigungen bezieht. Ebenso die Empathie, die als Fähigkeit bezeichnet wird, sich in andere Personen hineinzuversetzen und das kreative und kritische Denken sowie die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen. Weitere persönliche und soziale „skills“ sind über Problemlösefähigkeit, Optimismus, Selbstvertrauen und soziale Unterstützung zu verfügen. Wichtige lebenspraktische Fertigkeiten sind sich entspannen und gesund ernähren zu können und ausreichend Freude an der Bewegung zu haben.

Dass die Menschen dabei eine ausreichende finanzielle Absicherung, einen sicheren Arbeitsplatz, gesellschaftlichen Frieden und eine Orientierung an

gesellschaftlichen und kulturellen Werten und Überzeugungen haben sollten, sind weitere wichtige Unterstützungsfaktoren und Gesundheitsverhältnisse, die von einer Lebensstilmedizin selbst nicht geleistet, aber von ihr politisch eingefordert werden sollten.

Je mehr eigene Lebenskompetenzen und gesellschaftliche Unterstützung einer Person zur Verfügung stehen, desto stabiler bildet sich eine Überzeugung heraus, die Aron Antonovsky das Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC) genannt hat. Es handelt sich dabei um einen wichtigen Schutzfaktor der Gesundheit, der beim Menschen das Gefühl der Überzeugung auslöst, dass das Leben sinnvoll ist und die alltäglichen Anforderungen für ihn gut zu schaffen sind. Ein Mensch mit hohem Kohärenzgefühl zeigt Verständnis für seine eigenen Stärken und Schwächen, für seine Mit- und Umwelt im gesamten und übernimmt auch Verantwortung für andere (Antonovsky, 1997).

Neben dem Begriff der Lebenskompetenzen hat sich auch der Begriff der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) durchgesetzt. Hier ist aus medizinischer Sicht vorwiegend die Fähigkeit angesprochen, sich Gesundheitsinformationen zu beschaffen, zu verstehen und entsprechend danach zu handeln. Ein Beispiel dafür ist die spezielle Risikokompetenz hinsichtlich Tabakkonsum, Alkohol, Drogen und Gewinnspiele. Damit ist derjenige Gesundheitskompetent, der sich individuell verwertbares Gesundheitswissen allgemein und über sich selbst verschafft, um es erfolgreich im Umgang mit der eigenen Gesundheit und Krankheit anzuwenden.

Folgende seelisch-geistige und soziale Basiskompetenzen sind für die Stärkung der seelischen Gesundheit wesentlich: Die Lebenszufriedenheit, das Wohlbefinden, die Genussfähigkeit einschl. Sexualität, Selbstfürsorge, ein kompetentes Stressmanagement (emotionale Kompetenz), gute Selbstwirksamkeit, starkes Kohärenzgefühl, adäquate Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion, persönliche Sinn- und Werteorientierung, optimistische Erwartungen, Fähigkeit zur Kommunikation und soziale Kompetenz sowie eine starke Vitalität.

Die Lebenszufriedenheit und das Wohlbefinden sind die wichtigsten Schutzfaktoren der Gesundheit, die sich einstellen, wenn die inneren (körperliche, seelisch-geistigen) und äußeren (sozialen, ökologischen) Anforderungen und Bedürfnisse von den Menschen bewältigt bzw. befriedigt werden können. Eine umfassende d.h. alle wichtigen Lebensbereiche einbeziehende Lebenszufriedenheit, ist ein Balancefaktor für eine gelingende Lebensbewältigung und eine selbstbestimmte Lebensgestaltung. Diese Lebenskunst gelingt am besten, wenn sich die individuell wichtigsten Risiko- und Schutzfaktoren der Gesundheit in einem Gleichgewicht bzw. in Balance befinden. Dabei hilft den Menschen die Fähigkeit einer guten Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion von eigenen Gefühlen, Verhalten und Einstellungen. Eine Sinn- und Werteorientierung d.h. zu wissen warum und für wen und für was ich meinen alltäglichen Lebensaufwand betreibe, ist heute wichtiger denn je. Für viele Menschen sind Religion und Tradition keine Orientierungswerte mehr, die noch vor kurzer Zeit einen festen Werterahmen gebildet haben. Die Frage „Was und wer ist mir im Leben wichtig?“ wird deshalb für unsere eigene Orientierung immer dringlicher.

Je nach Lebenssituation können alle Lebensfunktionen situationsgerecht gut oder weniger gut vom Menschen autonom oder durch bewusstes Selbstmanagement in Anspruch genommen werden. Äußere und innere Inanspruchnahmen, Stressoren und Bedingungen des Lebens fordern den gesamten Menschen ständig mit allen seinen individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu Regulation, Regeneration, Adaptation und Abwehr (Melchart 2002; Hildebrandt & Bandt-Reges, 1992). Die hier kurz vorgestellten Basisfunktionen und Basiskompetenzen des „inneren Arztes“ stehen als Schutzfaktoren und Ressourcen den Anforderungen und Risikofaktoren des Menschen zur Kompensation gegenüber. Gesundheit wäre demnach ein Zustand des Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren - Krankheit ein Stadium des Ungleichgewichts. Die Vielfalt und Summe dieser Ressourcen und Kompetenzen bilden die eigentlichen Gesundheitsformen d.h. Salutoplastiken der menschlichen Autonomie und Selbstordnung (Melchart 2002). Die auf Krankheit und ihre wirtschaftliche Verwertung gerichtete Medizin benötigt eine an Gesundheit und Selbstbefähigung der Menschen orientierte Ergänzung.

1.3 Bedeutung der Salutogenese für Gesundheitswesen und Forschung

Die Gewichtung von Gesundheit hat nicht nur enorme Auswirkungen auf die Heilberufe, sondern auch auf das Selbstverständnis der Menschen, wie sie sich im Gesundheits- und Krankheitsfall verhalten. Für sich selbst zu sorgen, sich um sich selbst zu kümmern, sich selbst wertzuschätzen ist ein Schritt, der von vielen erst einmal erkannt, erlernt und sozialisiert werden muss. Dennoch trifft dieses Bedürfnis nach Emanzipation und Selbstverantwortung auf einen immer größeren Teil der Bevölkerung zu und löst das traditionelle patriarchalische Beziehungsmodell ab. Damit vollzieht der Gesundheitsmarkt einen Wandel vom Anbieter- hin zum Nachfragemarkt. Viele unserer Klienten und Patienten möchten nicht mehr mittels Einweisen, Zuweisen und Überweisen gesteuert werden. Stattdessen gehen sie online und recherchieren selbst Angebotsoptionen, Qualitätsberichte und Möglichkeiten der Mitwirkung am Gesundheits- und Krankheitsgeschehen. Darauf muss sich der Gesundheitsmarkt bereits heute verstärkt einstellen und reagieren. Für die Ärzte – auch für die in der Komplementärmedizin tätigen Kolleginnen und Kollegen – bedeutet dies, verstärkt das Individuum anzuhalten, in Eigenregie Bewältigungsressourcen und einen gesundheitsförderlichen Lebensstil aufzubauen und eigenverantwortlich gezielte Krankheitsbekämpfende Maßnahmen im Alltag umzusetzen. Auch die Kostenträger müssen umdenken. Das Gesundheitswesen ist immer noch vorwiegend reaktiv organisiert und reagiert erst im Krankheitsfall. Auch wenn sich viele Krankenkassen mittlerweile selbst als Gesundheitskassen bezeichnen, verharren sie in der bloßen Kostenerstattung der Krankenbehandlung. Solange dies so ist, kann auch nicht von einem Gesundheitssystem, sondern eher von einem Krankheitsverwertung-System gesprochen werden. Die finanziellen Anreize aller Beteiligten – also auch der Ärztinnen und Ärzte – sind vorwiegend auf die Behandlung von Krankheiten und nicht auf deren Verhinderung gerichtet. Um der Gesundheitsförderung und Salutogenese einen entsprechenden Stellenwert im Gesundheitswesen zu geben, müsste sich dieses konsequent proaktiv fortentwickeln. Dafür wäre eine Neuordnung des ge-

samen Krankenkassen- und Versorgungssystems erforderlich, das planungssichere Entgeltsysteme für proaktive Leistungen und stabile Allianz- und Kooperationsstrukturen für Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsfrüherkennung (z.B. Gesundheitshäuser) aufbaut und an einer verstärkten Einbeziehung von Arbeitswelt und Kommune sowie an pluralen Therapieansätzen interessiert ist. Dieser Methoden-pluralismus hängt jedoch im wesentlichen von der Anerkennung durch die etablierten Lehrstuhlvertretungen der aktuellen Universitätsmedizin als von der Nachfrage durch die Bürgerinnen und Bürger ab. In diesem Zusammenhang lohnt sich ein Blick nach Amerika: Das National Institute of Health (NIH) mit dem National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) der Vereinigten Staaten von Amerika bezeichnet sich und die dort vertretenen komplementären bzw. integrativen Methoden nicht mehr als Medizin, sondern als gesundheitliche Interventionen („health interventions“) oder Gesundheitsansätze („health approaches“). Der terminologische Wandel ist interessant, begründet sich dieser - aus der Sicht des Autors - weniger auf Anerkennung salutogenetischer Konzeptionen, sondern vielmehr auf eine bewusste sozio-epidemiologische Abgrenzung von der „eigentlichen“ pathologisch evidenzbegründeten Medizin und ihren Verfahren. Diese Deutung kann falsch oder richtig sein – positiv erscheint mir die explizite Betonung der Gesundheit als nationalen Schwerpunkt in der größten Gesundheitsbehörde der Welt.

Eine wissenschaftliche Aufarbeitung des Konstrukts Gesundheit und die mit ihr verbundenen autonomen bzw. autoregulativen Leistungen des Menschen, finden sich traditionell in der Physiologie, Endokrinologie, Immunologie aber auch u.a. in den Bereichen der Stressforschung und Salutogenese (Antonovsky, 1997; Bengel, Strittmacher & Willmann; 2001). Sozialwissenschaftliche, ökonomische und epidemiologische Forschungsansätze sollen in diesem Kontext nicht berücksichtigt werden. Die wesentlichen wissenschaftlichen Grundlagen für das Verständnis neurovegetativer Regulationsprozesse und für das Verständnis des Wirkprinzips der Hygiogenese - was so viel wie „Gesundheit aus sich selbst entstehen lassen“ bedeutet - wurden durch die Arbeiten von Louis Radcliff Grote (1886-1960) und Gunther Hildebrand (1924-1999) geschaffen. Es sind jene Selbstheilungsvorgänge, die

meist erst indirekt, d.h. durch von außen oder innen kommende(n) Anforderungen und Belastungen zum Zwecke des Erhalts oder der Wiederherstellung von Gesundheit, als Heilreaktionen im Menschen ausgelöst oder verstärkt werden (Hildebrandt 1985). Auch wenn es das große Verdienst von Aaron Antonovsky ist, das Konzept und den Begriff der Salutogenese weltweit in den 1970er Jahren bekannt gemacht zu haben, so war er nicht der Einzige oder gar der Erste der sich mit den generalisierten Widerstandressourcen der Gesundheit befasst hat. Grote hat schon früh die Responsivität des Menschen beschrieben, jene Fähigkeit, die durch dauernde Anpassungsprozesse eine innere Ordnung und damit Gesundheit im Menschen aufrechtzuerhalten in der Lage ist. Die grundsätzliche Fähigkeit zur Reagibilität, d. h. auf innere und äußere Reize mit Anpassung oder Abwehr zu reagieren, ist eine wichtige Fähigkeit autonomer Funktionen. Es sind jene hygiogenetischen Reaktionen des menschlichen Organismus wie z.B. der Schlaf-Wach-Rhythmus, die dazu dienen, Belastungen auszugleichen und Erholung und Gesunderhaltung des Organismus immer wieder neu einzustellen. Ein wesentliches Merkmal dieser Lebensabläufe ist deren zeitliche Gliederung, mit der sich insbesondere Hildebrandt in der Arbeitsmedizin und Kurortforschung befasst hat (Hildebrandt 1985). Aktuell sind es nur noch wenige Forschungseinrichtungen, die sich mit dieser physiologischen Gesundheitsforschung im Sinne einer Saluto- und Hygiogeneseforschung mit den Themen wie z.B. der autonomen, neurovegetativen Regulation, Chronobiologie und inneren Kohärenz befassen (Kröz, Reif, Büssing, Zerm, Feder, Bockelbrink,& Gerke, 2011; Hildebrand, Moser & Lehofer, 2013). Ein weiterer wichtiger Bereich empirischer Forschung stellt die Prozess- Outcome-Forschung und Evaluation ressourcenaktivierender Interventionen dar (Flückinger & Regli 2007). Hier wird – wie in der Tradition der positiven Psychotherapie – auf das proaktive, zielorientierte Verhalten der Patienten zur unmittelbaren Befriedigung der Grundbedürfnisse fokussiert (Schiepek & Cremers, 2003; Seligman, 2002). Schließlich befassen sich noch verstärkt die angewandten Gesundheitswissenschaften, die Neurokognitionforschung und Emotionsregulation (Berking 2015) mit diesen Phänomenen.

Leider zeigten Hygiogenese und Salutogenese bislang keine tiefgehende Beeinflussung auf die medizinischen Wissenschaften und (schul-)medizinische Praxis.

2. Die Umsetzung der Gesundheitstheorien in den eigenen Lebensalltag

Nomenklaturen von „Normalisierung“ und „Anpassung“ in den Modellvorstellungen von Gesundheit bedeuten nicht, dass es verbindliche Normen von Gesundheit geben kann. Es sind immer individuelle Normen von Gesundheit, die Menschen kennzeichnen und in der Summe zu einer mehr oder weniger gelingenden individuellen Lebenskunst beitragen. Gesundheitsarbeit d.h. die Umsetzung eines gesundheitsfördernden Lebensstils in die eigene Lebenspraxis, bedeutet damit Arbeit an der eigenen Autonomie und am personalen Selbst. Lebenskunst ist nicht normativ, sondern optativ, d.h. Möglichkeiten und Optionen eröffnend und aufzeigend (Schmid, 1998). Wilhelm Schmid spricht von einer „reflektierten Lebenskunst“. Nur selbstgewählte Haltungen und Lebensgewohnheiten können als autonom betrachtet werden. Für das individuelle Selbst gibt es – ja darf es keine Norm von Gesundheit geben. Es hat die Wahl, der Gesundheit einen bestimmten Wert oder evtl. gar keinen Wert zuzumessen. Die Selbstbestimmung ist das zentrale Kennzeichen von Autonomie. Die Wahl oder Abwahl sich für einen gesundheitsfördernden Lebensstil zu entscheiden, trifft der Mensch täglich und bleibt in der Souveränität des Einzelnen und in der Hand des Subjekts. Das Selbst entscheidet über die Gestaltung des eigenen Lebens, über eine selbstorientierte bis systemisch-multiperspektivische Haltung und das eigene Verhalten. Ein personales Selbst, das wählt und gestaltet, braucht eine funktionierende psychophysiologische Selbstorganisation und Selbstgestaltung, die von einer individuellen Selbstsorge und Selbstverantwortung getrieben wird. Das Selbst entscheidet, was für das Individuum wichtig und unwichtig ist im Leben. Es erschließt mit der eigenen Erfahrung den Lebensraum, bewertet und gewichtet das alltäglich gelebte Leben – auch die Krankheit und den

Schmerz. Beide Lebenserfahrungen gehören zum Leben und zur Lebenskunst. Das Erfahren von Leid ist oft die einzige Möglichkeit dem gesunden Leben einen Wert zu erteilen.

Für die Lebenskunst genügt jedoch nicht nur Wissen und Gewissen, sondern bedarf meist einer regelmäßigen und nachhaltigen Einübung veränderter Verhaltensweisen, die zu einer Art „zweiten Natur“ des Selbst werden müssen. Eine zentrale Schlüsselstellung nimmt hier die Selbstwirksamkeit ein. Die Übung oder das Training ist eine nachhaltige Technik, um Gewohnheiten zu verlernen und neue zu erlernen. Für eine erfolgreiche Verhaltensänderung und Umsetzung eines neuen Lebensstils ist die Reflexion der eigenen Gewohnheiten wesentlich. In der antiken Philosophie der Lebenskunst stand – nach Wilhelm Schmid – hierfür der Begriff der Asketik – der im Gegensatz zu seiner christlichen Umsetzung mit Verzicht, Entsagung, Enthaltsamkeit, Macht über die Macht der Lust – hier allgemein als Übung interpretierbar ist, mit deren Hilfe das „Selbst“ sich und das eigene Leben leiblich, seelisch oder geistig formt und transformiert. Selbstkontrolle ist hierbei eine wichtige Fähigkeit. Sie ermöglicht, langfristige Ziele zu erreichen, sich zu optimieren und zu verbessern. Damit sind positive Gefühle wie Zufriedenheit, Wohlbefinden für einen späteren Abschnitt des Lebens transformiert und antizipativ verbunden. Hierfür ist eine Willenskraft nötig, die mit zahllosen Tricks und Strategien „den inneren Schweinehund“ zu überwinden helfen soll. Doch muss einem langfristigen Ziel immer das kurzfristige Ziel, sich jetzt und sofort etwas zu gönnen, im Wege stehen? Wer den Genuss immer in die Zukunft verschiebt wird ungenießbar! Menschen, die den Moment genießen können, sind im Alltag sicher glücklicher und zufriedener, als jene, die nur Selbstkontrolle ausüben. Die Lebenskunst d.h. ein besserer Genießer zu sein, besteht nun darin, Dinge und Situationen im Alltagsleben genießen zu können, ohne ein schlechtes Gewissen zu haben, das ständig anmahnt, stattdessen etwas vermeintlich „Gesünderes“ tun zu müssen. Diese Gelassenheit gelingt den Menschen „im Hier und Jetzt“ also in der Achtsamkeit am besten. Eine Erfahrung die wir vom „Flow-Konzept“ kennen, wenn wir in einer mit Leidenschaft durchgeführten Tätigkeit vollständig aufgehen und selbstvergessen sind. Genussfähigkeit hat auch etwas mit Selbstwert zu tun.

Man muss es sich Wert sein genießen zu dürfen! Der psychologische Hedonismus beschreibt ein Verhalten, das positive Emotionen und Erlebniszustände maximiert und negative minimiert. Orientierung für das Selbst ist das schöne, das bejahenswerte, das erfüllte Leben. Dies können aber höchst unterschiedliche Orientierungsziele für die einzelnen Individuen sein und reichen von Lust am Verzicht und ausschließlichen Dienst am Anderen bis hin zur Sucht an Selbstnutz und dauerndem Lustgewinn. Das sog. Autonomietraining nach Grossarth-Maticek (2000) hat deshalb das Ziel, die Bedürfnisse und Wünsche mit der größten gefühlsmäßigen und existentiellen Bedeutung für das Subjekt (z.B. Wunsch nach Zuwendung, Anerkennung, Sehnsucht nach Nähe, Sicherheit, Geborgenheit) die in ihrer Aktualisierung und Befriedigung chronisch gehemmt werden, zu identifizieren und ihre Blockierung aufzulösen. In diesem Sinne könnten – nach Meinung von Grossarth-Maticek - viele Fälle von Brustkrebs durch Abweisungserlebnisse entstehen bzw. durch frühzeitige Intervention verhindert werden.

3. Praktische Bedeutung und Erfahrungen aus der Implementierung von Salutogeneseprojekten

Kardiovaskuläre Erkrankungen zählen immer noch zu den häufigsten Todesursachen in den westlichen Industrieländern (Levi, Chatenoud, Bertuccio, Lucchini, Negri & La Vecchia, 2009; Nichols, Townsend, Scarborough & Rayner, 2014). Ursachen dafür sind der weit verbreitete ungesunde Lebensstil und die daraus resultierenden Risikofaktoren wie Adipositas, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Nikotinabusus und arterieller Hypertonus. Steigende Relevanz für die Entwicklung und Behandlung von Herz-Kreislaufkrankungen zeigen auch die stetige Zunahme von Depressionen und Burnout. Es sind weltweit die häufigsten psychischen Störungen. Laut Weltgesundheitsorganisation leiden inzwischen ca. 300 Millionen Menschen an Depressionen (WHO, 2017). Neun von zehn Menschen atmen jeden Tag verschmutzte Luft ein. Die WHO stuft dies als das größte Umweltrisiko für die Gesundheit ein. Mikroskopische Schadstoffe können in das Atmungs-

und Blutssystem gelangen und Lungen, Herz und Gehirn schädigen. Die Folgekrankheiten führen jährlich zu 7 Millionen vorzeitigen Todesfällen (WHO, 2017). Die epidemiologische Entwicklung ist in den letzten Jahrzehnten durch eine deutliche Zunahme von chronischen Erkrankungen gekennzeichnet. Die WHO geht ferner davon aus, dass Prävalenz und Inzidenz noch anderer zahlreicher chronischer Erkrankungen wie etwa chronische Schmerzerkrankungen und chronisch-entzündliche Beschwerdebilder weiter ansteigen. Darüber hinaus spricht ein Großteil der chronisch Kranken mit der Zeit immer weniger auf konventionelle Therapien an, mit der Folge, dass oft immer stärker wirksame und nebenwirkungsreichere Medikamente zum Einsatz kommen. Meist führen aber medikamentöse Dauertherapien zu keiner kompletten Ausheilung von Krankheiten. Die daraus folgenden Chronifizierungskarrieren unserer Patientinnen und Patienten verstärken die Drehtüreffekte im stationären Versorgungsbereich und vermehren das „Ärzte-Hopping“. Daraus ergeben sich steigende Zahlen von Arbeitslosigkeit und Frühberentung. In Anbetracht dieser Entwicklung ist es umso erstaunlicher, dass den Faktoren eines ungesunden Lebensstils mit Übergewicht und chronischen Stress sowie den Möglichkeiten gesunderhaltender und proaktiver Lebensstilinterventionen nur unzureichende Aufmerksamkeit geschenkt wird. Obgleich ca. 50 - 70 % der chronischen Erkrankungen in modernen Gesellschaften durch Fehlernährung, mangelnder Bewegung, fehlender Krankheitsbewältigung und Dysstress bedingt sind und wesentlich zur Chronifizierung beitragen, fehlen bislang praxiserprobte und von den Krankenkassen und der Politik bezahlte und unterstützte Konzepte für Lebensstilmedizin und salutogen-basierte Maßnahmen in der Gesellschaft. Das Prinzip der Solidarität einer Krankenversorgung ist durch das Prinzip der Selbstverantwortung jedes Einzelnen zu ergänzen. Selbstverantwortung bedeutet jedoch nicht ausschließlich Pflicht, sondern auch das Recht, diese Selbstverantwortung durch professionelle Anleitung erlernen zu dürfen. In diesem Kontext steht auch die wissenschaftliche Aufarbeitung und Nutzung überprüfter komplementärmedizinischer Heilkunst, die ebenso die Anregung von Selbstheilungsvorgängen und gesunderhaltender Schutzfaktoren des Menschen

adressiert und in gleicher Weise in der offiziellen Gesundheits- und Krankenversorgung vernachlässigt wird – trotz erheblicher Nachfragepotentiale in der Bevölkerung und einem Umdenken in der medizinischen Praxis.

Abschließend soll das Demonstrationsprojekt IGM-CAMPUS zur Evaluation und Erprobung eines Lebensstilprogramms namens „Individuelles Gesundheits-Management (IGM)“ exemplarisch beschrieben werden. Das IGM befähigt die Menschen zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil im Alltag. Die Implementierung des Programms in die Lebenssettings „Betrieb“, „Kommune“ und „Medizintourismus“ läuft seit Herbst 2011. Das Programm beruht auf dem Prinzip der systematischen Selbstbeobachtung, Selbstwahrnehmung und Reflexion (SySeRe) von Günter Krampen (2011) und führt den Teilnehmer durch eine selbstanalytische Bestandsaufnahme des eigenen Gesundheitsverhaltens, von Gedanken und Gefühlen zur kritischen Auseinandersetzung mit der persönlichen Lebensführung. Neu ist die Kombination von Gesundheitstagen und Gesundheitswochen von mitwirkenden Kurorten und ambulanten sowie stationären Partnereinrichtungen in Präsenzveranstaltungen, mit einem individuellen, webbasierten Gesundheitportal. Dieses Prinzip wird als „Blended Learning“ bezeichnet. Damit wird die Nachhaltigkeit der gesundheitsfördernden Maßnahmen verbessert und die Integration von neuen Denk- und Verhaltensmustern in den Alltag unterstützt. Es ermöglicht den Teilnehmern eine täglich digital durchgeführte Lebensprotokollierung und die regelmäßige Erfassung von individuellen Risiko- und Schutzfaktoren der Gesundheit. Alle diese Testungen und Messungen dienen einem individuellen Soll-Ist-Abgleich und Feedback und damit einer Selbstoptimierung, Nachhaltigkeit und dem Alltagstransfer. Die Teilnehmer werden darüber hinaus angehalten, ihre medizinischen Vorsorgeuntersuchungen (z.B. med. Check-Up) regelmäßig durchzuführen. Das Internetgestützte Programm wird von geschulten Coaches begleitet. Vordefinierte Algorithmen berechnen entsprechende Risikoindikationen (z.B. erhöhtes Diabetes-, Hypertonie- oder Burnoutrisiko) und empfehlen - in Abstimmung mit Coach und Teilnehmer - individualisierte Trainingspläne. Gemäß dem Blended Learning-Prinzip werden die einzelnen Präsenzeinheiten mit webbasierten Informationen wie Info@zepte, Audios und Videos mul-

timedial vor- und nachbearbeitet und damit nachhaltig in den Alltag transferiert. Zahlreiche Feedback-Systeme in Form von Berichten und Graphiken ermöglichen die eigene Verlaufskontrolle und unterstützen das Monitoring des Coaches. Eine Gesundheitsampel des Webportals VITERIO bietet eine mittelfristige Veränderungsdarstellung wichtiger selbst erhobenen Risiko- und Schutzfaktoren. Allgemeine Programmziele z.B. für das Erlernen einer Gewichtsregulierung sind:

1. sich das gegenwärtige Ess- und Trinkverhalten (einschl. Art der Lebensmittel, Menge, Situation, Stimmung) bewusst zu machen;
2. ein grundsätzliches Wissen über gesunde Ernährung aufzubauen;
3. für eine begrenzte Zeit (Indikation ab mäßiges Übergewicht) eine Reduzierung der Energiezufuhr durch Nahrungsmittel bewusst aufzubauen oder bei Bedarf einzusetzen;
4. langfristig ein ausgewogenes Essenverhalten in Richtung gesundes Essen zu verändern und flexibel zu kontrollieren;
5. das geänderte Essverhalten dauerhaft beizubehalten;
6. Art, Dauer und Häufigkeit der eigenen Bewegung wahrzunehmen und im Alltag individuell zu verändern;
7. Möglichkeiten der Stressbewältigung und Entspannungsverfahren.

Auf die Darstellung weiterer spezieller Lernziele wird hier aus Platzgründen verzichtet. Durch das „I“ = Individuell in der Namensbezeichnung „IGM“ ist aber auch eine Orientierung an der individuellen Situation der Teilnehmerin, des Teilnehmers konzeptuell verankert. So ist das Coachingbedürfnis und der Leidensdruck der Betroffenen je nach Alter, Geschlecht, vorausgehender Sport- und Lebenserfahrung, Begleiterkrankung und auch der aktuellen Lebensqualität sehr unterschiedlich und individuell zu berücksichtigen. Die Gruppenbildung ist aus didaktischen Gründen für die Mehrzahl der Pro-

grammteilnehmer förderlich, da sich die Gruppenmitglieder gegenseitig unterstützen. Denn: Gesundheitsförderung und Prävention haben kein Inhalts- sondern ein Vermittlungsproblem. In Bezug auf Interventionen zur Gewichtsreduktion sind Schulungs- und Coachingzeiten von mindestens 12 Monaten mit mehrjährigen Folgeangeboten notwendig, damit sich das reduzierte Körpergewichts stabilisieren kann. Kurz: Das Abnehmen von Körpergewicht bedarf nicht der zeitlichen Länge eines Kochkurses, sondern eines lebenslangen Lernprozesses. Wie diese Verhaltensänderungen langfristig, bezahlbar und professionell unterstützt werden können, sind neue logistische und didaktisch ausgereifte Konzepte sowie zahlreiche Infrastrukturanpassung im Gesundheitssystem notwendig.

Das Individuelle Gesundheits-Management (IGM) ist auch Grundlage für die Lebensstiländerung bei chronisch Kranken. Im Rahmen von Patientenschulungen sollen deshalb auch umfassende Angebote nach dem Konzept des IGM für die Anwendungsgebiete von Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselstörungen und chronische Stressfolge- sowie Schmerzkrankungen in Form von „Disease-Management-Programmen DMP“ konzipiert und evaluiert werden. Eine integrierte Versorgung ist besonders bei der Behandlung von chronisch Kranken wichtig, da häufig eine ausschließlich ambulante oder stationäre Maßnahme nicht den gewünschten Therapieerfolg bietet. Hier ist oft eine kontinuierliche Betreuung des Patienten mit koordinierten Behandlungsabläufen, angepasster Patientenschulung und ko-therapeutischen Maßnahmen unumgänglich. Dies entspricht auch der modernen Versorgungsphilosophie eines gesundheitsfördernden Krankenhauses, eine Forderung, die bereits die WHO mit ihrem Projekt „Health Promoting Hospital“ vor mehr als 10 Jahren aufgestellt hat.

Die Wirksamkeit des IGM-Programms wird durch das Studienkonzept TALENT klinisch evaluiert und ist bereits für Patienten mit Adipositas Grad I erfolgreich im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten klinischen Studie untersucht worden (Melchart, 2017). Das Forschungsvorhaben wurde von der Bayerischen Staatsregierung finanziell unterstützt. Hierbei konnte gezeigt werden, dass die TeilnehmerInnen des Programms eine mittlere Gewichtsreduzierung von 8,7 kg (SD 6,1) gegenüber der Kontrollgruppe von 4,2 kg

(SD 5) nach 12 Monaten erreicht haben. Ebenso wurden alle relevanten Stoffwechsel- und Herzkreislaufparameter klinisch relevant verbessert. Derzeit wird an Versicherten einer großen Deutschen gesetzlichen Krankenkasse, die an Burnout und Stressfolgeschäden leiden, das IGM randomisiert untersucht (Melchart, 2018). Gemäß unseren Projekterfahrungen bestehen erhebliche Probleme in der Rekrutierung von interessierten Teilnehmern für diese Präventions- und Vorsorgemaßnahmen, selbst im Falle der Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Proaktive und präventive Maßnahmen sind nicht im gleichen Maße attraktiv wie jene Interventionen, die dem Einzelnen von Leid und Schmerz befreien können. Aber selbst im Krankheitsfall ist für viele Betroffene schwer, die persönliche Selbstverantwortung und ein aktives Rollenselbstverständnis anzunehmen. Für die Mehrzahl der Menschen ist eine aufwändige persönliche Investition von Zeit und Energie für die eigene Gesunderhaltung nur dann attraktiv, wenn sich dabei sehr schnell erkennbare Erfolge einstellen. Dabei ist die laufende Rückmeldung von Trainingserfolgen durch digitale Selbstverdatung eine wichtige pädagogische Hilfestellung.

Treiber einer zukünftigen 5-P-Medizin, die von Inhalt und Konzeption als prädiktiv, proaktiv, personalisiert, partizipativ und plural bezeichnet werden kann, sind die wachsende Bereitschaft, Toleranz und Offenheit einer Gesamtgesellschaft zu mehr Unterstützung einer gesundheitlichen Selbstverantwortung jedes Einzelnen im Gesundheits- und Krankheitsfall. Dabei sollte das Gemeinwohl im Sinne der Menschenwürde, Teilhabe, ökologischen Nachhaltigkeit und sozialen Gerechtigkeit wieder mehr im Vordergrund stehen als die bloße Ökonomisierung.

Literatur:

Antonovsky, Aron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen, dgvt-Verlag.

- Bengel, Jürgen, Strittmacher, Regine & Willmann Hildegard (2001). *Was erhält Menschen gesund? Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert*, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Bd 6.
- Berking, Matthias (2015) *Training emotionaler Kompetenzen*. 3. Auflage, Berlin: Springer
- Flückiger, Christoph & Regli, Daniel (2007). Die Berner Ressourcen-Taskforce: Ein Praxis-Forschungs-Netzwerk zur Erkundung erfolgreicher Wirkfaktor-Muster. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 39,2,307-320.
- Grossarth-Maticek, Ronald (2000) *Autonomietraining. Gesundheit und Problemlösung durch Anregung der Selbstregulation*. De Gruyter.
- Hildebrandt, Gunther (1985). *Therapeutische Physiologie. Grundlagen der Kurortbehandlung*. In: Amelung W, Hildebrandt G. (Hrsg.) *Balneologie und medizinische Klimatologie*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer.
- Hildebrandt, Gunther & Bandt-Reges, Ingrid (1992). *Chronobiologie in der Naturheilkunde. Grundlagen der Circaseptanrhythmik*. Heidelberg, Haug.
- Hildebrandt, Gunther, Moser, Maximilian & Lehofer, Michael (2013). *Chronobiologie und Chronomedizin*. Weiz, Österreich Gesundheitleitsystem, 2. Auflage.
- Krampen, Günter. (2011). *Psychologisches Gesundheitstraining. Ein Programm zur systematischen Selbstbeobachtung und Reflexion des Gesundheitsverhaltens (SySeRe-Programm)*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Kröz, Matthias, Reif, Marcus , Büssing, Arndt , Zerm, Roland, Feder, Gene, Bockelbrink, Angelina, von Laue, Hans Broder, Matthes, Harald, Willich, Stefan & Girke, Matthias (2011). Does self-regulation and autonomic regulation have an influence on survival in breast and colon carcinoma patients? results of a prospective outcome study. *Health Qual Life Outcomes*.9,85.

- Levi, Fabio, Chatenoud, Liliane, Bertuccio, Paola, Lucchini, Francesca, Negri, Eva & La Vecchia, Carlo (2009). Mortality from cardiovascular and cerebrovascular diseases in Europe and other areas of the world: an update. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*;16,3,333-50.
- Melchart, Dieter (1993). *Gesundheit und Krankheit. Systemwissenschaft und Kybernetik - formalwissenschaftliche Grundlagen einer "Autoregulativen Medizin"*. In: Melchart D, Wagner H, editors. *Naturheilverfahren - Grundlagen einer autoregulativen Medizin*. Stuttgart, Schattauer, 26-45.
- Melchart, Dieter (2002). *Prinzip der Selbstheilung als eine Rahmentheorie für Naturheilverfahren*. In Melchart D, Brenke R, Dobos G, Gaisbauer M, Saller R, Hrsg. *Naturheilverfahren - Leitfaden für die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung*, Stuttgart, Schattauer, 23-48.
- Melchart, Dieter (2005). *Theoretische Modelle von Salutogenese und Pathogenese – Gesundheit zwischen Wissenschaft und Kunst*. Multimedialer Kooperationsverbund; Projekt Hochschulen für Gesundheit; Hochschule Magdeburg, Stendal, Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen.
- Melchart, Dieter, Löw, Peter, Wühr, Erich, Kehl, Victoria & Weidenhammer, Wolfgang (2017). Effects of a tailored lifestyle self-management intervention (TALENT) study on weight reduction: a randomized controlled trial. *Diabetes Metab Syndr Obes*.19;10, 235-245.
- Melchart, Dieter, Wühr, Erich & Weidenhammer, Wolfgang (2017). High and Low Responder in a Comprehensive Lifestyle Program for Weight Loss – Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Complement Med Res*.24;4,232-239.
- Melchart, Dieter (2018). *Hygio-(Saluto-)genese und Chronohygiene- vom Zeitbedarf der Gesundungs- und Heilungsvorgänge im Menschen und deren Berücksichtigung in einer modernen Lebensstilmedizin*. In: Für eine zeitliche Kultivierung der Patient-Arzt-Begegnung. Hrsg. Peter Matthiessen. *Dialogforum Pluralismus in der Medizin*, Oberfranken, Kulmbach ML Verlag in der Medien-gruppe.

- Melchart, Dieter, Wühr, Erich, Wifling, Kristina & Bachmeier, Beatrice (2018) The TALENT II study: a randomized controlled trial assessing the impact of an individual health management (IHM) on stress reduction. *BMC Public Health*;18,1,823.
- National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Abgerufen 30.3.2021 von <https://www.nccih.nih.gov>
- Nichols, Melanie, Townsend, Nick, Scarborough, Peter & Rayner, Mike (2014). Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *Eur Heart J.* 35;42, 2950-9. Erratum in: *Eur Heart J.* 2015 Apr 1;36,13:794. PMID: 25139896.
- Ottawa-Charta (1986) *Gesundheitsförderung*. World Health Organization. Abgerufen 30.3.2021 von https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59557/Ottawa_Charter_G.pdf
- Schiepek, Günter & Cremers, Sandra (2003). *Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie*. In: H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen, dgvt-Verlag, 147–193.
- Schmid Wilhelm (1998) *Philosophie der Lebenskunst – Eine Grundlegung*. Frankfurt a.M. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Seligman, Martin (2002). *Positive psychology, positive prevention and positive therapy*. In: Charles Richard Snyder & Shane Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press, 3-9.
- World Health Organization (2017) Abgerufen 30.3.2021 von <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.

Salutogenese und Traditionelle Medizin

Gerhard Kögler

Das Wort Salutogenese impliziert, dass wir uns mit dem Bild beziehungsweise dem Gefühl vom Zustand der Gesundheit auseinandersetzen. Es könnte sich hierbei um eine Art Sehnsucht handeln, eine Sehnsucht nach etwas, das wir vielleicht schon einmal erlebt haben. Es gibt Gehirnforscher wie Gerald Hüther, die meinen, dass unser Gehirn in der Embryonalphase vom Körper lernt. Somit wird das Gehirn mit dem Bewusstsein von gesunden Strukturen geboren. Durch die Sozialisierung in den ersten achtzehn Jahren unseres Lebens dürfte jedoch ein Großteil dieses Wissens verloren gehen. Es scheint, dass die kulturelle Evolution die genetische abgelöst hat. Der deutsche Philosoph Wolfgang Iser berichtet in seiner Vorlesungsreihe Anthropologie davon, dass dieser Shift bereits vor ca. 40.000 Jahren eingesetzt hat. Wir scheinen also diese ersten achtzehn Jahre der Kulturbildung das natürliche Gefühl für Gesundheit zu verlieren. Wir lernen, irgendwie in einer offensichtlich unendlich komplexen Welt zusammen mit anderen neun Milliarden Menschen zu überleben beziehungsweise zurechtzukommen. Und je mehr wir über die Welt wissen, desto komplizierter erscheint sie uns.

Es verwundert also nicht, dass Antonovsky die folgenden Grundvoraussetzungen für Salutogenese definiert hat: Verstehbarkeit, Gestaltbarkeit und Sinnhaftigkeit. Hier drückt sich bereits aus, dass eine kleine und überschaubare persönliche Welt, die ich auch erfolgreich gestalten kann, eine gute Option für Gesundheit bietet. Dies hat sich auch in der berühmten Klosterstudie bestätigt, auf die ich an dieser Stelle nicht näher eingehen möchte.

Wir können sehen, dass die Betrachtung der Evolution uns oft gute Hinweise für das Verstehen jetziger Zustände liefert. Ich habe für mich Gesundheit folgendermaßen definiert: Gesundheit ist weniger ein Zustand als ein Weg, der sich mit der Freude am Leben und dem Ja zum Leben als Verantwortung

täglich unter meinen Füßen entwickelt. Gesundheit ist Weisheit und damit ein lebenslanger Prozess.

Daraus ginge klar hervor, dass wir erstens nicht in einer unveränderlichen Blase leben. Das Universum und die Welt ändern sich unaufhörlich. Gesundheit kann demnach nur ein dynamischer Prozess der Veränderung sein. Zweitens ist Gesundheit gleichzeitig ein Balanceakt zwischen dem, was ein Mensch anzubieten hat und den ihn umgebenden Umweltbedingungen, also dem, was die Natur anzubieten hat. Dieses Angebot des Menschen nennen wir in der Traditionellen Medizin Konstitution. Und in meinem Vortrag zum Kongress bin ich somit auf die aus meiner Sicht vielleicht wichtigsten Prämissen für Gesundheit eingegangen: Konstitution, Urvertrauen, Transzendenz. Diese drei Begriffe stammen letztlich aus der Traditionellen Medizin. Sie sind von jeher salutogenetisch und stehen damit im Gegensatz zu einem möglichen pathogenetischen Verstehen der Krankheit: Symptom, Angst, Urvertrauen.

Konstitution

Doch lassen Sie uns zuerst noch beim menschlichen Angebot, seiner Konstitution, bleiben. Diese kann man auf zwei Ebenen verstehen, der genetischen und der, großteils erworbenen epigenetischen. Bei ersterer verstehen wir unsere körperlichen Reaktionsmuster, die im Moment der Zeugung feststehen. Die verändern sich im Laufe des Lebens nur wenig. In der Traditionellen Europäischen Medizin betrachten wir als darauf bezogene Analyse neben der Anamnese, Puls-, Zungen- und Tastbefund auch die zwei Bindegewebsblätter der Iris. In diesen kann man Muster erkennen, die auf unterschiedliche Arten der Reaktionsweise unseres Bindegewebes schließen lassen. Diese Reaktionsart kann, wenn sie aus dem Gleichgewicht läuft, zu einzelnen Symptomen und in weiterer Folge zu Krankheiten führen. Ich werde gleich noch einmal auf diese konstitutionellen Elemente zu sprechen kommen.

Zuerst soll erwähnt werden, dass in der TEM und hier im Speziellen in der Humorallehre nicht das Symptom das zentrale Element ist, sondern die Wirkprinzipien. So unterscheiden wir Wärme und Kälte, Feuchtigkeit und Trockenheit. Erstes zeigt die Energieachse und zweites die Achse der Materie. Diese Wirkprinzipien ergeben die vier Elemente Luft, Wasser, Erde und Feuer. Und sowohl die Prinzipien wie auch die Elemente finden wir im menschlichen Körper. Wir sprechen daher von den vier Haupttemperamenten: Sanguiniker (warm und feucht), Phlegmatiker (kalt und feucht), Melancholiker (kalt und trocken) und Choleriker (warm und trocken).

Jeder Mensch kann in seinem Haupttemperament in Balance sein und gesund leben. Doch wenn Probleme auftreten, so kommen sie doch meistens auf der Schiene der Konstitution. So neigt der Choleriker eher zu übertriebener Hitze und Trockenheit und braucht eher einen zum Beispiel pflanzlichen Ausgleich; Pflanzen, die einen kühlenden und befeuchtenden Effekt haben. Diese Wirkprinzipien sieht man nicht nur in der Ganzheit Mensch, sondern kann dies auch in erkrankten Organen beziehungsweise Organsystemen beobachten. So kann ein Phlegmatiker durchaus eine Krankheit mit z.B. überhitzter Leber oder hitzenden Gelenken entwickeln. Somit ergibt sich für die Behandlung eine stufenweise Struktur, innerhalb der sowohl einzelne Systeme wie auch der ganze Mensch wieder ins Gleichgewicht gebracht werden können.

Um die Konstitution eines Menschen zu bestimmen, bedienen wir uns traditionell der Anamnese und verschiedener Untersuchungen wie Puls, Zunge, manuelle Untersuchungen. Aus der Anamnese zum Beispiel erfahren wir, ob der Patient grundsätzlich eher warm oder kühl als angenehm empfindet, ob feucht oder trocken. Und natürlich beschreibt der Patient auch das Symptom nach seinen Qualitäten.

Eine genauere Analyse der Reaktionsmuster eines Patienten erhalten wir durch die Irisanalyse. Diese ist bereits sehr alt. Wir haben Hinweise, dass bereits die Ägypter damit gearbeitet haben. Zwischendurch ist sie fast in Vergessenheit geraten, um dann in den letzten ca. einhundert Jahren wieder sehr aktuell zu werden.

Die Iris hat zwei übereinander liegende Bindegewebsblätter, die bei stärkerer Vergrößerung klare Strukturen erkennen lassen. Wir sehen dabei ganz unterschiedliche Arten von Bindegewebe, finden darin sogenannte konstitutionelle Elemente, die zusammen ein sehr individuelles Reaktionsmuster ergeben. Und wir können auch jedem einzelnen Element ganz bestimmte Heilpflanzen zuordnen. Im medizinischen Alltag ist es immer wieder verblüffend, wie allein durch die Gabe von individuell auf die konstitutionellen Elemente ausgerichteten Pflanzen die Kraft der Patienten zunimmt und sich plötzlich die verschiedensten Symptome verbessern. Damit gelingt uns eine sehr differenzierte und erfolgreiche Konstitutionsbehandlung, die Patienten werden in ihrer Individualität gestärkt und können salutogenetisch die Krankheit besser überwinden.

Wir haben in der Traditionellen Medizin die Möglichkeit, nicht nur die aktuelle Pathophysiologie zu analysieren und zu behandeln, sondern auch die konstitutionelle Pathophysiologie. Bei erster diagnostizieren wir, ob es sich akut um eine hyper- oder hypokinetische Störung handelt, ob sie innen oder außen liegt, welche Organsysteme betroffen und welche Qualitäten wirksam sind, also warm-kalt, feucht-trocken. Gleichzeitig analysieren wir die Gesamtkonstitution und unterstützen diese. Damit läuft eine Therapie auf zwei Schienen gleichzeitig und hat damit bessere Aussicht auf Erfolg. Und diese Behandlung folgt auch dem salutogenetischen Prinzip, den Menschen in seiner individuellen Balance zu halten, ihm damit die Möglichkeit zu adäquaten Reaktionen auf die Umweltveränderungen zu geben.

Wie auch beim Menschen finden wir die Qualitäten und Prinzipien überall, auch bei den Pflanzen. So können wir zusätzlich zur modernen Analyse von Heilpflanzen auch die Qualität beschreiben und damit in der Phytotherapie diese individueller einsetzen. Das Johanniskraut zum Beispiel, *Hypericum perforatum*, wirkt wärmend im 2.-3. Grad und trocknend im 2.-3. Grad. Dasselbe Kraut als Öl verabreicht wirkt gleichermaßen wärmend, jedoch im ersten Grad durchfeuchtend. Wir sehen hier, dass auch die Art der Zubereitung unterschiedliche Qualitäten bewirkt. Das Johanniskraut wird ja seit jeher als Antidepressivum eingesetzt, es bringt die Sonne ins Herz. Im Griechischen bedeutet *Hypericum*, sich über das Bild der Krankheit zu erheben.

Solcherart kann man jede Pflanze beschreiben, symptomorientiert und gleichzeitig entsprechend ihrer humoralen Qualitäten. Besonders gut können wir also das Johanniskraut dann einsetzen, wenn wir es mit einem kühlen und feuchten Zustand zu tun haben, oder wenn wir einen Phlegmatiker behandeln. Handelt es sich aber um einen trockenen und hitzigen Zustand, also das cholerische Prinzip, bietet sich eher die Taigawurzel an, die einen kühlenden und befeuchtenden Effekt bewirkt. Andere Pflanzen, die eine beruhigende Wirkung auf unsere Emotionen haben, wären Eisenkraut, Melisse, Hopfen, Passionsblume, Lavendel, Baldrian und Haferkraut. Diese haben einen wärmenden und trocknenden Effekt. Mädesüß und Weide wiederum wirken kühlend und trocknend. Baldrian zum Beispiel wurde in der Phytotherapie eine sehr bekannte Pflanze in Bezug auf Schlaf und Ängste und ist mittlerweile gut untersucht. Es hemmt den GABA Abbau, wirkt entstressend und Muskel relaxierend. Baldrian wird gegen Ängstlichkeit und nervöse Zustände, Verdauungskrämpfe und im Entzug eingesetzt. Außerdem ist es ein gutes Schlafmittel. In der Humorallehre hat man dem Baldrian die Qualitäten von leicht wärmend und trocknend zugeordnet. So können wir also jede Pflanze nicht nur entsprechend ihrer Spezialitäten wie z.B. vegetativ beruhigend einsetzen, sondern gleichzeitig sie entsprechend der humoralen Qualitäten des Symptoms oder der Krankheit, beziehungsweise dem Typ der Patientin zuordnen. In der täglichen Praxis erhöht der individuelle Einsatz die Wirksamkeit dieser Heilpflanzen.

Wenn wir nun zum Beispiel einen Menschen behandeln, der dem cholерischen Prinzip zuzuordnen ist, dann kennen wir auf der einen Seite eine Gruppe von Heilpflanzen, die dieses Prinzip dämpfen und eine fördernde Gruppe. Zur ersten gehören Pflanzen, die übermäßige Hitze ausleiten und damit eine Chance zur besseren Durchfeuchtung bieten: Huflattich, Baldrian, Malve, Eibisch, Zaubernuss, Mistel, Artischocke, Kamille, Weide, Labkraut, Mädesüß, Beifuß und noch einige mehr. Pflanzen, die das cholerische Prinzip unterstützen wären der Quendel, Thymian, Schafgarbe, Kalmus, Rosmarin, Tausendgüldenkraut. Wenn ich auf diese Weise einen cholерischen Menschen dabei unterstütze, mit seinem Temperament im Gleichgewicht zu bleiben, hat er gute Chancen, mit seiner Krankheit selbst besser fertig zu werden.

Urvertrauen

Das zweite Kapitel meines Buchbeitrags widme ich dem Thema Urvertrauen versus Angst. Oft wird in der Gehirn- und Stressforschung statt Angst auch der Begriff Stress verwendet. Das geschieht, weil sich dieser Zustand hauptsächlich im Stammhirn, also dem Hypothalamus und den Vaguskerne abspielt. Wir nennen die ganze Struktur, die mit Erregung und Beruhigung zu tun hat, die Stressachse. Wenn es nun zu chronischen Störungen ebendort kommt, also zu einer permanenten Erregung beziehungsweise Arousal, erzeugt dies ein Gefühl des unbenennbaren Angst. Unbenennbar deshalb, weil dieser Prozess in einem Bereich des Gehirns abläuft, der keine Worte oder Bilder kennt. Es ist dies entwicklungsgeschichtlich die Region des Reptiliengehirns. Das Reaktionsmuster auf Stress und Anspannung besteht aus Flucht oder Kampf. Sollte beides nicht möglich sein, kommt es zum Freezing, dem Erstarren. Diese unbenennbare Angst bleibt jedoch nicht nur auf das Stammhirn beschränkt, sondern überzieht wie eine dunkle Wolke das gesamte Gehirn. Die Wolke verändert nun unser Denken, unsere Wahrnehmung und reduziert damit die Möglichkeiten, uns wieder mittels Kognition auf einfache Art und Weise aus der Schieflage zu befreien. Zusätzlich kommt es bei chronischen Erregungszuständen der Stressachse zu einem Anstieg von Entzündungszytokinen wie IL-6 und TNF alpha, also zu einer Inflammation. Dieser Prozess findet auch in die entgegengesetzte Richtung statt. So können wir feststellen, dass Noradrenalin als Stresshormon die Inflammation stimuliert, aber auch die Inflammation das Noradrenalin erhöht. Gleichzeitig konnten Sternberg EM et al. 1977 im Spectrum der Wissenschaften darlegen, dass diese Inflammation die Bluthirnschranke beschädigt und das Gehirn damit vulnerabler wird. Wir können nun langsam erahnen, wie sich der Teufelskreis der Angst entwickelt und wie schwer es ist, zu seinem Gegenteil, dem Urvertrauen zu switchen. Wie wichtig es wäre, aus dieser Schieflage wieder herauszukommen, möchte ich anhand einiger Beispiele und Studien herausarbeiten. Wir sollen verstehen, dass solche Zustände von

chronischem Stress, chronischer Angst, einen der Haupttrigger von schweren Erkrankungen wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes darstellen.

2001 wurden bei 2.000 Frauen und Männern im Alter zwischen 70 und 80 Jahren verschiedene Parameter im Blut bestimmt. Eine Gruppe der Blutwerte umfasste Stressparameter wie z.B. Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol und eine andere Gruppe Stoffwechselparameter wie Cholesterin, Triglyceride, Blutzucker, Harnsäure. Nun wurde über einen bestimmten Zeitraum beobachtet, welche der beiden Gruppen von Blutparametern eine bessere Vorhersagekraft gegenüber Alterung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Mortalität hat. Es war eindeutig die Gruppe der Stressparameter. Dies legt nahe, dass es für uns Ärzte wahrscheinlich dringender wäre, sich um die Stressachse der Patientinnen zu kümmern, als um die Stoffwechselparameter (Seeman TE, McEwen BS, Rowe JW, Singer BH. PNAS 2001; 98:4770-5).

Experiences of Discrimination and Incident Type 2 Diabetes Mellitus: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). Hier konnte nachgewiesen werden, dass wer massiv diskriminiert wird, häufiger an Diabetes Typ II erkrankte.

In der Chida 2008 Metaanalyse über Stress und Krebs konnte folgendes erkannt werden: 156 Studien: bei Stress erhöhte Krebsinzidenz bei primär Gesunden ($p=0,005$); 330 Studien: bei bestehender Krebserkrankung und Stress schlechtere (kürzere) Überlebensdaten ($p=0,001$); 53 Studien: höhere Krebsmortalität bei bereits Erkrankten und Stress ($p=0,001$).

Wissenschaftler stellten in der vorliegenden Studie fest, dass Patienten, die bezüglich ihrer Krebserkrankung optimistisch waren, eine bessere gesundheitsspezifische Lebensqualität aufwiesen und ein geringeres allgemeines Sterberisiko hatten als realistische oder pessimistische Patienten. (de Rooij BH, Thong MSY, van Rooij J, Bonhof CS, Husson O, Ezendam NPM; Optimistic, realistic, and pessimistic illness perceptions; quality of life; and survival among 2457 cancer survivors: the population-based PROFILES registry. Cancer. 2018 Sep 1;124(17):3609-3617. doi: 10.1002/cncr.31634. Epub 2018 Sep 7).

Bei dieser Studie fand man ein erhöhtes Risiko für Depressionen, bipolare Störungen und Angststörungen bei Patienten mit rheumatoider Arthritis. (Marrie RA, Hitchon CA, Walld R, et al. Increased Burden of Psychiatric Disorders in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res* (Hoboken). 2018;70(7):970-978. doi:10.1002/acr.23539)

Wie emotionale Verletzung sich auf eine ähnliche Art im Körper äußert wie körperliche Verletzung, wurde hier beobachtet: Schädigung der Energieproduzenten: Körperliche Verletzung führt zu freier Mitochondrien-DNA (mtDNA) im Blut. Sozialer Stress für gesunde Menschen führt auch zu mehr zellfreier mtDNA. (Trumpff C, Marsland AL, Basualto-Alarcón C, et al. Acute psychological stress increases serum circulating cell-free mitochondrial DNA. *Psychoneuroendocrinology*. 2019;106:268–276. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306453018312149>)

Wir können hiermit klar erkennen, dass chronischer Stress und Angst kein auf unsere Emotionen begrenztes Problem darstellen, sondern einen massiven Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von schwersten Erkrankungen haben. Langsam möchte ich nun das salutogenetische Gegenüber zur Angst miteinbeziehen, das Urvertrauen. Dazu macht es Sinn, die Spieler in der Dualität von An- und Entspannung zu betrachten, also die Hormone, Zytokine, Transmittersubstanzen und das Immunsystem. So sind die wichtigsten dieser Stoffe im Erregungszustand folgende: Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol, Glutamat, TH2, Amygdala, Sympathikus. Diese korrelieren mit Angst, Vulnerabilität und Krankheit. Auf der anderen Seite, also dem Entspannungszustand, finden wir: Serotonin, Parasympathikus, GABA, Hippocampus, PFC, Oxytocin, TH1. Sie stehen für die salutogenetischen Prinzipien wie Urvertrauen, Resilienz und Gesundheit. Doch wie können wir solche Strukturen und Stoffe fördern, um damit nicht nur Krankheiten zu behandeln, sondern sogar abzuwehren? Auch dazu gibt es bereits viele Untersuchungen.

Effect of Compassion Meditation on Neuroendocrine, Innate Immune and Behavioral Responses on Psychosocial Stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2009 January, 34 (1) 87-98. Doi 10.1016/j.psyneuen.2008.08.011. Thaddeus

W.W.Pace, PhD, Lobsang Tensin Negi, PhD, Daniel D. Adame, PhD, Stephen P. Cole, PhD, Theresa I. Sivilli, A.B., Timothy D. Brown, MPH, Michael J. Issa, B.S., Charles M. Raison, MD. In dieser Studie zeigt sich, dass mit zunehmender Meditation pro Woche sich der Spiegel an IL-6 im Blut verringert.

Vagus nerve stimulation attenuates the systemic inflammatory response to endotoxin, Lyudmilla V. Borovicova, Svetlana Ivanova, Minghuang Zhang, Huan Yang, Galina I. Botohidna, Linda R. WatkinsHaichao Wang, Naji Abumrad, John W. Eaton, Kevin J. Tracey. Gezeigt wird in dieser Untersuchung, dass es zu einer Reduktion von entzündlichen Zytokinen nach Vagus Nerv Stimulation.

Wir sehen, dass die Stimulation oder Kräftigung des Vagusnerven essenziell bei chronischen Angst- und Stresszuständen ist. Eine Möglichkeit, die Aktivität beziehungsweise den Zustand des Vagus zu ermitteln, stellt die Herzratenvariabilität dar (HRV). Bei einem gesunden Menschen und langsamer tiefer Atmung beschleunigt sich der Puls in der Einatmungsphase und verlangsamt sich in der Ausatmungsphase. Man kann sagen, dass je größer die Pulsdifferenz zwischen dem Ein- und Ausatmen ist, desto mehr Flexibilität haben wir, um auf äußere Umstände von Stress und Entspannung zu reagieren. Daraus ergibt sich auch, dass je stärker die Vagusaktivität ausgeprägt ist, desto geringer der Entzündungsstatus. In der zweiten Folie sehen wir einen ausgezeichneten Zustand des Vagus. Sobald die Ausatmungsphase beginnt, fällt der Puls sofort deutlich ab. In der ersten Folie ändert sich der Puls beim Ein- und Ausatmen praktisch nicht, es gibt kaum Reserven, um auf Stress zu reagieren.

Die Ergebnisse sind unabhängig, ob es sich um Frauen oder Männer handelt. Man kann sehr schön sehen, in welche Richtung die Resultate dieser Untersuchung mittels entsprechender Therapien gehen sollen. Zusätzlich könnte man noch eine 24 Stunden HRV durchführen, um besonders in der Nacht die Vagusaktivitäten zu messen, doch bei so deutlichen Ergebnissen wie diesen beiden Folien ist dies nicht mehr unbedingt erforderlich.

Therapeutisch gibt es nun verschiedene Ansätze. So zeigen die Studien, dass es drei wichtige Interventionen zur Behandlung des Vagus gibt: Meditation, Trance oder Hypnose, musikalische Schallwellen. Daneben lohnt es sich meiner Erfahrung nach, Atemtraining durchzuführen, Schlaf zu fördern und ausgedehntes Ausdauertraining zu betreiben. Menschen, die wöchentlich fünf bis sechs Stunden Ausdauersport praktizieren, haben fast immer einen funktionierenden Vagus. Zum Thema Vagus und Schlaf findet sich folgende Studie:

Gebara MA, Siripong N, DiNapoli EA, et al. Effect of insomnia treatments on depression: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2018;35(8):717-731 (doi:10.1002/da.22776). Behandlungen von Schlafstörungen und Insomnia bei Patienten mit Depression können demnach depressive Symptome positiv beeinflussen.

Wenn wir dabei auch berücksichtigen, dass Depression immer mit einem erhöhten Entzündungsspiegel einhergeht, wissen wir, dass der intakte Vagus Entzündungen herunterreguliert. In Bezug auf die Atmung können wir in der HRV sehen, dass eben in der Einatmungsphase der Sympatikus aktiv und in der Ausatmungsphase eher der Vagus aktiv ist. Durch Verlängerung der Ausatmungsphase auf 16 Sekunden gegenüber 4 Sekunden Einatmung trainieren wir damit den Vagus. Gleichzeitig unterbrechen wir mit dieser Konzentrationsübung das Hamsterrad der negativen Gedanken. Doch zurück zu den drei Interventionen zur Vaguskräftigung.

Dass Vagusstimulation einen starken therapeutischen Effekt hat, kann in dieser Studie dargestellt werden:

Vagus nerve stimulation attenuates the systemic inflammatory response to endotoxin, Lyudmilla V. Borovicova, Svetlana Ivanova, Minghuang Zhang, Huan Yang, Galina I. Botohidna, Linda R. WatkinsHaichao Wang, Naji Abumrad, John W. Eaton, Kevin J. Tracey. Gezeigt wird in dieser Untersuchung, dass es zu einer Reduktion von entzündlichen Zytokinen nach Vagus Nerv Stimulation.

Die Stimulation im Rahmen einer transhumanistischen Entwicklung des Menschen erfolgte auch bei Patientinnen mit Hypertonie. Es wurde eine elektrische Manschette um den Nerven angelegt und Teile des Querschnitts stimuliert. Damit konnte eine deutliche Senkung des Blutdrucks erreicht werden, gänzlich ohne Medikamente. Doch solch ein Vorgehen entspricht nicht dem salutogenetischen Prinzip. Hier heißt es, selbst Weisheit zu entwickeln und daraus ein Handeln zu kreieren. Es kommen also besser Meditation, Trance oder Hypnose oder musikalische Schallwellen zum Einsatz.

Hier also noch ein paar Studien, die sich mit den Zusammenhängen von sozialem Wohlfühl, Meditation und Gesundheit auseinandersetzen. Weiters Untersuchungen zum Thema Meditation:

Shapira, L. B., & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 5(5), 377–389. 12. MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545–552. 13. Blatt, S. J. (1995). Representational structures in psychopathology. In D. Cicchetti, & S. Toth (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology: Vol. 6. Emotion, cognition, and representation* (pp. 1–33). Rochester: University of Rochester Press. 14. Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139–154. 5. Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 757–761. 16. Rockcliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(3), 132–139. 17. Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116–143. 18. Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908–916.

Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity* (1st ed.). New York: Crown Publishers.

Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion*, 19(3), 313–332.

Wadlinger, H. A., & Isaacowitz, D. M. (2006). Positive mood broadens visual attention to positive stimuli. *Motivation and Emotion*, 30(1), 87–99.

Schmitz, T. W., De Rosa, E., & Anderson, A. K. (2009). Opposing influences of affective state valence on visual cortical encoding. *The Journal of Neuroscience*, 29(22), 7199–7207.

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684.

Salzberg, S. (2010). *Real happiness: The power of meditation: A 28-day program*. New York: Workman Publishing Company.

Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045–1062.

Thayer, J. F., Loerbroks, A., & Sternberg, E. M. (2011). Inflammation and cardiorespiratory control: The role of the vagus nerve. *Respiratory Physiology and Neurobiology*, 178(3), 387–394.

Kok, B. E., Coffey, K. A., Cohn, M. A., Catalino, L. I., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S. B., Brantley, M., & Fredrickson, B. L. (in press). Positive emotions drive an upward spiral that links social connections and health. *Psychological Science*.

All dies ist nur ein Teil der Studien, die Tanja Singer und Matthias Bolz in ihren Ausführungen, Mitgefühl in Alltag und Forschung, gesammelt haben. Tanja Singer berichtet auch von Metaanalysen, die zeigen, dass das Gefühl von sozialer Verbundenheit das Sterblichkeitsrisiko um 50-91% senken konnte, deutlich mehr als dies durch Ernährung und Sport möglich war. Die Wahrnehmung von sozialer Nähe führte zu einer geringeren Anfälligkeit gegenüber Herzkreislauferkrankungen, einigen Krebserkrankungen und gegenüber zahlreichen Infektionen. Der Vagotonus war deutlich erhöht. Demgegenüber kam es bei einsamen Erwachsenen zu einem höheren Risiko für Herzkreislauferkrankungen, Bluthochdruck, Schlafstörungen, Einbußen der körperlichen Bewegungsfähigkeit und kognitiven Funktionsfähigkeit. Die Stärkung des Gefühls der sozialen Verbundenheit erfolgte mittels einer Form der Meditation, des Compassion Trainings.

Metaanalyse von Bregenzer (2015) zu Wirksamkeitsnachweis und Indikationen des autogenen Trainings aufbauend auf der o. g. Metaanalyse wurde die Studienlage für den Zeitraum 2002–2013(10 RCT) evaluiert und mit den 2002 von Stetter und Kupper erzielten Ergebnissen verglichen; außerdem wurden neue Anwendungsgebiete für autogenes Training untersucht. Ergebnisse (Auswahl) 5 Große Effektstärken ergaben sich bei der Behandlung von 5 Migräne und Spannungskopfschmerzen (Schmerzintensität, -frequenz und Angst), 5 kardialen Syndrom X (eine Studie), 5 mittlere bis große Effektstärken bei der Behandlung von 5 Angstpatienten nach Koronarplastik (eine Studie), 5 multipler Sklerose, 5 Brustkrebspatientinnen zur Verbesserung der Lebensqualität.

Revenstorf und Prudlo (1994) zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose Dieser Artikel mit der darin enthaltenen Metaanalyse wurde als Gutachten für die Milton H. Wallnöfer et al. 943 37 Erickson Gesellschaft Austria (MEGA) erstellt. Es wurden Studien mit Kontrollgruppe und/oder Vergleichsbedingung einbezogen. Berücksichtigt wurden nur Studien, in denen reine Hypnotherapie, also ohne Kombination mit anderen Verfahren, untersucht wurde. Es gab keine Einschränkungen bezüglich der Anwendungsbereiche, daher wurden auch Studien wie z. B. zur Geburtshilfe eingeschlossen. Analogstudien wurden ebenfalls berücksichtigt. Effektstärken wurden nicht berechnet, sondern lediglich der Anteil der signifikanten von den gefundenen Studien angegeben. Es wurden 77 Studien in 17 Anwendungsbereichen identifiziert, von denen insgesamt 67 signifikante Ergebnisse zeigten.

Schneider et al. (2005a) Verminderter Blutdruck durch die Technik der transzendentalen Meditation im Vergleich zu progressiver Entspannung und gesundheitlicher Weiterbildung: Wiederholungsstudie nach einem Jahr.

Schneider et al. (1995, 2005b), Alexander et al. (1989, 1996) Verminderte Sterblichkeit durch die Technik der transzendentalen Meditation im Vergleich zu progressiver Muskelentspannung (PMR), Kontrollgruppe mit gesundheitlicher Weiterbildung (HE), Achtsamkeitsmeditation, Entspannungsübung und konventioneller Fürsorge.

Castillo-Richmond et al. (2000) Reduzierte Halsschlagader-Arteriosklerose durch die Technik der transzendentalen Meditation im Vergleich zu gesundheitlicher Weiterbildung.

Zu all diesen Themen gibt es unzählige weitere Studien und Untersuchungen. Wir können nun noch ewig weiterforschen, oder wir können nun endlich die Konsequenzen ziehen und diesen Möglichkeiten als therapeutisches Tool den entsprechenden Stellenwert geben.

In unserem medizinischen Zentrum Lifeagents wenden wir neben einer Anleitung zur Meditation auch eine spezielle Kombination aus Hypnose, Trance und Schallwellen an. Die Basis stellt die Klangliege dar. Diese besteht aus einem hohlen Holzkörper auf dem an der Unterseite 38 Saiten im Ton A gestimmt angebracht sind. Der Patient liegt auf dieser Klangliege, welche in etwa 30 Minuten lang in gewissen wechselnden Rhythmen gespielt wird. Vor dem Beginn wird die Patientin mittels Hypnose in einen tiefen Entspannungszustand versetzt, in welchem sie dann die Klangliegentrance erlebt. Danach wird wieder aus der Hypnose ausgeleitet. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Klangliegentrance besonders bei Patienten mit Angst und Panikattacken eine beruhigende Wirkung hat, also den Vagus aktiviert. Ich habe viele Berichte von Patienten gesammelt und darf ein paar von Ihnen hier wiedergeben.

Beispiel einer Patientin 1 mit Angst und Depression: Anfangs Sound von außen, dann sowohl Töne als auch Stimme von innerhalb des Körpers, angenehmes drehendes Dunkel, rotierend, Gefühl der sich neigenden Liege und Auflösung der Schwerkraft wie Schweben, Auflösung des Selbst, eins sein mit den Tönen, der Stimme, alles ist eins.

Patientin 2 mit Ängsten: 1. Sitzung: Während der Therapie kam immer wieder ein Bild von einem Indianerhäuptling auf einem weißen Pferd. Nach der Therapie waren auftretende Ängste nicht mehr so präsent. In Situationen, in denen mir Angst aufkam, war jetzt nichts mehr.

2. Sitzung: Während der Therapie kamen keine Bilder. Diesmal kam am Rücken Wärme auf. Die Therapie erzeugt ein Gefühl, wie wenn ich tauche, so schwerelos. In den darauffolgenden Tagen hatte ich Träume von früher.

3. Sitzung: Auch dieses Mal kamen während der Therapie keine Bilder. Meine Ängste schwinden immer mehr und ein Gefühl der Sicherheit wird immer mehr präsent.

4. Sitzung: Die verschiedenen Klänge spürte ich diesmal mit einem prickelnden Gefühl. Außerdem war es als würden dunkle Farben über mich ziehen. Es lässt sich erklären, wie wenn beim Tauchen ein Tintenfisch Tinte versprüht. Das erzeugt in den Wellen ein tanzendes Farbenspiel. Plötzlich auftretende Ängste sind seit der ersten Therapie nicht mehr aufgetreten. Nach der ersten wartete ich noch darauf, jetzt denke ich gar nicht mehr daran.

Patient 3, Discusprolaps HWS mit Sensibilitätsstörungen in der Hand. Nach erster Klangliege: Der Schmerz und die Sensibilitätsstörungen sind unverändert, aber es „juckt“ mich nicht mehr. Patientin 4 mit Ängsten: Erste Klangliege: Zuerst viele Gedanken und Anspannung. Als dann die Stimme zu den Saiten kam, plötzliches Lösen der Spannung, ich fliege als Geist über eine unendliche Ebene, total frei. Zweite Klangliege nach 2 Jahren: Ich sehe mich tief in der Erde, eingerollt wie ein Fötus, habe sogar die Nabelschnur gesehen. Danach weitere Bilder. Es kam wieder ein Traum, den ich schon ein paar Mal im Schlaf hatte. Ich saß an eine Fichte gelehnt. Meine Seele ging in den Baum, dort nach oben und verwandelt sich dort oben in einen Adler. Dieser hebt ab und ich betrachte mich als Adler hoch oben kreisend. Dieses Mal habe ich diesen Traum nicht mehr mit Angst, sondern einem angenehmen Gefühl verbunden erlebt.

Patient 5 mit Depression: In der Woche danach unerklärliche Änderung des Blickwinkel, Loslassen, Toleranz, meine Umwelt als Spiegel meiner Selbst hat sich verändert.

Ich konnte zwei Haupterlebnisse bei den Patienten beobachten. Eines war der Aufbau eines Urvertrauens, welches automatisch die Angst reduzierte. Das zweite war eine Art transzendentes Erleben. Man könnte fast meinen,

dass eine Art Erinnerung an einen embryonalen Zustand erweckt werden kann, ein Zustand, in dem ich mich mit allem verbunden fühle und unbegrenzte Fürsorge erlebt wird. Dieses beiden Erlebnisse sind nun ein wichtiger Bestandteil des salutogenetischen Prinzips. Denn es wird den Patienten ein Gefühl vermittelt, wie sich Gesundheit und Ausgeglichenheit anfühlen könnte. Dadurch kann eine Reise in die richtige Richtung initiiert werden. Es gibt ganz unterschiedliche Arten von Trancen und Hypnose. Damit haben wir dann auch die Möglichkeit, individuell auf die Bedürfnisse der Patienten eingehen zu können.

Transzendenz

Der dritte Bereich in meinen Ausführungen zur Salutogenese aus der Sicht der Traditionellen Medizin beschäftigt sich mit der Transzendenz. Wir könnten es auch Philosophie nennen, die wichtigsten Fragen von uns Menschen: Woher kommen wir? Wohin gehen wir? Was ist der Sinn, die Aufgabe unseres Lebens?

"Quod optimus medicus sitquoque philosophus" – dass der vorzügliche Arzt auch ein Philosoph sein muss. Er war der tiefen Überzeugung, dass die Medizin nur in enger Verbindung mit der Philosophie sachgemäß betrieben werden kann. Die Philosophie liefert der Heilkunde den theoretischen Rahmen und das geistige Rüstzeug. Galen, 129 bis 200

Ohne jemals darüber nachgedacht zu haben, warum wir hier auf dieser Welt sind, wissen wir nicht, in welche Richtung wir gehen sollen. Wir fühlen uns verloren. Das Gefühl hier gebraucht zu werden und Teil vom Ganzen zu sein, führt zu Resilienz, Gesundheit und längerem Leben, wie Tanja Singer ausführen konnte. Lawrence LeShan hat in seiner lebenslangen Arbeit als Psychologe mit Patienten in einer Palliativklinik gearbeitet. Er hat sich mit ganzer Energie dafür eingesetzt, mit seinen Patientinnen nachzuforschen, was denn noch von ihnen gelebt werden wollte. Und wenn es solch eine wichtige Aufgabe gab, half er ihnen diese auch in Angriff zu nehmen. Damit hat er viele seiner Patientinnen in eine permanente Remission gebracht. Sehr

beeindruckend ist die Interviewserie, die Rolf Bütting mit ihm aufzeichnete, als Lawrence LeShan 91 Jahre alt war. Der Titel lautet: Die Melodie des eigenen Lebens leben.

Auch Viktor Frankl hat seine Arbeit dem Sinn gewidmet. Er hat in vielen Studien mit seinen Studenten gezeigt, dass eine übergeordnete Aufgabe die Menschen selbst aus schlimmsten Situationen herausziehen konnte. Offensichtlich hat unser Wissen beziehungsweise unsere Ahnung über den Grund unseres Seins eine große Rolle für unsere Spezies. In unserem Zentrum Lifeagents arbeite ich mit zwei Bildern, die solch eine Ahnung entstehen lassen können. Zum einen ist dies der Lebenszyklus in den fünf Elementen und zum anderen unser archetypisches Muster, die Lebensmelodie. Diese beiden Bilder spiegeln die Dualität von uns Menschen wider, beziehungsweise die der Verstand kreiert. Im Lebenszyklus unterliegen wir den Naturgesetzen, wir werden geboren, erleben Pubertät, Menopause-Andropause und wir sterben; alle gleichermaßen. Trotzdem sind wir gleichzeitig etwas ganz Einmaliges, das uns diese Naturgesetze mit aller Individualität erleben lässt. Ich bin einmalig, aber ich will gleichzeitig so sein wie die anderen, von den anderen geliebt werden.

Ich darf an dieser Stelle aus meinem Buch „Wege zur Ganzheit – Die Philosophie einer nachhaltigen Medizin“, erschienen im Trainerverlag, zitieren.

„Dieser Lebenszyklus in den fünf Elementen ist elementarer Bestandteil der Philosophie in der traditionellen europäischen Medizin. In jedem dieser Elemente stehen für uns zwei Hauptaufgaben bereit, am Anfang des Lebens mehr passiv, eher partizipierend, danach dann aktiv lernend. Alles beginnt mit dem Element Wasser, also dem Embryo im Fruchtwasser. Wie schon beschrieben, steht Wasser für den Beginn von allem, wie ja auch Leben auf der Erde höchstwahrscheinlich zuerst in den Ozeanen entstand. Es steht aber auch gleichzeitig für das Ende, also Geburt und Tod.

Im Wasser gibt es keine Dualität, kein Oben oder Unten, kein Gut oder Schlecht und vor allem kein Ich oder Nicht-Ich. Dies ist die sogenannte Einheitserfahrung, alles ist eins. Dieses Gefühl setzt sich, wie bereits erwähnt, nach der Geburt noch eine Zeitlang fort. Und wenn neben einem Kleinkind

ein zweites zu weinen beginnt, fängt ersteres auch zu weinen an. Es kann nicht zwischen sich und dem anderen entscheiden. Das beginnt erst mit der sogenannten Mentalisierung ab dem dritten Lebensjahr. Doch beim Embryo ist zuerst alles eins, die Töne und ich sind eins, die Welt und ich sind eins, ein paradiesischer Zustand ohne Konflikte.

Dies ist eine der beiden Aufgaben, die der Embryo nun passiv lernt. Die zweite Erfahrung ist jenes Gefühl, dass für ihn oder sie gesorgt ist. Jede Minute spürt der Embryo, dass ihm die Welt zur Verfügung steht, die Welt für ihn da ist; ohne Vergangenheit oder Zukunft, jede Minute fürs Neue. Dies nennt man das Urvertrauen ins Leben. Natürlich spiegelt sich im Embryo auch die dunkle Erinnerung der Mutter an dieses Urvertrauen und lässt so die beiden noch enger zusammenwachsen. Dieses Paradies endet mit der Geburt, obwohl diese spezielle aduale Wahrnehmung des Embryos noch in etwa zwei bis drei Jahre anhält.

Nun beginnt die Lebensepisode im Äther. Äther steht, wie auch in der tibetischen Philosophie, für Raum. Aus der Enge und Geborgenheit der Gebärmutter entwickelt sich nun der Raum des Lebens, Leben, das entdeckt werden möchte. Unter den liebenden Augen der Mutter beginnt das Kleinkind, die Welt auf seine Art zu erfahren. Es darf alles ausprobieren, ohne dass sich die Mutter einmischt. Denn dann wäre es nicht mehr die Welt des Kindes, sondern eine Mischung von Blickwinkeln der Mutter mit denen des Kindes. Doch jedes Kind ist anders geboren, hat eine unterschiedliche Kopfform, Mund, Ohren und unterschiedlich lange Gliedmaßen, eine andere Form des Mutes, eine andere Klugheit. Die Eigenständigkeit in diesen Entdeckungen ist elementar für das weitere Leben und der Mut zur Erfahrung die Basis für die Antwort auf das Leben, die Ver-Antwortung.

All dies findet in einem zu diesem Zeitpunkt noch geschützten Raum statt, einem Raum, den die Mutter mit ihrem Gefühl in der Natur absteckt. Und das Kind darf die Grenze dieses Raums auch erfahren, damit es sich später im Erwachsenenalter selbst leichter Grenzen stecken kann, sich selbst einen emotionalen Raum schaffen kann.

Nach dem Element Äther, der das Kind mit der Fülle des Lebens beschenkt hat, in den Augen des Kindes der Welt Leben eingehaucht hat, kommt das Element Feuer. Das Feuer der Hormone sprengt nun jeden Raum. Es ist das Feuer, das nicht mehr in sich ruhen kann, das aus der Mitte in die Bewegung und hinausdrängt. Es steht zum einen für Entscheidungen. So wie das Feuer entscheidet, was brennbar ist und was nicht, entscheidet das Feuer der Hormone, was in Zukunft eine Frau und was ein Mann wird. Und je gründlicher das Feuer entscheidet, je mehr Mann und je mehr Frau sich entwickelt, desto mehr ziehen sich die beiden wie ein Magnet wieder an.

Feuer entscheidet und bildet so die Grundlage für weiteres Leben. So sehen wir dies auch nach großen Bränden bei Vulkanausbrüchen. Hier entscheidet das Feuer, indem es alles Brennbares entfernt, es klärt, damit wieder neues Leben in noch größerer Vielfalt entstehen kann. So lernen die Jugendlichen das erste Mal bewusst, Entscheidungen zu treffen und dazu zu stehen. Feuer bringt die Dinge auf den Punkt. Nun ist es soweit, das Handeln entscheidet. In allen Kulturen stand diese Zeit für die Reife, die Initiation für den nächsten Abschnitt der Erwachsenen.

Aber Feuer steht auch für Resonanz. Wo kann ich am besten brennen? Wofür ist es am schönsten zu brennen? Die Antworten darauf suchen die Jugendlichen nicht mehr in der eigenen Familie, sondern in ihren Augen wirklichen Leben, nämlich in ihren Freundesgruppen. Diese stellen quasi so etwas wie eine Theaterprobe für alles weitere dar. Doch diese Theaterprobe ist alles andere als gemütlich. Denn im Feuer der Initiation entscheiden die jungen Menschen erstmals ihr Selbst, sie erfahren so etwas wie ein Ich. Und dieses unter den Gefahren der Initiation erkannte Selbst tragen sie nun in ihre Freundesgruppe und suchen damit Resonanz. Doch das ist keine Selbstverständlichkeit, denn mein Selbst ist einmalig, wird zuerst von anderen als fremd angesehen.

Und nun beginnt der Prozess, wo sich das Selbst des Einzelnen an der Homogenität der Gruppe zu reiben beginnt, wo es oft zu Kränkungen kommt. Letztendlich wird dadurch ein Bewusstsein geschaffen, dass jedes einzelne

Selbst für die Gruppe unendlich wertvoll ist. Denn nur so kann diese kleine Gemeinschaft ganz werden, eine musikalische Harmonie erfahren.

Nach diesem manchmal schmerzhaften, aber zurückblickend doch schönen und erfüllenden Prozess, kommen die nun erwachsen gewordenen, erwachten Menschen mit der Person zur Familie zurück, in der sie die größte Resonanz gefunden haben, dem Partner oder der Partnerin, mit der sie eine Familie gründen und ihr Leben teilen möchten.

Hier endet das Element Feuer und beginnt das Element Erde. Es wird eine Familie gegründet und Frauen gebären Kinder. In dem alten Spruch, das Baby treibt der Mutter die Hormone aus, zeigt sich die Veränderung. Das Feuer der Hormone hat nun eine Pause, muss den täglichen Anforderungen weichen. Doch das Feuer löst sich nicht gänzlich auf, ist nur für eine gewisse Zeit vergraben, um dann in der Menopause, im Wechsel, wieder in Form von Wallungen an die Oberfläche zu drängen.

Doch jetzt gilt es, den täglichen Notwendigkeiten gerecht zu werden. Die Familie braucht ein Dach über dem Kopf, die Kinder täglich ihr Essen. Und es bedeutet Stillstand, jeden Tag erfährt sich das Gleiche. Für manche mag dies mit unangenehmen Gefühlen verbunden sein. Dich wenn ich stillstehe, jeden Tag den Anforderungen in der Familie und im Beruf nachgehe, kann ich wirklich gut darin werden. Die Mutter wird in der Sorge um ihre Kinder immer besser, versteht immer besser, den feinen Nuancen in den Wünschen ihrer Kinder zu entsprechen. Und auch im Handwerk werden die Frauen und Männer immer genauer und detailreicher. Mein Großvater war Dreher- und Drechslermeister. Die Werkzeuge, die er aus Metall schuf, waren für mich Kunstwerke.

Und wir brauchen diese erfahrenen Handwerker, damit sie uns stabile Häuser für unsere Familien bauen. Wenn wir immer nur schnell von einem Ort zum anderen ziehen, werden wir zwar viel erleben, aber wirklich gut in den einzelnen Werken werden wir nicht, werden für unsere Familie kein solides Zuhause schaffen können. In diesem Abschnitt unseres Lebens ist der Stillstand ein Segen. Er ist die Grundlage für einen sicheren Ort, an dem unsere Kinder die Geborgenheit der Erde spüren und erlernen dürfen, um sie dann

wiederum an ihre Kinder weitergeben zu können. Je mehr wir diesen Anforderungen des Elements Erde nachgeben, je mehr wir das Leben entsprechend den Sehnsüchten der Menschen in unserer Familie ausrichten, desto ruhiger werden wir. Es erfasst uns ein innerer Friede, weil wir mit dem natürlichen Fluss der Natur gehen.

Das, was sich im Element Äther als Idee offenbart hat, im Element Feuer in nicht mehr aufzuhaltende Bewegung gekommen ist, wird nun im Element Erde materialisiert. Es entstehen die Bauwerke, die Kunstwerke. Und sie entstehen auf der Basis der Vergangenheit, die als die Weisheit der Erde ein gutes Fundament ist, so wie die heutigen Bauwerke ein gutes Fundament für die Zukunft sein werden.

Doch so permanent das Element Erde als solches erscheint, auch dieses hat ein Ende. Unsere Kinder werden schließlich erwachsen, brauchen uns nicht mehr und verlassen die Familie, um selbst Familien zu gründen. Unsere Umgebung scheint plötzlich leer zu sein. Dazu kommen auch noch körperliche und emotionale Veränderungen in Menopause und Andropause, also der männlichen Variante des Wechsels. Doch was bedeutet es, wenn die Menschen sagen, sie seien im Wechsel? Wer wechselt von wo nach wohin? Natürlich verändern sich die Hormone, doch dies führt auch zu Veränderungen unserer Wahrnehmung. Frauen werden oft hitziger in den Wallungen und verstehen plötzlich die Hitze des Testosterons ihrer Männer. Und Männer werden in jeder Beziehung weicher und verstehen plötzlich ihre Frauen besser. In manchen Kulturen tauschen die Ehepartner in dieser Phase ihres Lebens sogar den Sitzplatz am Esstisch. Sie vollziehen also den Wechsel im wahrsten Sinn des Wortes.

Das ist nun eine der großen Chancen, wenn wir nun vom Erdelement ins Luftelement wechseln. Die wichtigsten Dinge haben wir in unserem Leben getan, die Kinder stehen auf ihren eigenen Beinen. Und nachdem mit dem Auszug der Kinder aus dem Elternhaus viele tägliche Anforderungen wegfallen, haben wir wieder Zeit für Reflexion. Mit Hilfe des Absinkens unserer Hormone werden wir nun sensitiver und damit kommen unweigerlich die Gedanken. Zuerst tauchen die Fragen auf. Wo sind die Visionen aus meiner

Jugend? Konnte ich sie erfüllen? Woran habe ich vorbeigelebt? Was will noch gelebt werden in meinem Leben? Wo ist der Sinn in meinem Leben, was sind meine spezifischen Aufgaben hier auf dieser Welt?

Durch meine gesteigerte Sensitivität nach dem Wechsel ins Luftelement bin ich erst so richtig bereit zur Beschäftigung mit diesen Fragen. Und in dieser Beschäftigung ruft mich jetzt mein geistig-seelisches Wachstum. Dies gelingt aber nur, wenn ich auch das Erdelement loslassen kann. Dazu wäre es wichtig, zuerst die materiellen Dinge loszulassen, wie zum Beispiel ein Zweitauto, eine zweite Wohnung, einen dritten Fernseher, das neueste und modernste Handy oder die luxuriöseste Kreuzfahrt. Wenn ich immer noch an diesen Dingen anhafte, muss ich weiterhin zehn Stunden arbeiten und es bleibt keine Zeit für die nun anstehende Reflexion. Doch ganz tief in meinem Innersten ruft mich jetzt mein geistig-seelisches Wachstum. In diesem Zwiespalt kommt es zu unbewussten Spannungen und Krankheiten. Man könnte fast den Eindruck gewinnen, dass die Natur in der Evolution nach dem Erwachsenwerden unserer Kinder genau solch einen Zustand, eine tiefe Sehnsucht nach geistiger Reife eingerichtet hat. Damit konnte sie die letztliche Reife und Weisheit in den Menschen ermöglichen. Indem wir aber oft durch Abgelenktheit in einer durch Geld und Eigentum dominierten Welt diesen Ruf nicht hören oder verstehen, kommt es in uns zu einem Ungleichgewicht. Hier zeigt sich so etwas wie ein archetypisches Muster, eine Art von Energie, oder besser Information, die in uns Menschen wirkt. C.G. Jung hat sich intensiv mit diesen Themen auseinandergesetzt. Jede archetypische Information, die im Menschen nicht beantwortet wird, äußert sich zuerst in einer emotionalen Schiefelage und auf längere Sicht dann als körperliche Krankheit. Das könnte einer von mehreren Faktoren sein, die dann genau in diesem Lebensabschnitt zur Häufung von Krankheiten führen.

Doch wie schön ist es, diesem geistig-seelischen Wachstum hin zur Weisheit zu folgen; wie befriedigend, nochmals mein erworbenes Wissen, unterstützt durch das wieder erwachte Feuer, anderen Menschen zur Verfügung zu stellen? Und wie schön ist es, langsam auch das Wollen, Sehnsüchte und Wünsche loszulassen und mich zu etwas hinzuentwickeln, das man früher „die

weisen Ältesten“ nannte. Diese haben erkannt, dass wir ohne starre Erwartungen, mit dem Fluss der Natur gehend, unseren Frieden finden können, zu Hause ankommen können. Das, was diese Weisen jetzt die anderen in ihrer Gemeinschaft lehren, ist, dass sich unser Weg immer unter unseren Füßen entwickelt, wenn wir ihn in Achtsamkeit gehen. Sie gingen schon durch alle Lebensabschnitte, verstehen deshalb den Kummer, die Ängste und Sorgen der Menschen besser. Und wann immer es gilt, wichtige Entscheidungen für die Gemeinschaft zu treffen, werden sie gefragt. Mit ihren weisen Geschichten, die sie abends im Kreis ihrer Lieben erzählen, tragen sie zur kollektiven Weisheit der Gemeinschaften bei und werden nicht in Altersheime weggesperrt.

Dadurch, dass die weisen Ältesten immer besser und besser gelernt haben loszulassen, haben sie auch die Angst vor dem Sterben verloren, dem letzten Loslassen eines letzten Stücks Materie in ihrem Leben. Sie haben erkannt, dass Materie zwar immer der sichtbare Ausdruck einer darin verborgenen Energie und Information, sie aber gleichzeitig immer nur eine vorübergehende Erscheinung ist. In ihren letzten Tagen erklären sie ihren Lieben, dass es keinen Grund gibt, traurig zu sein. Ihre Energie und ihr Geist sind ohnehin in jedem Stein, jeder Pflanze, jedem Tier und ganz besonders in den ihnen nahestehenden Menschen. Und erst indem sie zu Ahnen werden, können sie als Ahnen wirken, in einer Welt, in der nun Platz ist für Neues. Indem sie sich am Ende des Luftelements im Element Wasser auflösen, schließt sich der Kreis. Doch etwas hat sich verändert. Sie haben ihre Weisheit als Fingerabdruck im Element Wasser hinterlassen, damit die nächste Generation die Chance hat, selbst wiederum, nun aber auf einem höheren Niveau, in den Lebenszyklus der fünf Elemente einzutreten.

Hier finden wir in der Naturheilkunde beziehungsweise der Traditionellen Europäischen Medizin wieder ein starkes Bild zum Sinn im Leben. Denn wenn wir uns als Teil der menschlichen Evolution sehen und begreifen können, dann wäre das Erlangen von Weisheit und die Weitergabe dieser an die nächsten Generationen solch ein tiefer Sinn in unserem Leben. Diese Weisheit beinhaltet auch den Umstand, dass sich der Mensch als Teil der Biosphäre sehen kann und damit ein wichtiges, aber doch abhängiges Glied in

der biosphärischen Ordnung ist. Er ist sich in dieser Erkenntnis klar, dass er nicht ein von der Natur abgekoppelter und unabhängig existierender Geist ist, sondern so wie alle anderen Lebewesen in erster Linie ein fühlender Körper. Und in diesem Wissen schafft es der Mensch auch, die Natur, an der er partizipieren darf, als gleichwertigen Partner zu schätzen.“

Doch nun zu den Archetypen. Hier geht es um die Individualität, um meinen Lebenssinn und meine Aufgabe. Jeder von uns ist eine ganz besondere Mischung aus archetypischen Elementen. Wir wurden von der Evolution genauso in diese Welt hineingeboren. Und letztlich gilt es nur zu sein. Oft hält die Gemeinschaft unsere Einzigartigkeit nicht aus, sie ist vielen zu fremd. Und so beginnen die Menschen die Kinder bereits im Kindergarten und dann weiter in der Schule zu verbiegen. Doch sie übersehen dabei, dass verbogene Menschen nicht so wertvoll für die Gemeinschaft sind. Ich erkläre in diesem Zusammenhang gerne ein Symphonieorchester. Eine Oboistin klingt einfach nicht so wie eine Geige oder ein Cello. Für manche mag das befremdlich klingen. Sie meinen, es sei dies eine Schwäche und die Oboistin solle doch an ihrer Schwäche arbeiten und sich bemühen, wie eine Geige zu klingen. Die Menschen vergessen dabei, dass genau dieser spezifisch andere Klang einer Oboe ein Symphonieorchester zur Ganzheit bringt. Nur dadurch klingt es eben wie ein solches. Die Oboistin sollte einfach ihre Stärke weiter ausbauen, dann wird sie mit ihrer Eigenart noch wertvoller. Sie hat ihre Lebensmelodie, die plötzlich das Gegenüber, die Lebensaufgabe gefunden hat. Das ist ein magischer Moment für uns Menschen. Wir sind in eine uns übergeordnete Information eingebunden. Es gibt etwas außerhalb von uns, das uns will. In den Wurzeln der Traditionellen Medizin ist dies ein ganz wesentlicher Aspekt unseres Menschseins. Wir Menschen sind ein Faden im Webwerk des Lebensteppichs. Dieser Faden mit einer ganz besonderen Farbe und Struktur. Der Teppich funktioniert nicht ohne uns und wir nicht ohne ihm. Es entsteht das Gefühl tiefer Verbundenheit.

An dieser Stelle kommt immer die Frage, wo wir denn diese uns übergeordnete Aufgabe finden. Nie stellt jemand die Frage, ob es diese Aufgabe gibt. In angespannter Suche nach solch einer Aufgabe werden wir sie nicht finden. Doch durch Training unserer Achtsamkeit erfahren wir immer besser unsere

eigene Lebensmelodie und ihre Verbindung zur Welt. So wird uns letztlich die Lebensaufgabe finden, nicht wir sie.

Und genau die anderen zwei Eckpfeiler meiner Ausführungen zur Salutogenese, die Kräftigung meiner Konstitution und der Aufbau des Urvertrauens sind enorm wichtig, dass ich mit Gelassenheit diesen Prozess erwarten darf.

Durch den Lebenszyklus in den fünf Elementen zusammen mit dem Bild der Lebensmelodie konnten viele meiner Patientinnen und Patienten wieder eine Struktur erkennen und eine Orientierung finden. Dass diese abhandengekommen ist, hängt mit dem Umstand zusammen, dass wir Menschen eben die Verbindung zur Natur größtenteils verloren haben. In intensiver Beobachtung der Sterbeprozesse der Natur und den damit verbundenen Geburtsprozessen könnten wir diese Struktur ableiten. Doch im Alltag des Hamsterrades ist dies den meisten Menschen nicht möglich. Unter Einbeziehung der Philosophie, also der Grundlage von menschlichen Leben, kann nun wieder Sinn in mein Leben eintreten, das Leben eine Idee und Richtung bekommen. Dies ist zutiefst salutogenetisch und in meiner vierzigjährigen Erfahrung als Mediziner essentiell und oft lebensrettend.

Zum Abschluss könnte ich allein daraus eine Aufgabe für uns Ärzte ableiten.

Salutogenese für Ärzte: Medizin kurativ und präventiv so anzuwenden, dass die Lebensaufgabe meiner Patientin von ihrer Lebensmelodie gelebt werden kann.

Altchinesische Gesundheitsmuster – heute

Bipolare Aspekte in unserem Denken, Fühlen und Handeln und ihre Vernetzung gemäß Altchinesischer Phasenwandlungslehre („Elemente-Lehre“)

Fritz Badelt

Kurzfassung

Das harmonische Zusammenspiel bipolarer Aspekte (vgl. Yin – Yang – Taiji) sowie von Kategorien des Verschiedenartigen (vgl. 5 Wandlungsphasen bzw. „Elemente“) in der Natur und im Menschen gilt gemäß altchinesischer Naturphilosophie als wesentliches Merkmal optimaler Lebensbedingungen (modern: Salutogenese). Bipolare Aspekte unseres Denkens, Fühlens und Handelns lassen sich im Sinne von These-Antithese; aktiv-passiv; mir selbst – anderen gegenüber sowie positiv-negativ konkret formulieren und unterschiedlichen psychosozialen „Elementen“ beifügen: Kontakterlebnisse (bei Feuer), Sorgsamkeit (bei Erde), säuberliche Unterscheidung (bei Metall), individuelle Begrenzung und Bereitstellung, Motivation (bei Wasser); persönlicher Entfaltung, Leistung (bei Holz). Alle diese „Elemente“ sind noch zusätzlich atmosphärischen Einflüssen (innen der eigenen Lustbesetzung, außen der Umwelt (vgl. Luft?) ausgesetzt. Resilienz fördernde, harmonische Formen der Dynamik einerseits und riskante Muster bzw. Abläufe andererseits lassen sich sowohl innerhalb einzelner Yin-Yang- Aspekte als auch unter den 5 verschiedenen „Elementen“ darstellen und mittels vieler Beispiele aus dem täglichen Leben bestätigen. Über einen speziellen Fragebogen können psychosoziale Risikofaktoren erhoben werden. Gedankliche Verankerung wichtiger bipolarer Aspekte gekoppelt mit eigenen Atembewegungen kann therapeutisch genützt werden, um heilsame psychosoziale und psychosomatische Ausgewogenheit zu fördern – wirkungsvoll unterstützt durch Akupunktur bei körperlicher Symptomatik.

1. Einführung:

Zeitgemäße Interpretationen des Yin-Yang Prinzips und der Phasenwandlungslehre (beide wichtige Bestandteile altchinesischer Naturphilosophie) dienen im Folgenden der Gegenüberstellung heilsamer und riskanter psychosozialer Dynamik. Dazu werden allgemein verständliche, westliche Begriffe bzw. Begriffspaare in beide altchinesischen Systeme (wie in eine Formel) eingesetzt. Werden Yin-Yang und Phasenwandlungssystem kombiniert betrachtet (also unter Berücksichtigung bipolarer Aspekte in jeder Phase), ergibt sich ein dynamisches psychosoziales Gesundheitsmodell im Sinne moderner Salutogenese (wie in der später folgenden Abb.4 veranschaulicht). Durch Zuordnung charakteristischer somatischer Funktionen zu jeder Phase am Ende dieses Beitrags ergeben sich wichtige Hinweise auf besonders beachtenswerte psychosomatische Beziehungen und Risikofaktoren.

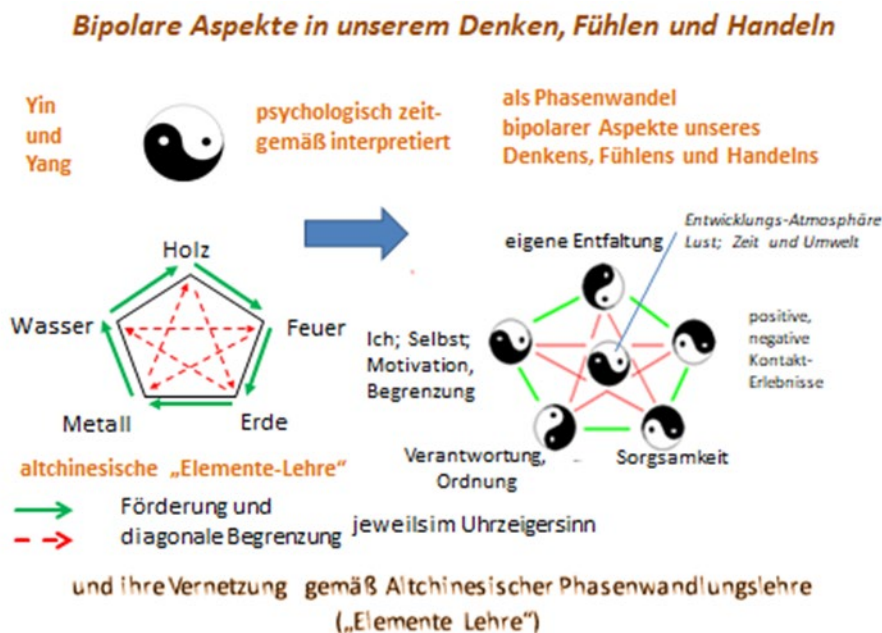


Abb.1: Altchinesische Systeme und deren Koppelung

Als Ziel wird ein möglichst ausgewogen erlebtes Zusammenspiel der unterschiedlichen Hauptbereiche (5 Wandlungsphasen und ihr Umfeld) sowie subjektive Balance möglichst vieler ihrer bipolaren Komponenten angepeilt. Das mag zwar - je nach persönlichen soziokulturellen Lebensbedingungen - zumeist ein schwieriges Unterfangen sein, kann aber immerhin als Orientierungshilfe dienen. Aus didaktischen Gründen werden die psychologischen Aspekte beider Systeme hier aber zunächst getrennt beschrieben.

2. Das Yin- Yang – System:

Unter den bipolaren Aspekten spielen aus psychologischer Sicht 4 unterschiedliche Yin - Yang Aspekte eine diagnostisch und therapeutisch wichtige Rolle:

1. These (Begriff) – Antithese (Gegenteil) z.B. Arbeit – Pause; gemeinsam – allein; motiviert – zufrieden etc.
2. aktiv – passiv (z. B; helfen – sich helfen lassen; lieben-geliebt werden; führen – geführt werden)
3. zentripetal – zentrifugal bzw. sich selbst – anderen gegenüber; (z.B. für sich – für andere arbeiten; sich selbst – anderen zuwenden; von sich – von anderen verlangen)
4. positiv – negativ (wertend) Dieser Aspekt resultiert aus der mehr oder weniger ausgewogenen Dynamik der 3 anderen, oben angeführten Yin-Yang Aspekte

Zur besseren Veranschaulichung des Zusammenwirkens der ersten 3 Yin – Yang Typen wird in Abb.2 ein Vergleich mit den 3 räumlichen Ebenen verwendet, wobei der 4. Aspekt (wertend negativ-positiv) der mehr oder weniger entrundeten Gesamtform entspräche.

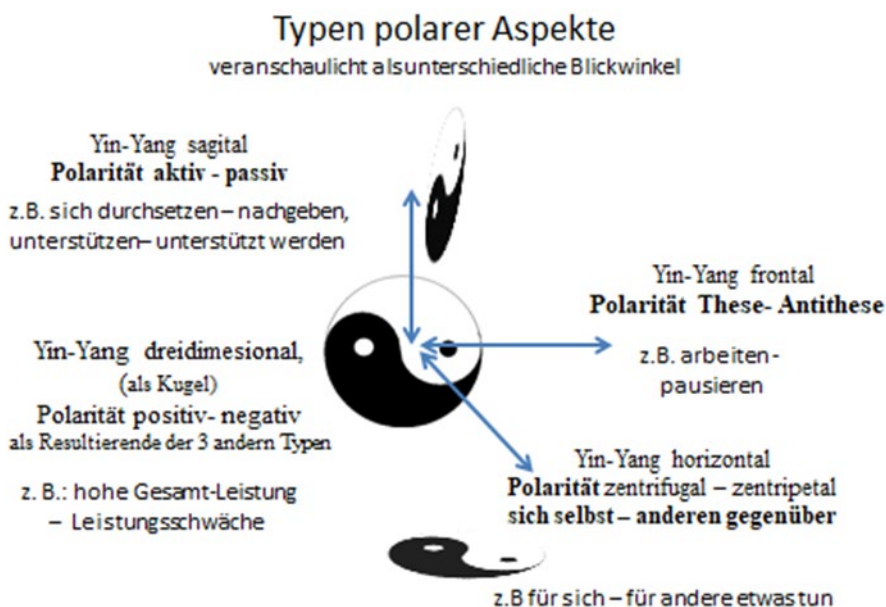


Abb.2: Polaritäts-Typen im psychosozialen Bereich

3. Heilsame polare Dynamik und Risikodynamik

Im Idealfall werden polare Aspekte unseres Denkens, Fühlens und Handelns als subjektiv ausgewogenes Zusammenspiel oben erwähnter antagonistischer Funktionen erlebt – veranschaulicht durch ein (räumlich verstandenen) Tai-ji Symbol (vgl Abb.2, bzw. Abb.3 Mitte) Bipolare Aspekte erscheinen dabei als Einheit (der gemeinsame Kreis symbolisiert die bipolare Einheit), als Ausgewogenheit (gleich große Gesamtfläche der bipolaren Aspekte). Bewegung in beide Richtungen je nach Situation möglich (Sinuskurve). Auch bleiben in jeder Bewegungsphase beide Seiten einander im Bewusstsein bzw. beachten einander (Yin Kern im Yang enthalten und umgekehrt).

Psychosozial und psychosomatisch riskant wirken sich hingegen beidseits zu träge bis fehlende Dynamik, Balancestörungen, Extremschwankungen und Konflikte polarer Elemente aus.

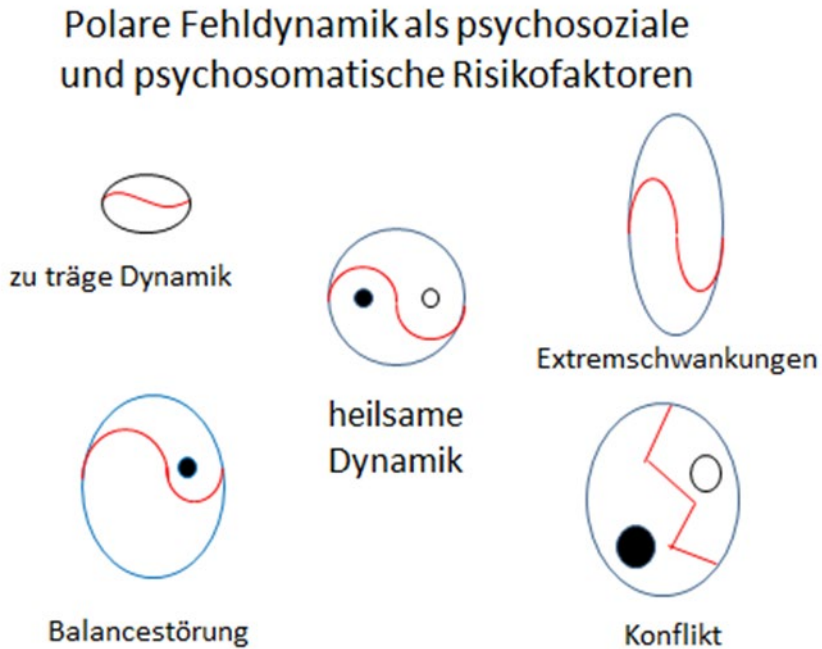


Abb.3: polare Fehldynamik

Zu träge Beweglichkeit kann zum Verlust beider Aspekte führen: z.B.: Gleichgültigkeit bedeutet: weder Interesse noch Zufriedenheit; Bei Gefühlskälte: spüre ich weder sich selbst noch andere.

Bei Balancestörungen überwiegt (>>) eine Seite eines bipolaren Funktionspaares: z. B.: Misstrauen: Vorsicht >>Vertrauen; Workaholics: arbeiten >> pausieren, etc.

Bei Extremschwankungen ($<<>>$) verlieren beide Pole einander aus dem Auge – z.B. blindes Vertrauen in Schulmedizin – extremes Misstrauen gegenüber komplementären Methoden, oder umgekehrt

Bei Konflikten ($>><<$) behindert das Entweder-Oder Prinzip: das zeitlich flexiblere Sowohl – als auch Prinzip: Entweder meine – oder deine Schuld; mein Anspruch – dein Anspruch.

4. Diagnostische und Atem-therapeutische Wege bei dysfunktionaler bipolarer Dynamik

Symptome einer derart belastenden Dynamik lassen sich über einen eigens dafür ausgearbeiteten Erhebungsbogen erfassen – siehe Anhang bzw. einen Auszug davon in Tabelle 1. Die zugehörige Begleitinformation sollte vor dem Ausfüllen genau durchgelesen werden. Bei subjektiv empfundenen Gleichgewicht, wird je 1 Kästchen li und rechts neben der Mitte angekreuzt, überwiegt ein Pol, dann nur ein passendes Kästchen auf der entsprechenden Seite ankreuzen, bei Extremschwankungen und Konflikten jeweils ein Kästchen am li und rechten Rand ankreuzen. Beispiele für normale bipolare Aspekte innerhalb jeder Wandlungsphase finden sich in Abb.4.

Kleiner Auszug aus dem Fragebogen
polare Dynamik und Lebensstil – siehe unten

Gewichtung eines Pols	3	2	1	0	1	2	3	Gewichtung Gegenpol
viel Freude, viel Glück			x	0		x		sehr viel Leid und Enttäuschungen
beengend gebunden	x			0			x	einsam, allein
Erlebnisreichtum			x	0		x		Erlebnisarmut, Eintönigkeit
bin fanatisch, eigensinnig			x	0	x			bin ängstlich, ziellos
sehr ehrgeizig, strebsam		x		0	x			bin eher bequem, untätig

Tabelle 1: Auszug aus dem Fragebogen: Polare Dynamik und Lebensstil - Hinweis auf vollständigen Fragebogen polare Dynamik und Lebensstil mit Erläuterungen

Sowohl die in Abb. 5 dargestellten lebenswichtigen unauffälligen bipolaren Funktionen einzelner Wandlungsphasen, aber auch auffällige Konstellationen (gemäß Fragebogenergebnis) können psychotherapeutisch angesprochen und atemtherapeutisch verwendet werden:

Empfohlene Vorgangsweise: Anfänglich sollen im Sitzen oder Liegen ca. 10 Atemzüge hindurch während der Einatmung (durch die Nase) die aktive Erweiterung von Brust- und Bauchraum, während der Ausatmung (durch Nase oder Mund) das passiv- entspannende Einsinken-lassen der Bauchdecke bewusst wahrgenommen werden. Nach jedem Atemzug folgt eine Atempause

von individuell passender Länge. Anschließend werden zunächst einige unbelastete Funktionspaare gedanklich mit den Atembewegungen gekoppelt: z. B: für mich (während einatmen) – für andere (während ausatmen); verbinden (einatmen) – loslösen (ausatmen) – Paare der Abbildung 5 bieten genügend Auswahlmöglichkeiten. Zuletzt könnten auch physiologische Begriffspaare einzelner im Fragebogen angeführter, dysfunktionaler Paare eingebunden werden.

Mit der aktiven Einatmungsphase werden eher aktive und zentripetale Funktionen gekoppelt, mit dem passiven Einsinken-lassen der Bauchdecke während der Ausatmung gehen besser passive und zentrifugale Vorstellungen einher. Die Pause zwischen den Atembewegungen bewahrt vor Hyperventilation und dient der Einprägung vorgestellter gesunder Funktionspaare.

Als Folge dieser autosuggestiven Atemübungen tritt oft Schläfrigkeit ein, mitunter auch ein hypnoseähnlicher Zustand, welcher am Ende der Übung durch 2maliges tiefes Durchatmen und einmaliges Durchschütteln des ganzen Körpers beendet werden sollte, um so die normal erforderliche Reaktionsfähigkeit für das tägliche Leben wieder herzustellen.

Prophylaktisch können individuell stimmige Übungen je nach Bedarf bis zu 3x täglich etwa 5 Minuten lang selbst zu Hause praktiziert werden. Bei psychosozialer oder psychosomatischer Symptomatologie sind psychologische, psychotherapeutische bzw. ärztliche Begleitungen dabei erforderlich. Entspannende Bauchatmung wirken psychomental wie eigene Schritte auf dem Weg zu höherer psychosozialer Kompetenz.

Bauchatemübungen unterstützen aber auch die eigene Lungenfunktion. Die meist dabei erlebte Entspannung entkoppelt bzw. reduziert zusätzlich das oft gemeinsame Auftreten von Angst mit Gefühlen von Atemnot. Gerade in Zeiten von Covid-19 und bei Atemwegserkrankungen ist das von besonderer Wichtigkeit.

Polare Grundfunktionen

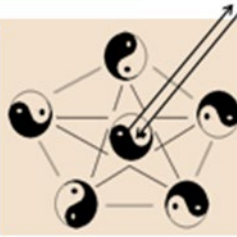
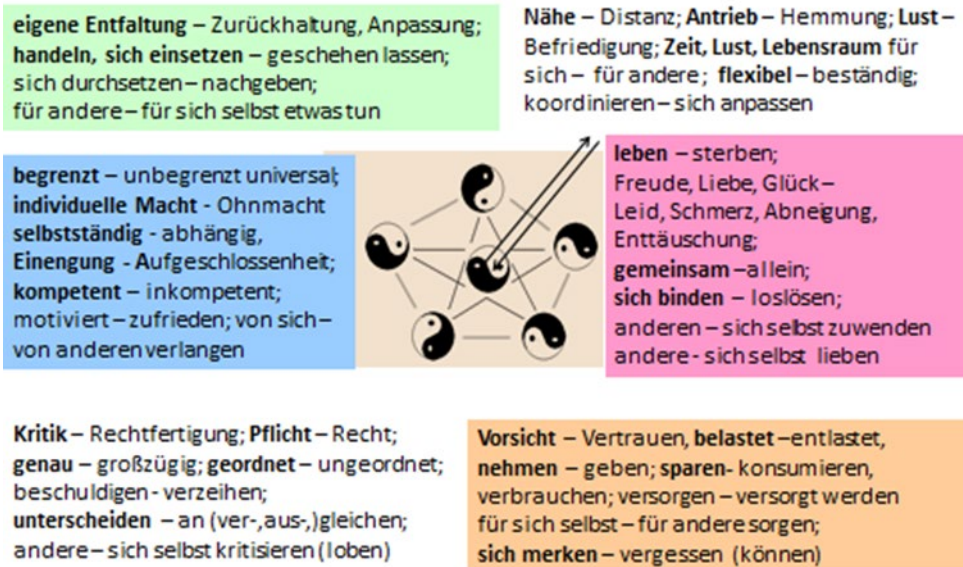


Abb.4: bipolare Aspekte in den 5 Wandlungsphasen und der Atmosphäre

5. Das Phasenwandlungssystem: Wu-Xing – und seine Atmosphäre

Zunächst einige Hinweise zur richtigen Übersetzung: Wu heißt eindeutig 5. Die im Westen oft gängige Übersetzung von wu - xing als 5 Elemente fand ich zwar noch in einem offiziellen chinesisch – deutschen Wörterbuch, sie verfehlt aber den tieferen Sinn des Begriffs xing. Dieser hat vielmehr Bedeutungen wie reisen, Reiseweg, fortbewegen, im Umlauf sein, aber auch sich benehmen, betragen, in Mode sein, in Ordnung sein, in Ordnung gehen. Sinologen übersetzten daher üblicherweise wu – xing im Kontext mit altchinesischer Philosophie mit „5 Wandlungsphasen“. Das ursprünglichen Schriftzeichen entwickelte sich nach Fazzioli (italienischer Sinologe) von der Symbolik einer Kreuzung – über einen Abdruck von Fußspuren (linke und

rechte Spur eines gehenden Menschen) – hin zum jetzigen Piktogramm. Das unterstützt meine Auffassung, wonach auch innerhalb jeder Phase bipolare Aspekte zu berücksichtigen sind. Die Koppelung des Yin-Yang System mit dem Wu Xing System als Yin-Yang-Wu-Xing System ist somit auch geschichtlich gerechtfertigt, wurde aber offenbar (abgesehen von paarweise zugeordneten Hauptmeridianen) in China offenbar nicht weiter konkret ausgearbeitet.

Das Phasenwandlungssystem bietet damit ein lebensnahes Muster, eine geordnete Zusammenstellung der meisten bipolaren Aspekte in unserem täglichen Leben. (siehe Abb.4).

Dem System Wu – Xing liegt aber nicht nur die Idee des Wandels, der Veränderung sondern auch ein Denken in Entsprechungen zugrunde. Gemäß diesem Denkansatz lässt sich Gleichartiges aus unterschiedlichen Bereichen (vgl. Zeilen) in Rubriken - einer vertikalen Ordnung entsprechend - tabellarisch auflisten.

In der Traditionellen Chinesischen Naturphilosophie wurden dabei lediglich 5 Rubriken postuliert, welche einander wie die traditionell chinesischen Naturelemente Wasser, Holz, Feuer, Erde und Metall kreisförmig bahnen und diagonal begrenzen. Das Milieu dieses 5er Systems (die Luft, die Atmosphäre) wurde dabei nicht extra angeführt. Ich habe es dennoch hier in Hinblick auf das 6. Hauptmeridianpaar und seine Bedeutung für das geregelte Zusammenspiel der 5 anderen Bereiche als sechste Rubrik bewusst hinzugefügt.

Entsprechungstabelle – zeitgemäß interpretiert und erweitert:

Element;	Feuer	Erde	Metall	Wasser	Holz	„Luft“ Atmosphäre
Kurz- Kennung	Phase A	Phase B	Phase C	Phase D	Phase E	Atmosphäre EA
Meridian Paar	Herz - Dünnd.	Milz,Pankr. Magen	Lunge - Dickdarm	Niere- Blase	Leber – Gallenbl.	Kreislauf-Sex 3Erwärmer
Wirk- Prinzip	Ver- bindung	Ver- arbeitung	Säuberung, Ordnung	Bereitstellung, Abgrenzung	Ent- faltung	Entwicklung im Milieu
Kogni- tion,	Kreation, Erlebnis, Bewusst- sein, Phantasie	Gedächtnis; Haushalt, Versorgung	Abstraktion, Ordnung, Kritik	eigenes Wissen, Er-kenntnis Kompetenz; Motivation, Bedürfnisse	Arbeit, Leistung, Training	Sprache; Raum – Zeit Gestaltung
Kultur	Kunst, Religion	Wirtschaft, Tradition, Konsum	Gesetze, Regeln	Macht, Führung Zielsetzung Wissenschaft	Arbeit, Sport Kampf	Politik; Unterhaltung Medien
Tugend	Liebe,	Fürsorge	Redlichkeit, Gerechtigkeit	Weisheit, Sinnggebung	friedliche Stärke	Anpassung, Organisation,
psycho- sozial	Kontakt,	Versorgung Schutz	Kritik, Gewissen,	Selbstbewusst- sein, Position	eigene Leistung	Lust, Libido, Anpassung
(Trad.) Emotion	Freude Leid	Grübeln, Sorge	Kummer, Trauer	Angst, Schreck	Zorn	Antrieb- Hemmung Nähe - Distanz
Aus- druck	lachen, weinen	sammeln, bewahren	sich zurück- ziehen	zittern	kämpfen, bewegen	
Sinnes- Funktion	fühlen Schmerz	schmecken	riechen	hören	sehen	Gleich- gewicht
Wetter	Wärme, Hitze	Nässe	Trockenheit	Kälte	Wind	(Luft-druck), Föhn

Tabelle 2: Entsprechungen, zeitgemäß

Gedankliche assoziative Ausgangspunkte dieser vertikalen Ordnung waren ursprünglich offenbar die Naturelemente. Für die Anwendbarkeit dieses Musters in der Psychologie erscheinen jedoch heute passende Wirk-Prinzipien, psychosoziale Oberbegriffe, unterschiedliche kognitive und kulturelle Aspekte besser geeignet als alte Elementbezeichnungen. Auch die „atmosphärischen“ Zuordnungen der gesamten rechten Rubrik vervollständigen das ursprüngliche System zeitgemäß – erläutert wie folgt:

Allen 5 tradierten Elementen bzw. Phasen wurden unter anderem auch je 1 Hauptmeridianpaar zugeordnet. Das 6. Paar (Kreislauf, Sexualität, heute genannt: „Pericard“ – Dreifacher Erwärmer) bleibt dabei scheinbar über. Deshalb wurde der Meridian Pericard einfach dem Herzmeridian beigelegt. Diese Inkonsistenz, ebenso wie ältere französisch – deutsche Bezeichnungen dieses 6. Meridianpaares: Kreislauf-Sexualität (statt Pericard) führten mich gedanklich hin zur Berücksichtigung gemeinsamer Umstände, hin zur gemeinsamen Atmosphäre, in welcher der gesamte Phasenwandel stattfindet. Dieses Milieu wirkt innen psychologisch (als Lustbesetzung jeder Phase), kognitiv als Sprache, (auch die Zunge findet sich in alten Tabellen als Zuordnung beim „Herz“), als subjektives Zeitgefühl, und als Zeit, die wir für jede Phase aufzubringen bereit sind. Ebenso beinhaltet der Begriff Atmosphäre unseren Lebensraum, unser persönliches, mediales und kulturelles Umfeld.

Unterschiedliche kulturelle Einflüsse und individuelle Lustbesetzung bestimmen wesentlich mit, welches Gewicht jeder einzelnen Phase in uns zukommt.

In Abbildung 5 werden Beispiele für phasentypische Mangel- und Überschuss-Symptomatik aufgezeigt. Sie sind üblicherweise gekoppelt mit Balancestörungen ihrer zugeordneten bipolaren Komponenten.

Beispiele für Mangel und Überschusssymptomatik einzelner Phasen

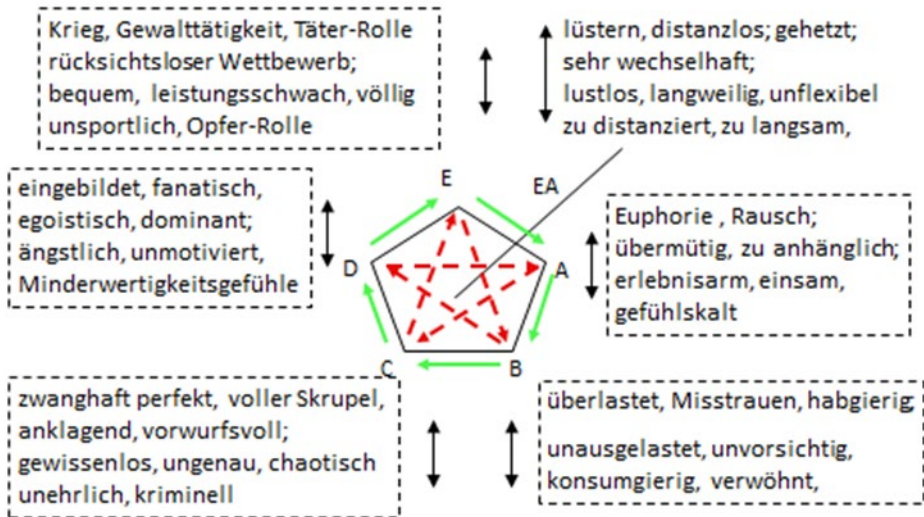


Abb.5: Beispiele für Mangel und Überschusssymptomatik einzelner Phasen

6. Heilsame Dynamik im Phasenwandlungssystem aus psychosozialer Sicht, natürliche Abläufe und fraktale Aspekte

Kreislauf der Förderung (im Uhrzeigersinn) Dieser lässt sich mittels beige-fügter psychosozialer Funktionen zum Teil noch besser veranschaulichen als mit Elemente-Bezeichnungen:

Eigene Leistung, Entfaltung (Phase E) fördert positive oder negative Erlebnisse, Kontakte (alle Phase A) Positive oder negative Erlebnisse fördern wiederum Versorgung, Sorgsamkeit, Vorsicht (alles Phase B). Aus Vorsicht erwachsen Regeln, Ordnung, Kritik; Vertrauen fördert Toleranz. (alles Phase

C). Ordnung, Regeln, Kritik und Verantwortung schaffen persönliche Grenzen, Positionen, bzw. eigene Bedürfnisse und Motivation Toleranz kann Zufriedenheit fördern. (alles Phase D). Eigene Grenzen, Motivation, Kompetenz schaffen eigenen Handlungsspielraum, persönliche Leistung, Anstrengung (alles Phase E); eigene Handlungsweisen, Arbeit fördern positive oder negative Erlebnisse und Kontakte in Phase A – unter Mitberücksichtigung von Koordinations- bzw. Anpassungsfähigkeit, eigener Lust (vgl. Aspekte der Entwicklungsatmosphäre EA) usw.

Die Stabilisierung jeder Phase und damit des ganzen Systems erfolgt mittels diagonalen Begrenzung im Uhrzeigersinn – beispielsweise: Eigene Entfaltung, Leistung (E) begrenzt eigene Vorsicht bzw. das notwendige Maß eigener Versorgung (B); bzw. fördert indirekt B Antithese (Vertrauen in sich) Eigene Versorgung und Vorsicht (B) sollte eigene Wünsche begrenzen (Phase D); Eigene Wünsche, Ziele, Ansprüche (alles Phase D) – begrenzen unsere Kontakte, unseren Erlebnishorizont (Phase A). (positive ebenso wie negative) Beziehungen, Liebe und Hass (alles Phase A) begrenzen Ordnung und Regeln, Kritikfähigkeit (Phase C). Verantwortungsgefühl, Gewissen, Gesetze, Regeln begrenzen das Ausmaß übertriebener eigener Entfaltung (extremen Wettbewerb, Gewalt - alles Phase E Aspekte) und fördern damit indirekt E-Antithesen wie Hilfsbereitschaft und Kooperation.

Die Differenzierung in 5- 6 Untergruppen (5 Phasen plus 1 Atmosphäre) hat didaktische Gründe. Im täglichen Leben lassen sie sich nicht scharf trennen. Einerseits bedingt durch die zyklische Förderung (Phasenwandel) und die diagonalen Begrenzung. Andererseits existieren fraktale Gegebenheiten (Verschachtelung aller anderen Phasen in jeder einzelnen Phase) Dazu gibt es Hinweise aus der TCM. So wie es kein reines Yin (ohne Yang Kern) und umgekehrt kein Yang (ohne Yin Kern) gibt, so finden sich auch in der TCM in jedem Hauptmeridian nicht nur ein Elementpunkt des zugeordneten Elements, sondern auch je 1 Punkt aller 4 anderen Elemente.

Fraktale Aspekte im Phasenwandlungssystem am Beispiel von Beziehungen (Phase A)
 Komplexe Begriffszuordnungen zu einer Phase enthalten neben den phasentypischen Aspekten auch solche der anderen 4 Qualitäten und der Atmosphäre in sich

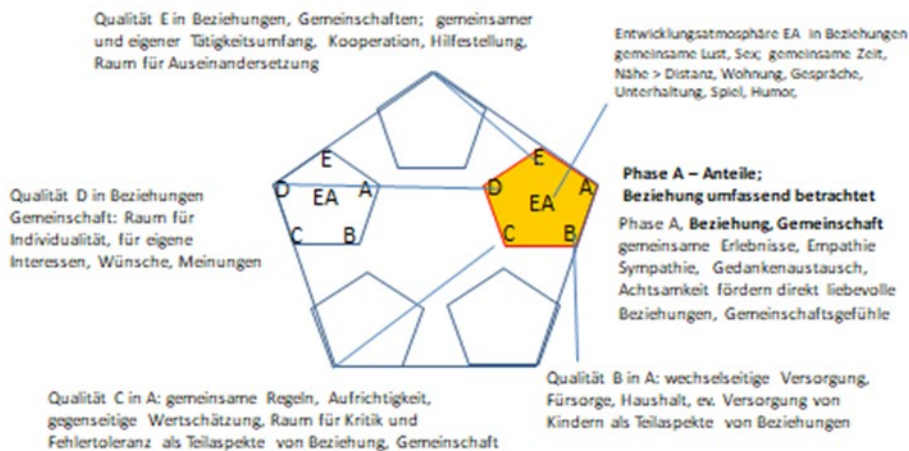


Abb.6: Fraktale Aspekte im Phasenwandlungssystem

Übertragen auf psychosoziale Gegebenheiten - bestätigen sich dabei auch im Westen als bewährt empfundene Gedankengänge und Verhaltensweisen:

Gute Beziehungen (hier primär der Phase A zugeordnet) mögen zwar hauptsächlich durch gegenseitiges, liebevolles Einfühlungsvermögen und von gemeinsamen Erlebnissen geprägt sein, benötigen aber ebenfalls Fürsorge und gemeinsam Versorgung (Phase B), beidseits anerkannte Regeln und Wertschätzung (Phase C), Beachtung individueller Grenzen und Bedürfnisse (Phase D) und eigene Entfaltungsmöglichkeiten bzw. gute Kooperation.(Phase E). Last not least sollten Lust, räumliche Nähe, genug gemeinsame Zeit, gemeinsame Sprache, Humor auch nicht zu kurz kommen (alles Komponenten der Entwicklungs-Atmosphäre EA).

Ähnliches gilt für ein reifes, realistisches Selbstbewusstsein (in Abb. 6 primär der links angeführten Phase D zugeordnet): Dieses fußt nicht nur auf phasenspezifischen Gegebenheiten wie körperlicher Konstitution, auf dem eigenen Kompetenzbereich, auf eigener gesellschaftlicher Position, auf den eigenen Wünschen und Zielen- alles im Bewusstsein eigener Grenzen (als Gegenpol). Es schließt auch die eigene Arbeit (Phase E), eigene Beziehungen, Kontakte (Phase A), eigenen Besitz, Versorgung (Phase B) eigene Regeln, Gewissen, eigene Wertschätzung (Phase C) mit ein. Zur persönlichen Zufriedenheit (ebenfalls eine wichtiger Komponente des bipolar verstandenen reifen Selbstbewusstseins) tragen dazu noch eigene Lusterfüllung, eigener Lebensraum und eigenes Zeit-Management bei (vgl. Atmosphäre EA).

7. Fehldynamik im Phasenwandlungssystem:

Im Idealfall sind alle Phasen insgesamt gleich gewichtet. Sie fördern (grüner Pfeil) und begrenzen einander (diagonaler roter Pfeil) jeweils im Uhrzeigersinn, wie zuvor beschrieben und wie in Abb. 1 bzw. Abb. 6 jeweils links ersichtlich. Jede Phase (nicht nur die Phase A) steht dabei in Wechselwirkung mit dem Milieu, welches sowohl stabilisierend als auch destabilisierend auf das Gleichgewicht der Phasen und ihrer zugeordneten bipolaren Komponenten einwirken kann.

Ideale, natürliche Dynamik und Risikodynamik im Phasenwandlungssystem

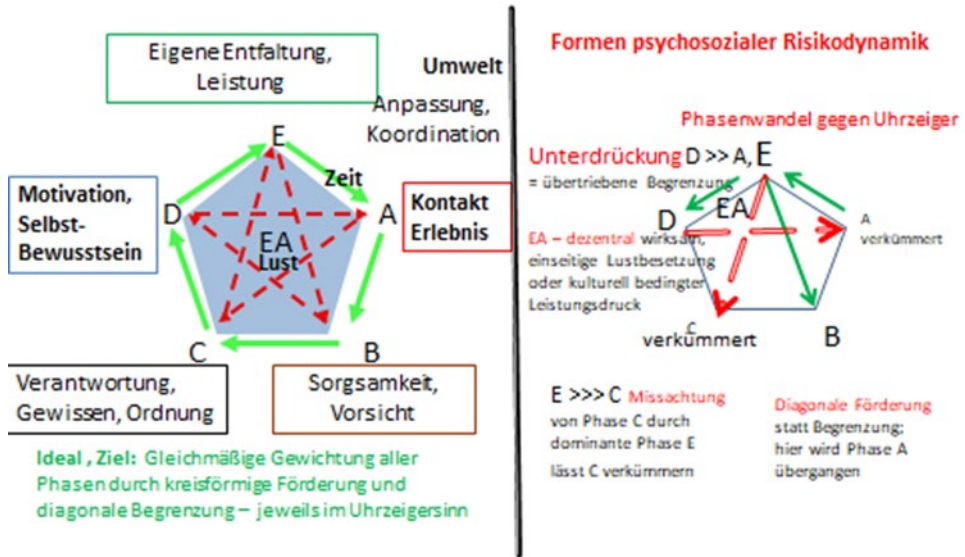


Abb.7: ideale Dynamik und riskante Dynamik im Phasenwandlungssystem

Psychosozial riskante Dynamik findet sich somit nicht nur im Yin –Yang System (vgl. Abb.3), sondern auch im Phasenwandlungssystem - wie auf der rechten Seite der Abb.6 beschrieben.

Einseitigkeit im kulturellen Umfeld – seien es Krieg, Armut, religiöser Fanatismus, extremer Wettbewerb, Hektik und ungebremstes Wachstum belasten unser eigenes Phasenwandlungssystem auch heute unterschiedlich stark.

Einseitige Lustbesetzung einzelner Phasen erklären Phänomene wie Arbeitswut, gesteigerter Machthunger und Narzissmus, Zwanghaftigkeit, Besitzgier u.a.

Subtil riskant wirkt sich psychosozial ein häufig gelebter Phasenwandel gegen den Uhrzeigersinn aus – z.B.: Wandel von A nach E: emotionale Handlungsweisen (unter Verkümmern von Vorsicht, Phase B); Wandel von E nach D: Positions- und Machtkämpfe (unter Verkümmern der Beziehungsfähigkeit, Phase A); willkürliche Rechtsprechung, Vorurteile, willkürliche Diffamierung als Phasenwandel von D nach C (unter Verkümmern eigener positionsgerechter Leistung); Sozialbetrug, soziale „Hängematte“ (Phasenwandel von C nach B) statt Berufs-Motivation (Phase D) und soziale Verantwortung (Phase C); erkaufte Beziehungen und Freundschaften (Phasenwandel von B nach A) zu Lasten von Ehrlichkeit und Gewissen

Phasendominanz kann sich – je nach Ausprägung - mehrfach negativ im System auswirken: Einerseits als (im Uhrzeigersinn) diagonale Unterdrückung (>>), was einer verstärkten physiologischen Begrenzung gleichkommt: z.B. A>>C: Liebe, Hass können unkritisch machen; C>>E Bürokratie kann Leistung, eigene Entfaltung beeinträchtigen; E>>B rücksichtsloser Wettbewerb kann finanziell schaden, Armut fördern; Aggressionen machen unvorsichtig, ebenso wie Kriegsführung Ressourcen vernichtet und meist Armut bewirkt. B>>D Grübeln, Misstrauen hemmt Entschlüsse, fördert Ängste D>>A Egoismus schadet Beziehungen, zu hohe Ansprüche können einsam, unglücklich machen

Andererseits kann sehr starke Phasendominanz auch Phänomene von Missachtung (= diagonale Unterdrückung gegen den Uhrzeigersinn: bewirken, sozusagen als Umkehr der natürlichen Begrenzung, hier symbolisiert mit >>>: z.B.:

A>>>B: emotionale Vereinnahmung, Halluzinationen können psychotische Ängste auslösen. D>>>B: Ausbeutung durch solitäre Machthaber; Verarmung durch überhöhte Ansprüche; C>>>A übersteigerte Ehre oder zu strenge Vorschriften können empathische Beziehungen missachten, Leben vernichten (Todesstrafe) B>>>E zu viel Besitz kann träge machen; E>>>C Gewalt missachtet häufig Gesetze, Regeln; Gewalt entwürdigt (den/die Unterlegene(n))

Nicht zuletzt kann durch diagonale Abkürzungen (diagonale Förderung statt Begrenzung) das ursprünglich 5-gliedrige Phasenwandlungssystem zu einem vier- oder gar dreigliedrigen System verkümmern, wenn dabei eine Phase quasi links liegen gelassen wird, und darüber hinaus die normale, diagonale Begrenzung ausfällt, was zu einer Entfesselung einiger Phasen im System führen kann.

Beispiele dazu sind folgende Fälle:

Abkürzung von E nach B (unter Vernachlässigung von A): Arbeit nur zum Besitzerwerb unter Vernachlässigung zwischenmenschlicher Beziehungen
Abkürzung von A nach C (unter Vernachlässigung von B): emotionale Kritik unter Vernachlässigung von Vorsicht bzw. gesammelten Fakten
Abkürzung von B nach D (unter Vernachlässigung von C) Macht primär durch Besitz (unter Vernachlässigung von Verantwortung, Regeln, Gesetzen)
Abkürzung von C nach E (unter Vernachlässigung von D): wenn Kritik aggressiv werden lässt (unter Vernachlässigung eigener und der Grenzen des anderen);
Abkürzung von D nach A (unter Vernachlässigung von E): Beziehungsanspruch (unter Vernachlässigung eines beziehungsfördernden Verhaltens bzw. von Beziehungsarbeit

Aus den Beispielen wird ersichtlich, dass sowohl das Yin-Yang System als auch die Phasenwandlungslehre genutzt werden können, psychosoziale Risikofaktoren zu erklären. Beide Systeme bieten sich aber auch als psychosoziale Gesundheitsmodelle an.

8. Psychosomatische Aspekte

Dass körperliche und psychosoziale Funktionen eng zusammenspielen, ist eine längst bekannte Tatsache. Psychosomatische Wechselwirkungen, wie sie sich aus dem Blickwinkel altchinesischer Systeme ergeben, werden hier nur zusammenfassend und arbeitshypothetisch formuliert, ohne dabei auf wissenschaftliche Studien im westlichen Sinn zurückgreifen zu können. Psycho-

somatik wird dabei über dahinter liegende gemeinsame Grundideen interpretiert - was eher einem geisteswissenschaftlichen als einem naturwissenschaftlichen Zugang entspricht. Für die ärztliche und psychologische Praxis ergeben sich daraus aber dennoch zum Teil neue Anregungen.

Zunächst muss betont werden, dass sich chinesische Ordnungsmuster von Einteilungen in der westlichen Physiologie beträchtlich unterscheiden. Westliche Physiologie gliedert menschliche Funktionen in Teilgebiete wie Nervensystem, Herz-Kreislaufsystem, Lungenfunktion, Bewegungsapparat, Verdauungssystem, Urogenitaltrakt; Haut, Immunsystem, Psychiatrie, etc. Viele dieser Bereiche sind zusätzlich noch subspezialisiert, Solche Einteilungen waren der traditionell Chinesischen Medizin (TCM) fremd. In altchinesischen Einteilungen dominieren subjektiv empfundene, qualitative Kriterien über quantitativ messbare, materielle Kriterien. In der westlichen Akupunkturliteratur beschriebene Bezeichnungen von Hauptmeridianen sind dort als viel weiter gefasste, bildhafte Vergleiche aufzufassen bzw. als Metaphern zu verstehen. In Meridianbezeichnungen aufscheinende „chinesische Organe“ gehen oft weit über westliche Organbegriffe hinaus. So werden z.B. dem chinesischen Organ „Herz“ bzw. dem Herzmeridian zugeordneten Meridianpunkten neben der subjektiv erlebten Empfindung des Herzschlags auch Phänomene wie Vigilanz, Bewusstsein, Fieber, Fantasie etc. zugeordnet. Alle diese Faktoren können erfahrungsgemäß Herzfunktionen im westlichen Sinn beeinflussen. Ähnliches gilt für andere Hauptmeridianbezeichnungen in oben angeführten Entsprechungstabellen (vgl. Abschnitt 5)

Auch Gesundheit bedeutet in der altchinesischen Naturphilosophie nicht einfach nur balanciertes Zusammenspiel von Yin und Yang (also polar ergänzender Funktionen). Hinter polarer Dynamik bzw. polarer Fehldynamik steht oft ein mehr oder weniger geregeltes Zusammenspiel des Verschiedenartigen, der Wandlungsphasen, wie das im vorigen Abschnitt beschrieben wurde.

Die unterschiedlichen Ideen und Wirkprinzipien (siehe Entsprechungstabelle) spiegeln sich nicht nur psychosozial, sondern auch in qualitativ ähnli-

chen Körperfunktionen. Muster häufig beobachtbarer Zusammenhänge unterschiedlicher Ebenen werden in der Akupunkturliteratur als „Funktionskreise“ bezeichnet, und scheinen dann in der gleichen vertikalen Rubrik der chinesischen Entsprechungstabellen auf. Darin angeführte Elemente-Bezeichnungen, Meridianbezeichnungen, Tugenden bzw. Geist-Aspekten, Emotionen, Verhaltensweisen bzw. Ausdrucksformen, Sinneswahrnehmungen, und phasentypischen KH auslösende Wetterfaktoren bilden Grundlagen solcher oft psychosomatischer Meridiansyndrome.

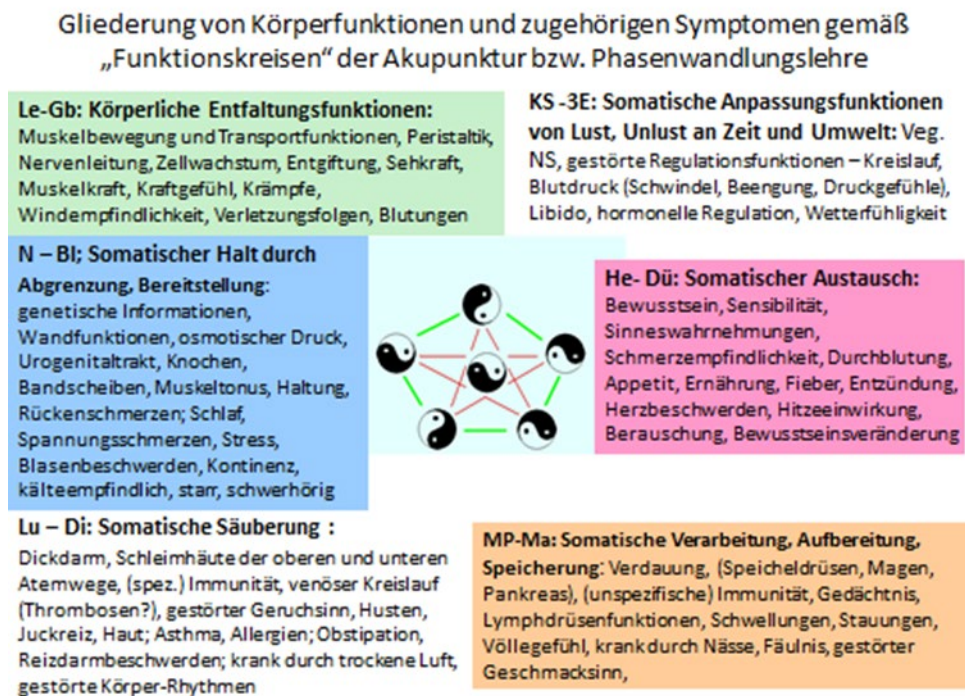


Abb.8: Gliederung von Körperfunktionen und Symptomen gemäß Funktionskreisen in der Akupunktur bzw. Phasenwandlungslehre

In Abb. 8 finden sich zusätzlich zu den kreisförmig angeordneten 5 traditionellen, psychosomatischen Haupt - Gruppen rechts oben noch die Zuordnungen der bereits erwähnten, sechsten Gruppe (vgl. Abschnitt 5 bzw. das

6. Hauptmeridianpaar Kreislauf – 3-facher Erwärmer) – der Atmosphäre des Phasenwandels entsprechend. Zuordnungen dieses Bereichs stammen weniger aus altchinesischen Quellen. Sie wurden weitgehend vom Autor aus der westlichen Physiologie abgeleitet.

Die Koppelung des Yin-Yang Systems mit dem Entsprechungssystem bzw. mit der Phasenwandlungslehre erhellt den Blick auf passende bipolar formulierte Gruppen von Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen welche in bestimmten Phasen qualitativ eine besondere Rolle spielen. In Fällen gehäufte Krankheitsanfälligkeit in einem der Hauptbereiche sind zuvor genannte psychosoziale bipolare Aspekte derselben Phase (vgl. Abb.4, 5, 6) sicherlich eine nähere Betrachtung wert. Sie könnten z. B. im Rahmen einer ausgleichenden Atemtherapie (vgl. Abschnitt 4) besonders mitberücksichtigt werden.

Da aber letztendlich in diesem System alles mit allem zusammenhängt, sind eindeutige psychosomatische Beziehungen, Interpretationen und Vorhersagen grundsätzlich nicht möglich.

Ebenso bleibt offen, ob im konkreten Fall hinter Gesundheit oder Krankheit eher intakte bzw. riskante bipolare Dynamik oder natürliche bzw. gestörte Phasenwandlungsdynamik steht. Beide schaukeln mit großer Wahrscheinlichkeit einander auf.

Andererseits lassen sich dadurch aber auch über beide theoretische Konzepte (Yin-Yang Muster und Phasenwandlungssystem) therapeutische Maßnahmen entwickeln. So wirkt sich die persönliche Arbeit an einem oder nur wenigen auffälligen bipolaren Funktionsgruppen zumindest langfristig systemstabilisierend und damit günstig auf die ganze Gesundheit aus.

9. Schlussbetrachtung

Mit Hilfe westlicher psychosomatischer Oberbegriffe und bipolarer Begriffspaare aus der Welt unseres Denkens, Fühlens und Handelns lassen sich die Altchinesischen Systeme Yin –Yang und Phasenwandlungslehre) zeitgemäß interpretieren. Auf diesen „neuen“ Wegen ist es möglich, Komplexität und

Dynamik von Gesundheit und Erkrankung anschaulich zu erklären. Durch die Gegenüberstellung systemerhaltender (heilsamer) und destabilisierender riskanter Dynamik wird ein geisteswissenschaftlicher Beitrag zum besseren Verständnis psychosozialer und psychosomatischer Salutogenese angeboten. Daraus ergeben sich zusätzliche psychotherapeutische bzw. atemtherapeutische Therapieoptionen, welche bei begleitenden Körpersymptomen wirkungsvoll durch Akupunktur unterstützt werden können.

Weiterführende Literatur

Badelt Felix; 2008 Psychosomatische Vorsorgemedizin, (seelische Balance durch polares Denken und altchinesische Phasenwandlungslehre); ISBN 978-3-211-79266-7 Springer, Wien New York

Bischko Johannes; Handbuch der Akupunktur und Auriculotherapie, ISBN 3-7760-0364-2; Karl F. Haug Verlag, Heidelberg – darin Badelt F. 1983, Broschüre 2.1.0 (Klassische Theorie) Chinesische Klassik aus ärztlicher Sicht

Fazzioli E.; 2004, Gemalte Wörter, (214 chinesische Schriftzeichen vom Bild zum Begriff), Marixverlag, Wiesbaden

Gebser Jean; 1974, Verfall und Teilhabe (über Polarität, Dualität, Identität und den Ursprung), 1974, ISBN 3-7013-0501-7; Otto Müller Verlag, Salzburg

Hisaki Hashi; 2017, Philosophy of Nature in Cross-Cultural Dimensions , Schriftenreihe Komparative Philosophie und Interdisziplinäre Bildung (KoPhil), Verlag Dr. Kovac, Hamburg darin Badelt F.: Yin-Yang-Taiji and the Five Phases Rotation System – as rational tools to explain psychosocial progress and risks

König G, Wancura I.; 1979, Praxis und Theorie der Neuen Chinesischen Akupunktur, Bd. 1, Maudrich, Wien München Berlin

- Meng Alexander, Bijak Michaela, Stockenhuber Daniela; 2010, Basishandbuch der Akupunktur,, ISBN978-3-85175-919-8; Facultas Verlag, Wien, Copyright Wilhelm Maudrich Verlag, Wien
- Nguyen Van Nghi; 1977, HoangTiNeiKingSoQuen, Bd1, Med. Lit. Verlagsgesellschaft, Uelzen
- Platsch Klaus-Dieter; 2005, Die fünf Wandlungsphasen, ISBN 978-3-437-56710-0; Elsevier GmbH, Urban und Fischer Verlag, München
- Schmidt Heribert; 1978, Akupunkturtherapie nach der chinesischen Typenlehre, Hippokrates Verlag, Stuttgart
- Wallner Friedrich, Kubiena Gertude, Jandl Martin; 2009, Culture and Knowledge, Vol. 10: Understanding Chinese Medicine, ISBN 987-3-631-56709-8 Verlag Peter Lang, , Frankfurt
- Xin Han De Cidian (1985) Das Neue Chinesisch-Deutsche Wörterbuch

Die Autoren

AMBROS Otto, Dr. med., Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapeut (KIP).

BADELT Felix, Medizinalrat Dr. med., Arzt für Allgemeinmedizin. Bis 2002 Vizepräsident im Dachverband österreichischer Ärzte(Innen) für Ganzheitsmedizin.

DORNER Thomas, Assoc.Prof.-Priv.Doiz- Dr. med univ, MPH, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Public Health.

ERTL Paul, Hofrat Dr., Philosoph, Leiter des Departments für Innere Ordnung am Zentrum für menschenorientierte Führung der Landesverteidigungsakademie.

FLECK Günther, Hofrat iR Dr., Psychologe und Wissenschaftstheoretiker, Leiter der Forschungsgruppe Kognitionswissenschaft der Wissenschaftskommission beim Bundesministerium für Landesverteidigung.

HABER Paul, Dr. med., Univ. Prof. Facharzt für Innere Medizin, Habilitation für Sport- und Leistungsmedizin, Additivfacharzt für internistische Sportheilkunde.

HUBMANN Gerhard, MR Dr., Arzt für Allgemeinmedizin, Vizepräsident der Wiener internationalen Akademie für Ganzheitsmedizin.

KÖGLER Gerhard, Arzt für Allgemeinmedizin, Leiter des Medizinischen Zentrums „lifeAGENTS“. Gastprofessor an der Shenyang Medical University sowie an der Liaoning Universität für Traditionelle Chinesische Medizin, Ärztlicher Leiter der TEM-Akademie.

MARKTL Wolfgang, Dr. med., ao.Univ. Prof., Physiologie, Präsident der GAMED- Wiener Internationale Akademie für Ganzheitsmedizin.

MELCHART Dieter, Prof. Dr. med., Leiter des Kompetenzzentrums für Komplementärmedizin und Naturheilkunde Klinikum rechts der Isar. Habilitation im Bereich Naturheilkunde an der Univ. Zürich.

NOWAK Peter, Dr. phil., Sozialwissenschaftler, Studium der Sprachwissenschaften und Psychologie, Leiter der Abteilung „Gesundheit und Gesellschaft“ an der Gesundheit Österreich GmbH Wien.

SCHUNDER-TATZBER Susanne, Dr. MAS, MBA, MSc, Studium der Humanmedizin, Studium der Traditionellen Chinesischen Medizin an der Hochschule für TCM Fuzhou, China. Ärztin für Allgemeinmedizin, diverse Ausbildungen aus dem Bereich Wirtschaft und Management.

WÜHRER Walter, Dr. med. univ., Arzt für Allgemeinmedizin – Schwerpunkt ursachenbezogene Heilkunde und Regulationsmedizin, Salzburg.

Salutogenese bezeichnet die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit als Prozess, der – analog zu Krankheit – ein komplexes Phänomen darstellt. Neben biologischen, physiologischen und psychologischen Faktoren bestimmen auch familiäre, soziale und kulturelle Aspekte das Gesundheitserleben. Die im Band versammelten Autoren geben in ihren Beiträgen Einblicke zu Theorie, Praxis und Vielgestaltigkeit der Salutogenese. Der Bogen spannt sich dabei von propädeutischen Betrachtungen & Public Health über traditionelle & Ganzheitsmedizin hin zu Arbeitsmedizin & Bewegung.

ISBN: 978-3-903548-03-9

