

1 Entstehung von Gesundheit

1.1 Vorschlag für ein integrierendes theoretisches Modell

1.1.1 Gegenstand der Gesundheitswissenschaft

Der Einführung in eine Wissenschaftsdisziplin ein theoretisches Modell als Vorschlag für ein integrierendes Konzept zugrunde legen zu wollen, bedarf einer Begründung. Für ein Lehrbuch liegt eine didaktische Erklärung nahe: Der Überblick über ein Gebiet könnte sich Leserinnen und Lesern vielleicht leichter erschließen, wenn er über ein grundlegendes, theoretisches Modell mit integrierender Kraft hergestellt wird und sich damit zu diskutierende Fragen des Forschungsgebietes in eine verbindende Struktur einfügen lassen. Dieser didaktische Kniff ist aber nur dann machbar, wenn die Eigenart des Fachs selbst und sein Entwicklungsstand dies zulassen.

Von den *Gesundheitswissenschaften*, im Plural, wird dann gesprochen, wenn die Beiträge einzelner Wissenschaften zu einer bevölkerungsbezogenen Sicht auf Gesundheit gemeint sind, oder auch dann, wenn die Gesamtheit aller Fachgebiete bezeichnet werden soll, die sich mit Fragen von Gesundheit und Krankheit befassen. Sehr unterschiedliche Wissenschaftsgebiete wie die Medizin, die Pflegewissenschaft, die Epidemiologie, die Gesundheitsökonomie, die Gesundheitssoziologie oder die Gesundheitspsychologie liefern dafür Beiträge. Hierfür ein integrierendes theoretisches Modell vorschlagen zu wollen, wäre vermessen. In Abgrenzung zu den Gesundheitswissenschaften von einer *Gesundheitswissenschaft*, im Singular, zu sprechen zeigt, dass es demgegenüber um ein eher eingegrenztes Gebiet geht. Für ein eingegrenztes Gebiet erscheint ein grundlegendes theoretisches Modell zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr völlig ausgeschlossen.

Das Modell der Salutogenese, der Entstehung von Gesundheit von Aaron Antonovsky (1979) warf eine Frage auf, deren Beantwortung es überhaupt erst ermöglicht hat, eine Gesundheitswissenschaft entwickeln zu wollen, die sich in ihrem Gegenstand und ihren Zielen von anderen unterscheidet. So ist es etwa für die Medizin wichtig, nach der Entstehung von Krankheit, und vor allem: von einzelnen Krankheiten, zu fragen, um auf der Basis von geeigneten

Theorien Konzepte zu ihrer Behandlung entwickeln und empirisch überprüfen zu können. Für die Epidemiologie ist dagegen wichtig, nach der Art der Verbreitung einzelner Krankheiten und dafür begünstigenden Faktoren zu fragen, um Konzepte der Vermeidung oder Eindämmung der Ausbreitung entwickeln zu können. Nicht alle Wissenschaftsgebiete beabsichtigen, mit den Fragen, die sie beantworten, konkrete Lösungen für die Praxis zu finden. So kann es etwa als das Ziel der Soziologie verstanden werden, soziales Handeln deutend zu verstehen, nicht darauf Einfluss nehmen zu wollen. Der Beitrag der Gesundheitssoziologie zu den Gesundheitswissenschaften wäre z. B. die Analyse, was in einer Gesellschaft als Gesundheit gilt (Kreher 2003, S. 325).

Die Gesundheitswissenschaft gehört zu den Wissenschaftsgebieten, die durchaus eine Anwendung ihrer Erkenntnisse beabsichtigen: Die Frage nach der Entstehung von Gesundheit soll ermöglichen, empirisch fundierte Theorien darüber zu generieren, mit welchen individuellen und mit welchen bevölkerungsbezogenen Interventionen Gesundheit erhalten oder verbessert werden kann. Das muss Fragen nach der Prävention einzelner Erkrankungen nicht ausschließen; diese stehen aber nicht im Zentrum.

Während verschiedene Krankheiten auf unterschiedlichen Wegen entstehen können, verfügen Menschen sprachlich nur über eine Gesundheit. Das gilt, obwohl sich Menschen in der Wahrnehmung ihres Gesundseins voneinander unterscheiden können und Gesundheit nicht einheitlich definiert ist. Die Frage nach der Entstehung von Gesundheit ist Grundlage für die Gesundheitswissenschaft. Gesundheitswissenschaft kann sich entsprechend in der Betrachtung von Teilaspekten ihrer Kernfrage und in unterschiedlichen möglichen Antworten ausdifferenzieren, nicht aber schon in der Beantwortung für verschiedene Arten von ‚Gesundheiten‘. Gesundheitswissenschaft generiert sich dadurch, dass sie Modelle der Entstehung von Gesundheit entwickelt, empirisch überprüft und versucht, verschiedene theoretische Beiträge in ein schlüssiges Modell zu integrieren.

Antonovsky beschreibt den Weg seiner wissenschaftlichen Arbeit bis zur Ausbildung der Kernfrage der Gesundheitswissenschaft als eine Entwicklung in mehreren Schritten: „In meinem Vortrag [...] behauptete ich, dass es *zwei* gesonderte Probleme zu untersuchen gelte; das eine Problem war das der Untersucher, die vom Interesse an einem bestimmten Krankheitsbild geleitet, retrospektiv forschten. Die Sozialwissenschaftler konzentrierten sich auf psychosoziale Faktoren. Aber einige von uns, und besonders ich, waren interessiert an den Krankheitsfolgen psychosozialer Faktoren, *welchen Ausdruck auch immer diese Folgen annahmen*. Ich schlug vor, dieses Problem die Erforschung des dis-ease zu nennen“ (Antonovsky 1991, S. 119).

Weiter heißt es bei Antonovsky: „1968 war mir klar geworden, dass ich mich für dis-ease und nicht für diseases interessierte. Ich benötigte aber fast weitere zehn Jahre, in denen mir zunehmend die Allgegenwart von Stressoren und die Bedeutung von Widerstandsressourcen bewusst wurde, um den nächsten Schritt zu gehen. [...] Ich hatte mich früher gefragt: ‚Was macht die Leute krank?‘ Aber jetzt unternahm ich einen weiteren entscheidenden Schritt; es ging nicht nur darum, die Frage einfach umzudrehen: ‚Was macht die Leute

gesund?‘, sondern ich schlug vielmehr vor zu fragen: ‚Was rückt die Leute in Richtung auf das gesunde Ende des Health-ease/dis-ease-Kontinuums?‘ Ich benötigte einen neuen Terminus für diese Denkweise und prägte so den Begriff ‚Salutogenese‘“ (Antonovsky 1991, S. 121f.).

‚Genesis‘ bedeutet im Griechischen ‚Entstehung‘, ‚Ursprung‘. Im neunzehnten Jahrhundert wurde dieses Wort als ‚Genese‘ eingedeutscht und findet sich z. B. im Begriff ‚Pathogenese‘ (Entstehung von Krankheit) wieder. Das lateinische Wort ‚salus‘ bedeutet ‚Wohlbefinden‘, ‚Gesundheit‘. ‚Salutogenese‘ lässt sich entsprechend mit ‚Ursprung der Gesundheit‘ oder ‚Entstehung von Wohlbefinden‘ übersetzen.

Mit der von Antonovsky aufgeworfenen Frage nach der Genese der Gesundheit ist eine grundlegende Änderung des Blickwinkels auf ein wissenschaftliches Feld impliziert, nicht einfach nur ein neues theoretisches Modell eingeführt. Eine solche grundlegende Änderung entsteht meist dann, wenn Erkenntnisse generiert wurden, nach denen sich bis dato gültige Erklärungsmuster wissenschaftlich nicht mehr halten lassen. Dies führt in Regel nicht zur Ausgründung einer neuen Wissenschaftsdisziplin, sondern zu einem neuen, anfangs umstrittenen Konsens innerhalb der alten Disziplin.

In der Gesundheitswissenschaft ist die neuartige Erkenntnis die, dass Stressoren nicht schon durch ihre Art bestimmen, welche Auswirkungen sie auf die Gesundheit haben. Durch diese Einsicht sind die Fragestellungen von Therapiewissenschaften, wie der Medizin, nicht überflüssig geworden. Solche Fragestellungen werden durch einen neuen Blickwinkel ergänzt, keineswegs ersetzt. Sind die Therapiewissenschaften in ihrer Methodik im Kern von der naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin bestimmt, so erfordert der neue, ergänzende Blickwinkel der Gesundheitswissenschaft, auf Methoden und Erkenntnisse unterschiedlicher, teils medizinischer, eher sozialwissenschaftlicher Wissenschaftstraditionen zurückgreifen zu können. Nur deshalb entstand mit einer neuen Fragerichtung ein neues Wissenschaftsgebiet, das in seinem Ansatz interdisziplinär ist.

Die vorläufige Definition des Gegenstandes dieses Buches kann also lauten: *Gesundheitswissenschaft befasst sich mit der Genese von Gesundheit*. Sie beantwortet damit die Frage, die Antonovsky mit seinem theoretischen Modell aufgeworfen hat. Nur deshalb ist der didaktische Kniff möglich, sein theoretisches Modell als möglicherweise integrierendes Konzept in einem Lehrbuch allen weiteren Fragen voranzustellen.

Gesundheitswissenschaft ergänzt die Sichtweisen und Fragestellungen anderer Wissenschaftsdisziplinen, die sich mit Fragen zu Themen von Gesundheit, Krankheit und Gesundheitsversorgung befassen. Da sehr unterschiedliche Faktoren zur Genese von Gesundheit beitragen, leisten auch unterschiedliche Wissenschaftsrichtungen einen möglichen Beitrag zur Gesundheitswissenschaft.

Es ist allerdings keineswegs so, dass die Antworten, die Antonovsky auf seine Frage gefunden hat, durchweg akzeptiert werden. Der aktuelle Forschungs-

stand zum theoretischen Modell der Salutogenese wird in Kapitel 1.3. dargestellt, auch die Einwände einiger Theoretiker. Weitgehender Konsens ist aber, dass die Komponenten des Modells relevante Forschungsgebiete der Gesundheitswissenschaft sind. Diese Komponenten werden in den Kapiteln 2 bis 5 ausführlich diskutiert. Im Folgenden geht es zunächst darum, die Komponenten zu benennen und ihren Bezug zueinander zu beschreiben.

1.1.2 Elemente des Modells der Salutogenese

Eine Unterscheidung der Frage nach der Entstehung von Gesundheit von der Frage nach der Entstehung von Krankheiten macht nur unter zwei Voraussetzungen Sinn:

1. Gesundheit wird nicht einfach als das Gegenteil von Krankheit, als die Abwesenheit von Krankheiten, betrachtet, sondern ihr wird eine eigenständige Qualität zugesagt. Gesundheit wird als etwas gedacht, was unabhängig vom Krankheitsstatus steht. Gesundheit ist nicht die Vorstufe eines Krankheitsverlaufes, der im ungünstigen Fall zum Tod oder zum chronischen Siechtum führt, auch nicht der Zustand, der im günstigen Fall nach dem Abheilen einer Erkrankung wieder erreicht werden kann. Gesundheit muss in jedem Moment einer Lebensgeschichte mehr oder weniger vorhanden sein können. Gesundheit und Krankheit sind damit keine dichotomen Gegensätze, sondern eher Endpunkte eines Kontinuums, auf dem wir uns hin und her bewegen, solange wir leben. „Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund. Der salutogenetische Ansatz sieht vor, dass wir die Position jeder Person auf diesem Kontinuum zu jedem beliebigen Zeitpunkt untersuchen“ (Antonovsky 1997, S. 23).
2. Gesundheit kann nicht einfach als der Normalzustand des Lebens von Menschen betrachtet werden. Dann nämlich wäre nur die Abweichung vom Normalzustand, Krankheit, erklärungsbedürftig. Hinter dem Modell von Aaron Antonovsky steht vielmehr die Einsicht, dass das Leben voller widriger Umstände ist, voller potenziell destruktiver Einflussfaktoren, die die Gesundheit bedrohen und es wahrscheinlicher erscheinen lassen, dass Menschen nicht gesund sind. Antonovsky spricht hier von der Omnipräsenz von Stressoren (1997, S. 16) und von der grundsätzlichen „Annahme von Heterostase, Unordnung und ständigem Druck in Richtung auf zunehmende Entropie“ (1997, S. 22).

„Die Forschung zu life events oder Stressoren tendiert zu der Unterstellung, im allgemeinen sei das Menschenleben stabil, ereignislos und ausgeglichen, größere Streßfaktoren seien relativ selten. Wenn sie doch einmal vorkämen, hätten sie entscheidende Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen. Diese in der Tradition Parsons stehende Interpretation der sozialen Existenz ist meiner Meinung nach eine weniger angemessene Sichtweise als die, die das Leben als turbulent, konfliktreich oder, vereinfacht durch das Prisma von Murphys Ge-

setz (Sinngemäß: Alles was schief gehen kann, geht auch irgendwann einmal schief) betrachtet“ (Antonovsky 1991, S. 115).

Dieses Weltbild mag pessimistisch erscheinen, nimmt aber zur Kenntnis, dass destruktive Prozesse, Krankheit und Tod, Bestandteil des Lebens sind, vermutlich nicht durchweg vermeidbar und nicht zum Beispiel eine Frage individueller Schuld.

Die historische Situation, in der Antonovsky ein solches Weltbild entwickelt hat, wird in Kapitel 1.2 genauer beschrieben. Hier sei nur kurz angedeutet, dass diese Auffassung mit biologischen Theorien zu dem, was lebende Systeme eigentlich ausmacht, durchaus übereinstimmt (vgl. Maturana und Varela 2009). Lebende Systeme benötigen Energie, um den Zustand der Ordnung, der Struktur, die sie prägt, aufrechtzuerhalten. Antonovsky selbst bezeichnet seine frühen Publikationen als „von der Systemtheorie und dem Begriffspaar Ordnung/Unordnung“ (Antonovsky 1991, S. 127) geprägt.

Gesundsein

Antonovsky spricht nicht von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (,health/diseases-continuum'), sondern von einem ,health ease/dis-ease-continuum'. ,Ease' lässt sich hier mit ,Behagen' oder ,Wohlbefinden' übersetzen. Das Wortspiel ,health ease/dis-ease', im Unterschied zu ,diseases', macht deutlich, dass es Antonovsky um ein grundlegendes theoretisches Konzept geht (,dis-ease', Krankheitsfolgen psychosozialer Faktoren, nicht unterschiedliche ,diseases', Krankheiten) und immer auch um das persönliche Empfinden (,ease' = Behaglichkeit; ,health ease' = gesunde Behaglichkeit), das gesundheitsbezogene Wohlbefinden oder Unwohlsein, nicht um einzelne, objektivierbare Erkrankungen. Im Deutschen lässt sich dieses Wortspiel schwer ausdrücken, auch die Begriffe ,gesund sein' und ,krank sein' umschreiben nur annäherungsweise, dass es immer um das subjektive Erleben und Empfinden geht und nicht um die objektivierbare An- oder Abwesenheit von Krankheit. In Anlehnung an die von Antonovsky (1991, S. 119) benutzte Umschreibung ,Krankheitsfolgen psychosozialer Faktoren' für dis-ease könnte bei ,health ease' auch von den ,Gesundheitsfolgen psychosozialer Faktoren' gesprochen werden.

In diesem Buch wird aus sprachlichen Gründen der Begriff ,Gesundsein/Kranksein-Kontinuum' benutzt. Gemeint ist damit immer auch subjektives Empfinden, das durch persönliche Wahrnehmung und auf sich selbst bezogenes Wissen entsteht, etwa Wissen über Risiken oder über die Diagnose einer Krankheit. Krankheit und Gesundheit sind sprachlich eigenständige Objekte, Gesundsein und Kranksein benötigen immer ein Subjekt, das diese Erfahrung macht, und genau darum geht es bei der Salutogenese. Es wird später noch zu sehen sein, dass es gute Gründe gibt, die Begriffe subjektive Gesundheit, Wohlbefinden, gesundheitsbezogene Lebensqualität und ,health ease' gleich zu setzen (vgl. Kapitel 2.3.4). ,Gesundsein' versucht sprachlich die Komponenten Gesundheit und Wohlbefinden zu integrieren.

Um der Idee der ,Gesundheitsfolgen psychosozialer Faktoren' zu entsprechen, muss noch hinzugefügt werden, dass es primär um das subjektive Emp-

finden als Folge einwirkender, sozial verursachter oder immer auch mit sozialen Folgen verbundener, Faktoren geht. Es sind nicht alleine psychosoziale Faktoren, die den aktuellen Stand einer Person auf dem Gesundsein/Kranksein-Kontinuum bestimmen, aber alle Faktoren, egal ob sie der körperlichen Konstitution, der biochemischen Umwelt, mentalen Prozessen oder sozialen Interaktionen entspringen, sind immer auch mit sozialen Prozessen verbunden. Gesundsein repräsentiert eine subjektive Erfahrung, die in einem bestimmten gesellschaftlichen Kontext und in einem bestimmten persönlichen Lebenskontext, der von gesellschaftlichen Entwicklungen geprägt ist, gemacht wird. Es ist eine Erfahrung, die in bestimmten Lebensbedingungen stattfindet, und nicht ohne diese betrachtet werden kann. Antonovsky war zuallererst Soziologe und betrachtete Menschen nie ohne ihren gesellschaftlichen Kontext.

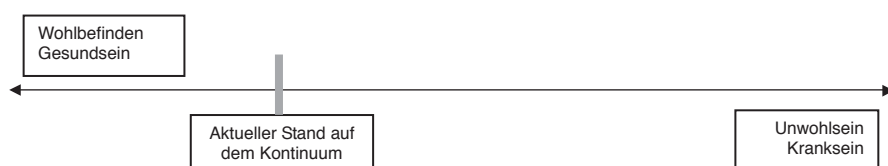


Abbildung 1.1: Kontinuum zwischen Wohlbefinden und Unwohlsein, zwischen persönlichem Erleben von Gesundsein und Kranksein (eigene Darstellung)

Die weiter oben genannte Definition kann jetzt entsprechend präzisiert werden: *Gesundheitswissenschaft befasst sich mit der Genese von Gesundsein.* Dazu untersucht sie, an welchem Punkt auf dem Gesundsein/Kranksein-Kontinuum sich eine Person befindet und wie dies mit ihren Lebensbedingungen in Verbindung steht.

Das Konzept von Gesundsein als Teil eines Kontinuums von Wohlbefinden und Unwohlsein, von Gesund- und Kranksein, in einer Welt voller potenziell destruktiver Prozesse ist der erste Baustein im Verständnis des Modells der Salutogenese (Abb. 1.1). Gesundheitskonzepte sind damit ein erstes Kapitel der gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen (siehe Kapitel 2). Für die Gesundheitswissenschaft ist es wichtig zu wissen, wie der Gegenstand ‚Gesundheit‘ bzw. ‚Gesundsein‘, das Ziel der Interventionen, verstanden werden kann, wie die Wissenschaft dies definieren kann und wie Menschen den Begriff Gesundheit/Gesundsein in ihrem Alltag konzeptualisieren.

Widerstandsressourcen

Alltagssprachlich werden unterschiedliche Einflussfaktoren, die das Wohlbefinden beeinflussen, als Stress bezeichnet. Zu erwarten wäre deshalb, dass Stressoren in ihrem ungünstigen Einfluss auf das Wohlbefindens-Kontinuum betrachtet und Bemühungen unternommen werden zu erforschen, wie sie reduziert werden können. Stressoren sind in der Sicht von Antonovsky aber omnipotent, überall wirkend und lassen sich nicht generell vermeiden. Stres-

soren sind Reize, die potenziell auf das Gesundsein einwirken. Wie sie das tun, ist zunächst offen.

„Das Kernstück der salutogenetischen Orientierung ist die grundlegende philosophische Sichtweise, dass der menschliche Organismus sich prototypisch in einem dynamischen Zustand eines heterostatischen Ungleichgewichts befindet. Ob die Stressoren nun aus der inneren oder äußeren Umgebung stammen, ob es sich um alltägliche Widrigkeiten handelt, ob sie akut, chronisch oder endemisch sind, ob sie uns aufgezwungen werden oder wir sie frei gewählt haben, unser Leben ist reichlich mit Reizen angefüllt, auf die wir keine automatischen, angemessen adaptiven Antworten haben und auf die wir reagieren müssen. Solange nicht Sensoren zerstört worden sind, ist die Botschaft an das Gehirn klar: Du hast ein Problem“ (Antonovsky 1997, S. 124f.).

Antonovsky formuliert die These, dass es, mit Ausnahme einiger sehr direkt destruktiver Stressoren, nicht die Stressoren selbst sind, die ihre Wirkung auf Wohlbefinden oder Gesundheit bestimmen. Stressoren entfalten seinem Modell nach vielmehr einen Spannungszustand, der prinzipiell krank machende, neutrale oder Gesundheit fördernde Wirkung erzeugen kann.

Um zu verstehen, was primär über die Richtung der Wirkung von Stressoren entscheidet, ist es zunächst notwendig, sich mit einem zweiten Baustein des Modells, einem weiteren Kontinuum zu befassen. Antonovsky spricht hier von ‚Generalisierten Widerstandsressourcen‘, englisch: ‚general resistance resources‘ (GRR), auf der einen Seite des Kontinuums und ‚Generalisierten Widerstandsdefiziten‘, ‚general resistance deficits‘ (GRD), auf der anderen Seite (Abb. 1.2). Weshalb Antonovsky diese Begriffe wählt und wie sie in den damaligen Stand der Stressforschung einzuordnen sind, ist in Kapitel 1.2. nachzulesen.

Dieses Widerstands-Kontinuum umfasst chronische Stressoren, d. h. Lebensbedingungen, denen wir dauerhaft ausgesetzt sind, wichtige Lebensereignisse und die akuten, täglichen kleinen Ärgernisse. Auch hier gilt: Kein Mensch hat Zeit seines Lebens nur Ressourcen oder nur Risiken, allerdings wird sich später zeigen, dass ihre Verteilung keineswegs sozial gerecht erfolgt.

Wo eine Person auf dem Gesundsein/Kranksein-Kontinuum anzusiedeln ist, kann als Ergebnis eines interaktiven Prozesses zwischen belastenden Faktoren (Stressoren) und schützenden Faktoren (Widerstandsressourcen) im Kontext der Lebenserfahrungen einer Person beschrieben werden. Zu den belastenden Faktoren zählt Antonovsky die ganze Palette potenzieller psychosozialer, physischer und biochemischer Stressoren. Zu den Widerstandsressourcen rechnet Antonovsky ebenfalls umfassend körperliche, psychische, materielle, soziale, kulturelle und makrostrukturelle Faktoren.

Ob solche Lebensbedingungen und Lebensereignisse grundsätzlich positiv oder negativ wahrgenommen werden, besagt zunächst noch nichts über ihren prinzipiellen Stressgehalt. So haben beispielsweise Holmes und Rahe (1967) sehr unterschiedliche Lebensereignisse wie Scheidung oder Heirat, Tod eines Angehörigen oder Geburt eines Kindes, Karrieresprung oder Pensionierung als Stress

erzeugende Lebensereignisse charakterisiert. Widerstandsressourcen und -defizite können innere und äußere Faktoren sein, so unterschiedliche Dinge wie z. B. die Stärke des Immunsystems oder die genetische Belastung, Wissen und Intelligenz, Reichtum oder Ich-Stärke, soziale Unterstützung oder Umweltbelastungen wie Lärm oder Feinstaub, kulturelle Stabilität, religiöse Überzeugungen und grundlegende Lebenseinstellungen. Kapitel 3 wird sich ausführlicher mit solchen Ressourcen und Risiken befassen.



Abbildung 1.2: Kontinuum zwischen Generalisierten Widerstandsressourcen (GRR) und Generalisierten Widerstandsdefiziten (GRD) als Einflussfaktor auf das Gesundsein/Kranksein-Kontinuum (eigene Darstellung)

Für Antonovsky ist das GRR/GRD-Kontinuum nicht einfach nur eine Ansammlung von Stressoren und ggf. unterstützenden Faktoren, sondern es lässt sich danach ordnen, inwieweit diese Ressourcen und Defizite dazu beitragen, im Leben

- Erfahrungen der Teilhabe an der Gestaltung sozial anerkannter Aktivitäten („participation in shaping outcome“),
- Erfahrungen der Beständigkeit und der Übereinstimmung („consistency“) und
- Erfahrungen einer Balance zwischen Anforderungen und Ressourcen zu ihrer Bewältigung, eines Gleichgewichts zwischen Überbelastung und Unterforderung

zu sammeln oder dies eben nicht zu tun. Jemand der im Kontinuum stärker auf der Seite der Widerstandsressourcen steht, wird viele solcher Erfahrungen sammeln können, jemand der auf der anderen Seite steht, wenige.

Kohärenzempfinden

Solche Erfahrungen sind deswegen von so hoher Bedeutung, weil sie ursächlich für eine grundlegende Lebensorientierung sind, die im Laufe der Sozialisation eines Menschen entsteht, das Empfinden von Kohärenz („Sense of coherence“ – SOC). Dieses Kohärenzempfinden ist der dritte Baustein des theoretischen Modells. Es ist der Schutzfaktor, der verhindert, dass Stressoren negative Auswirkungen auf das Gesundsein/Kranksein-Kontinuum haben. In Kapitel 4 werden unterschiedliche Schutzfaktoren, ihre Ähnlichkeiten und Unterschiede zum Kohärenzempfinden, beschrieben.

Das Empfinden von Kohärenz umfasst drei Komponenten, die jeweils ursächlich auf eine der drei oben genannten Lebenserfahrungen zurückgehen.

- Die wichtigste Komponente ist die *Bedeutsamkeit* oder Sinnhaftigkeit („meaningfulness“), die auf die Lebenserfahrung der Teilhabe zurückgeht. Sinn-

haftigkeit stellt das motivationale Moment dar und bezieht sich auf das Ausmaß, in dem ein Leben emotional Sinn macht, das heißt indem die Probleme und Anforderungen des Lebens als solche erlebt werden, für die es sich einzusetzen lohnt.

- Die zweite Komponente ist die der *Verstehbarkeit* („comprehensibility“), die nicht durch Information, sondern durch die Erfahrungen der Beständigkeit gestärkt wird. Verstehbarkeit umschreibt das Ausmaß, in dem die Reize und Situationen, mit denen man alltäglich konfrontiert wird, Sinn machen und kognitiv als klare, geordnete Informationen verstanden werden können. Verstehbarkeit ist dabei in der Regel Voraussetzung für eine dauerhafte Handhabbarkeit. Verstehbarkeit ist die kognitive Komponente.
- Die dritte Komponente schließlich ist die der *Handhabbarkeit* („manageability“), die durch die Erfahrung entsteht, hinreichend über Ressourcen verfügen zu können, um den Anforderungen gerecht zu werden, die einem das Leben stellt. Handhabbarkeit meint das Ausmaß, in dem man die Anforderungen, die auf einen zukommen, mit den verfügbaren Ressourcen als bewältigbar wahrnimmt. Handhabbarkeit ist die instrumentelle Komponente.

Antonovsky zählt diese Komponenten nicht in der Reihenfolge ihrer Bedeutung auf, sondern eher in der Reihenfolge eines möglichen Entscheidungsprozesses:

„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“ (Antonovsky 1997, S. 36).

Damit kann der dritte Baustein in das Modell eingefügt werden (Abbildung 1.3), das Kohärenzempfinden (SOC). Es entsteht aus dem GRR/GRD-Kontinuum und wirkt auf das Gesundsein/Kranksein-Kontinuum. Ein hohes SOC resultiert aus vielen Widerstandsressourcen und führt zu hohem Wohlbefinden, lässt sich vereinfacht sagen. Wie das erfolgt, ist später noch zu klären.

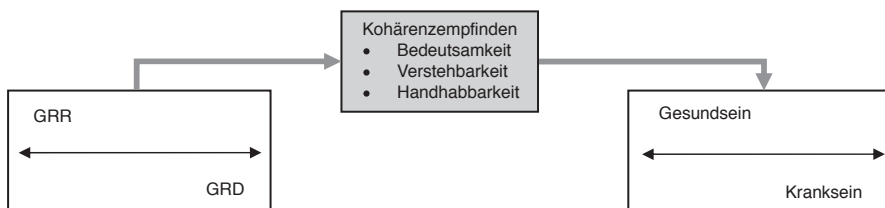


Abbildung 1.3: Das Kohärenzempfinden (SOC) entsteht aus dem GRR/GRD-Kontinuum und wirkt auf das Gesundsein/Kranksein-Kontinuum (eigene Darstellung)