

Gesundheit als Sozialer Sinn

Von Ottomar Bahrs und Barbara Doss

Abstract

Gesundheit und Krankheit sind gesellschaftlich vermittelt. Deshalb sind die Entwicklung, Förderung und Erhaltung von Gesundheit immer beziehungsorientierte soziale Prozesse. In Zeiten systemischer Krisen scheint die Gefahrenabwehr Vorrang zu haben, und die Einzelperson hinter dem Gemeinwohl zurückstehen zu müssen. Vernachlässigt werden dabei jedoch Erfolgsergebnisse, die immer subjektiv sind und einen eigenständigen Weg zur Gesundheit ermöglichen. Ein Gesundheitssystem muss dem Rechnung tragen.

Gesundheitsbildung im umfassenden Sinne des Wortes integriert die Versorgung hilfsbedürftiger Menschen und die Unterstützung bei der Entwicklung und Erhaltung von gesundheitsförderlichen Ressourcen. Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung müssen dafür sowohl gemeinwohlorientiert, solidarisch als auch personenzentriert sein. Damit dies Wirklichkeit werden kann, braucht es eine gesundheitsbezogene Politik, die es ermöglicht, bottom-up-Initiativen und zentral koordinierte Interventionen miteinander zu kombinieren und dabei globale Orientierung, überregionale Vernetzung und lokales Handeln zu verbinden. Sie sollte neben forschungsbasiertem Wissen auch das auf Erfahrung gestützte implizite Wissen der Akteure nutzen und getragen sein von einer Grundhaltung der Wertschätzung, die das Verhältnis zwischen den Menschen und ihrer Umwelt bestimmt. Das Recht auf Gesundheit ist zu begleiten von der Unterstützung des Empowerments, insbesondere in Krisen, um eine umfassende Gesundung zu ermöglichen. Die Möglichkeit einer gesunden Entwicklung jedes Menschen und der Bevölkerung sind grundlegendes Menschenrecht.

Die Vorstellung davon, was als „gesund“ gilt, werden immer erneut gesellschaftlich ausgehandelt und Errungenschaften fragil. Was sich durchsetzt, ist auch abhängig von Interessen und sozioemotionalen Stimmungslagen, die ihren Ausdruck in identitäts- und sinnstiftenden Erzählungen finden. Kann das aus den Niederlanden kommende „Positive-Health-Konzept“ ein Stück weit diese Funktion übernehmen?

Der geschichtliche Umgang der Medizin mit dem Subjekt

"Wie lange noch sollen Physiker und Generäle statt Dichter und Künstler unser Weltbild bestimmen?"
(Viktor von Weizsäcker, 1956: 177)

Als wir den geplanten Titel dieser Ausgabe von *Gesundheit braucht Politik* erfuhren, waren wir fasziniert, scheint hier doch eine Ambivalenz der Medizin als Handlungssystem auf: Lösung

und Teil des Problems zugleich. Folgt man dem Theologen Hans-Martin Rieger, so ist spätestens seit dem ersten Drittelpunkt des 20. Jahrhunderts immer wieder von der Krise der Medizin die Rede (Rieger, 2023).

Zunächst stand dabei eine Kritik an der Verabsolutierung einer objektivierenden Labormedizin im Zentrum, die vergaß, dass es sich beim Menschen um ein Objekt handelt, dem ein Subjekt innewohnt (Weizsäcker, 1973). Weizsäcker forderte konsequenterweise die „Einführung des Subjekts“ in die Medizin, doch sein Gegenentwurf einer anthropologischen Medizin konnte sich nicht als Grundlage einer allgemeinen Medizin durchsetzen. Immerhin wurde dies zum Ausgangspunkt der deutschen Psychosomatischen Medizin und einer der Grundlagen des biopsychosozialen Modells von Gesundheit und Krankheit (Weizsäcker 1947, 1956, 1973; Uexküll & Wesiack, 1987).

Eine zweite Diskussionslinie konzentrierte sich vor allem in den 70er und 80er Jahren des 20. Jahrhunderts auf die sozialen Determinanten von Gesundheit und Krankheit, die außerhalb des Einflussbereichs der Medizin liegen und mit der Etablierung von New Public Health jenseits des Medizinsystems beantwortet wurden. Wir erwähnen hier besonders Aaron Antonovsky und seine Theorie der Salutogenese, mit der er herausstrich, dass nicht nur Krankheit, sondern auch Gesundheit lebenslang gebildet wird (Antonovsky 1979, 1987). Nahezu zeitgleich – aber ohne direkten Bezug zu Antonovsky – entstand mit der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung (WHO, 1986) eine international anerkannte konkrete Utopie einer im gesellschaftlichen Handeln insgesamt verankerten Orientierung auf Gesundheit, die sich auf je spezifische Weise in gesundheitsfördernden Settings manifestieren sollte. Die Parallelen zum Salutogenese-Konzept sind eklatant (Lindström & Eriksson, 2019), und Antonovskys Ansatz gilt heute als Leitkonzept der Gesundheitsförderung. Doch auch dieses Konzept ist nach wie vor im engeren Bereich der Medizin kaum verankert.

In den letzten Jahren kommen die Arbeitsbedingungen der Helfenden vermehrt in den Blick. Die Krise der Medizin betrifft vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Gesundheitswesens auch das professionelle Selbstverständnis der Helfenden und erfordert Antworten auf den empfundenen Sinnverlust (Bahrs, 2019; Wörler & Gieseler, 2020). Die im Zentrum des „Positive-Health“-Ansatzes stehende Frage „Was bringt Deine Augen zum Leuchten?“ antwortet insofern auf ein Bedürfnis von Helfenden und Hilfsbedürftigen zugleich (Huber et al. 2024) und könnte in die Breite wirken.

Das Verhältnis von Gesellschaft/Umwelt und Individuum in der Salutogenese

Wie Isabelle Horster in ihrem ‚Blick auf die Salutogenese‘ ausführt, verstand Aaron Antonovsky Gesundheit als Kontinuum zwischen den Polen ‚Health‘ und ‚Dis-ease‘. Die Faktoren, die das Hinbewegen auf den Gesundheitspol des Kontinuums entscheidend beeinflussen, bezeichnete Antonovsky als *Widerstandsressourcen* (*GRRs: Generalised Resistance Resources*). Er fand sie sowohl auf der individuellen als auch auf der gesellschaftlichen Ebene und bezeichnete sie als

"phenomena that provide one with sets of life experiences characterized by consistency, participation in shaping outcomes and an underload-overload balance" (Idan et al. 2017, S. 57).

Defizitär bleiben diese Widerstandsressourcen dann, wenn inkonsistente Lebenserfahrungen gemacht wurden, Über- oder Unterforderung entstand und keine Teilhabe an Entscheidungen des Lebens stattfinden konnte. Diese Phänomene bezeichnete Antonovsky als „*Generalized Resistance Deficits*“ (GRDs).

Generalized Resistance Ressources	
Gesellschaftliche Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Politische und ökonomische Stabilität • Frieden • Intakte Sozialstrukturen • Funktionierende gesellschaftliche Netze
Individuelle Ebene	<p>Beziehungsressourcen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ,emotional closeness and attachment Relationships' • ,Individual's social support'
	<p>Persönliche Eigenschaften als Ressourcen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Ressourcen (Wissen, Intelligenz, Problemlösefähigkeit) • Psychische Ressourcen (Selbstvertrauen, Ich-Stärke, Selbstsicherheit, Optimismus) <p>Körperliche Ressourcen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genetische Faktoren • Konstitution • Körperliche Stärken und Fähigkeiten
Familiäre Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Elterliche Ressourcen • Familienklima • Demografische Familienfaktoren
Ebene der Community	<ul style="list-style-type: none"> • Schule • ,community features' • Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten
Ökonomische/materielle Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzielle Unabhängigkeit und Sicherheit • Zugang zu Dienstleistungen • Sicherer Arbeitsplatz

Quelle: modifiziert durch die Autoren nach Franke (2012) und Idan et al. (2017)

Stressoren – abgesehen von zweifelsfrei destruktiven Stressoren – haben keinen direkten Einfluss auf Gesundheit oder Krankheit. Sie entfalten einen Spannungszustand, der – je nach

Umgang damit – pathogen oder salutogen wirken kann. Wie die Menschen mit Stressoren umgehen, hängt von *den Generalisierten Widerstandsressourcen* und dem *sense of coherence* ab. Im Zuge Antonovkys Forschung zu den Holocaust überlebenden Frauen konnte er vier Kategorien aus deren Lebenskonzepten herausarbeiten, die entscheidend dafür waren, dass die Frauen trotz ihrer qualvollen Lebenserfahrungen ein konstruktives, liebevolles und positiv empfundenes Leben weiterführen konnten:

1. Konsistenz

"[...] refers to the extent to which, during the course of growing-up, messages were clear and there was order and structure rather than chaos in one's environment" (Idan et al. in: Mittelmark et al., 2017, S. 58)

Diese Kategorie bildete später die erste der drei Komponenten des *sense of coherence*: die **Verstehbarkeit** (*comprehensibility*). Die Verstehbarkeit umfasst z.B. Kommunikationsfähigkeiten und/oder die Entwicklung von Mentalisierungsfähigkeiten bzw. auch eigene Konstruktionen von Wirklichkeit (Glaubenskonzepte, Sinnkonstruktionen, usw.), die das Gefühl vermitteln, es gäbe verlässliche Prinzipien und wiederkehrende Orientierungspunkte anstatt eines als chaotisch empfundenen Lebens.

2. Unter-/ Überforderung:

"[...] refers to the extent to which, during the course of growing up, one experienced overload or underload in the balance between the demands made upon one and one's resources." (Idan et al. in: Mittelmark et al., 2017, S. 58)

Die daraus entwickelte zweite Komponente des SOC, die *Machbarkeit* (*manageability*), sagt aus, inwiefern es ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen den subjektiv bewerteten Anforderungen durch Stressoren und den subjektiv eingeschätzten zur Verfügung stehenden Ressourcen gibt. Diese Komponente ist von seinem Hintergrund als Stressforscher beeinflusst, und findet sich auch in aktuellen Definitionen von Stress wieder.

3. Partizipation

"[...] refers to the extent to which one had a significant part in deciding her/his fate and was not an object of the power and whims of others." (Idan et al. in: Mittelmark et al., 2017, S. 58) Die Möglichkeit zur Selbst- und Mitbestimmung bildete den ersten Baustein für die dritte Komponente des *sense of coherence* und wird ergänzt durch:

4. Emotionale Verbundenheit

"[...] refers to the extent to which one felt consistent emotional bonds and a sense of belonging in social groups of which one was a member." (Idan et al. in: Mittelmark et al., 2017, S. 58)

Die Kategorien 3 und 4 bildeten die dritte Säule des SOC, die *Sinnhaftigkeit*. Die Bezeichnung *meaningfulness*, also zu Deutsch die *Bedeutsamkeit*, wurde von Viktor Frankl beeinflusst.

Die Übersetzung des *sense of coherence* in das deutsche Wort „Kohärenzsinn“ ist insofern problematisch, da er zu einer Verwechslung mit der Komponente der *Sinnhaftigkeit* führen könnte; außerdem nicht nur gemeint, dass äußere Eindrücke nach innen gehen (und dort verarbeitet werden), sondern vor allem eine Art, auf die einen umgebende Welt zu blicken. Das deutsche Wort Kohärenz“gefühl“ kann dem ebenso kaum gerecht werden, kommt aber der Definition Antonovkys noch am nächsten:

„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 erklärbare 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)

Die Bildung von Gesundheit im politischen Diskurs

Die nachstehenden Überlegungen gehen auf ein Positionspapier des Dachverbands Salutogenese zurück, das während der Corona-Krise und dem Bundestagswahlkampf 2021 entstanden ist. Was unter dem Eindruck des „Kampfes gegen das Virus“ formuliert wurde, passt in erweiterter Form nach wie vor, und eine Umsteuerung des gesellschaftlichen Umgangs mit (gesundheitsbezogenen) Risiken und Ressourcen ist notwendiger denn je.¹

In Zeiten von Coronakrise und Klimakatastrophen - als Ausdruck gestörter Mensch-Natur-Beziehungen - ist es in Gesundheitspolitik und medizinischem System zu einer Renaissance einer (nahezu ausschließlichen) pathogenetischen Orientierung gekommen, die auch den Alltag dominiert. Die zugrunde liegende Frage danach, wie Gesundheit geschaffen, erhalten und gestärkt werden kann, ist ins Hintertreffen geraten. Hier muss auf allen Ebenen gegengesteuert werden.

Eine zukünftige Gesundheitsförderung muss gemeinwohlorientiert, solidarisch und personenzentriert sein. Wir beziehen uns auf die Ottawa-Charta (WHO, 1986) und deren Betonung der Gesundheitsentwicklung als Prozess, der in unserem Alltag gründet und in unterschiedlichen Settings explizit gefördert werden kann.

Diese Grundaussagen sind nach wie vor aktuell, wurden aber bisher nur teilweise umgesetzt. Insbesondere braucht es eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik.

¹ Der Abschnitt greift Argumente aus Diskussionen auf, die in den vergangenen Jahren in der Zeitschrift „Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin“ geführt wurden, namentlich in Heft 59 (2019): Sinnstiftende Erzählungen, Narrative; 60/61 (2020): „I have a dream“ – Wofür die Corona-Krise einmal gut gewesen sein könnte; 62/63 (2024): Global denken – lokal handeln; 64/65: Salutogenese – Orientierung inmitten von Krisen; 66/67 (im Druck): Positive Health – Was bringt Deine Augen zum Leuchten?

Plädoyer für eine beziehungsorientierte Gesundheitsförderung

Eine zukünftige Gesundheitsförderung verbindet aufeinander bezogene Bottom-up-Initiativen und zentral koordinierte Interventionen. Sie wird unabhängig von Gewinnorientierung und Einzelinteressen finanziert und verbindet globale Orientierung, überregionale Vernetzung und lokales Handeln. Sie nutzt gleichermaßen erfahrungsbasiertes als auch forschungsbasiertes Wissen (RVS, 2017) und basiert auf einer grundlegenden Haltung der Anerkennung, die das Verhältnis der Menschen untereinander und zu ihrer Umwelt leitet. Das Recht auf Gesundheit wird begleitet von der Unterstützung des Empowerments, insbesondere in Krisen, um eine umfassende Gesundung zu ermöglichen. Die Möglichkeit einer gesunden Entwicklung jedes Menschen und der Bevölkerung insgesamt ist grundlegendes Menschenrecht.

Gesundheit als Beziehungsprozess für ein gelingendes Leben

Die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit ist ein lebenslanger und ineinander verschlungener Prozess, der auf eine nachhaltige und kohärente Gestaltung des Person-Umwelt-Verhältnisses (bzw. Person-Mitwelt) abzielt. Die jeweilige Gesundheit ist somit lebensweltbezogen, biographisch verankert und individuell. (Mittelmark et al. 2022) Sie ist zugleich, einem systemischen Verständnis folgend, bevölkerungsbezogen und auf die Erhaltung und Förderung der Selbstregulationsfähigkeit der jeweiligen Umwelt und Mitwelten orientiert. (Appleyard & Mezzich, 2021)

Gesundheitsförderung und Prävention sind als übergreifende Perspektive zu verstehen, die im Sinne der Salutogenese die Tätigkeiten leitet, die auf (Heraus-)Bildung, Befähigung und Erhaltung von Gesundheit bezogen sind. Die Gesundheitsförderung der Zukunft ist disziplin- und sektorübergreifend. Prävention und Gesundheitsversorgung sind dem allgemeineren Ziel der Gesundheitsförderung nachgeordnet.

Die Gesundheitsförderung der Zukunft greift die vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen auf - beginnend bei den Bürger:innen und Betroffenen, deren unmittelbaren Lebenswelten und primären Unterstützungssysteme. Sie erschließt die auf kommunaler Ebene vorhandenen Ressourcen und stellt Beziehungen zu regionalen, nationalen und internationalen ehrenamtlichen und professionellen Helfer:innen her. Gemeinsames Ziel ist die Hilfe zur Selbsthilfe, d.h. die Förderung von Kompetenzen zur eigenständigen Lösung von Fragen im Hinblick auf die Gestaltung eines aus Sicht der Akteure sinnerfüllten und gelingenden Lebens. (Huber et al., 2024)

Gesundheitsbildung ist ein sozialer und naturbezogener Prozess, der psychische, emotionale, spirituelle und körperliche Aspekte gleichermaßen betrifft und von Anfang an beziehungsorientiert vermittelt ist (Bahrs. 2021). Gesundheit und Krankheit sind nicht nur in, sondern zwischen den Menschen. Zukünftige Gesundheitsförderung meint es ernst mit der "Einführung des Subjekts" (Weizsäcker, 1973) in Medizin, Pädagogik, Sozialarbeit usw. Sie ermöglicht das

Empowerment der Bürger:innen und ein authentisches professionelles Handeln, in dem die Helfer:innen als Personen erkenn- und erfahrbar sind. Damit werden die bestehenden Eigenkompetenzen der Bürger:innen einerseits und die begrenzten und spezifischen Ressourcen der Helfer:innen andererseits in Forschung und Praxis wertgeschätzt.

Salutogenetische Orientierung: Positive Ziele zur Ermöglichung einer "gesunden Gesellschaft"

Die Förderung von Gesundheitsbildungsprozessen begleitet auch die klassischen Tätigkeiten der Krankenversorgung, Pflege und Rehabilitation und fußt auf einer grundlegenden salutogenen Orientierung. In der Aus-, Fort- und Weiterbildung personenbezogener Tätigkeiten wird in Zukunft die kontinuierliche Vermittlung von Fachwissen ebenso im Vordergrund stehen wie das Erleben-Lassen, Schulen und Erproben der dafür erforderlichen salutogenen Haltungen und Kompetenzen (Schnabel et al, 2021). Selbst erfahrene Partizipation ist eine Voraussetzung für die Befähigung zur Partizipation (Bahrs, 2011; Huber et al., 2024) und die Ausbildung eines „sense for coherence“ (Meier Magistretti, 2019). Wesentliche Grundoperation im Alltag wie in der professionellen Unterstützung ist das aktive Zuhören.

Das salutogene Potential aktiven Zuhörens	
Aktivität des Zuhörenden	Stärkt beim Hilfesuchenden das
Ernstnehmen des Patienten als unverwechselbare Persönlichkeit	Gefühl von Bedeutsamkeit
Gefühl vermitteln, dass sich die Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit lohnt	Gefühl von Sinnhaftigkeit
besserer Zugang zur subjektiven Bedeutung von Krankheitssymptomen und Beschwerden	Gefühl von Verstehbarkeit
Erfahrung von Kontrollierbarkeit von Risiken und Problemen sowie von Unterstützung durch den Arzt zur Stärkung eines ggf. unzureichenden sozialen Netzes	Gefühl von Handhabbarkeit

Aktives Zuhören macht Gebrauch von der Selbstheilungskraft des Geschichtenerzählens, das auf die Konstruktion von Sinn zielt (Nünning & Nünning, 2019) und damit auch Selbstkorrekturen und Gelingenserfahrungen möglich macht.

Gesundheitsbildung ist ein (re)konstruktiver Prozess, in dem verschüttete Bedürfnisse der Individuen und verschüttetes gesellschaftliches Erfahrungswissen über Gesundungsprozesse zukunftsorientiert zu neuer Wirkungskraft kommen.

Die Bildung von Gesundheit ist zudem ein biografischer Prozess, dessen bewusste Gestaltung und Aneignung interaktiv und nicht zuletzt über das Erzählen erfolgt (Kalitzkus, 2018). In Umbruch- und Krisenzeiten sind neben der Bereitstellung von maßgeschneiderten Informationen vor allem persönliche und kontinuierliche Unterstützung und maßgeschneiderte Informationen hilfreich. Die Gesundheitsförderung der Zukunft basiert auf einer Kultur der Anerkennung und Toleranz.

Die Gesundheitsförderung der Zukunft steht vor der doppelten Aufgabe, die Einzelnen (und ihre Zugehörigen) zur Ausbildung der ihnen gemäßen Gesundheit zu befähigen und zur Förderung der "Gesundheit" der Gesellschaft als Ganzes beizutragen. Insbesondere gilt es, die Dynamik der uns tragenden (äußerer und innerer) Natur zu respektieren. (Mathpati et al., 2020) Deshalb brauchen wir Räume der Verständigung und einen offenen gesamtgesellschaftlichen Diskurs darüber, wie die Gesellschaftsmitglieder als Gemeinwesen ein „gelingendes Leben“ verstehen und die Voraussetzungen dafür schaffen wollen.

Welche Rolle Medizin in der (systemischen) Krise übernehmen kann, ist nicht zuletzt eine Frage der Werte im doppelten Sinne des Wortes, d.h. der personellen und finanziellen Ressourcen (und ihrer gesellschaftlichen Verteilung) einerseits und ethischer Aspekte andererseits, wie sie in der doppelten Fundierung von value-based medicine angelegt sind. (Hazelzet et al., 2021) In Abwandlung eines Zitats von Jean-Paul Sartre, demzufolge Demokratie nicht lediglich Staats-, sondern Lebensform sei, halten wir dafür, dass eine „caring community“, wie sie in der Ottawa-Charta mit guten Gründen gefordert wurde, der Medizin die ihrem Heilauftrag immame nente gesundheitsfördernde Funktion ermöglichen kann.

Mögliche Schritte in eine gesundheitsorientierte Zukunft

Die Rahmenbedingungen dieser Verständigungsprozesse sollten landesweit von einem neuen Bundesministerium für Umwelt, Gesundheit und nachhaltige Entwicklung garantiert werden. Die konkrete Umsetzung beginnt mit Bottom-up-Ansätzen unter Berücksichtigung der lokalen Strukturen, wird wissenschaftlich begleitet und die Ergebnisse werden kontinuierlich öffentlich zur Diskussion gestellt. In Deutschland gibt es dafür bereits einige hoffnungsvolle Ansätze (vgl. z.B. Klapper & Cichon, 2021; Hildebrandt et al., 2021; Gesundheit braucht Politik, Themenheft Ambulante Versorgung 3/2024).

Analog zur Neuausrichtung des Gesundheitssystems von einem kurativen zu einem salutogenen, gesundheitsfördernden Ansatz ist auch die Finanzierung anzupassen. Damit würde eine beziehungsorientierte Public Health im doppelten Sinne wertorientiert (Hazelzet et al., 2021). Erstens ist durch die zu erwartende Entlastung im kostenintensiven kurativen Bereich eine Gesundheitsförderung durch Angebote in der gesundheitsbezogenen Bildung, Ernährung und Bewegung etc. kostenneutral möglich. Und zweitens wirkt die Gesundheitsförderung der Zukunft sozialkompensatorisch und sozialintegrativ.

Die Gesundheitsförderung der Zukunft hat, wo nötig, eine Gehstruktur und wird in den jeweiligen Lebenswelten der Beteiligten aktiv.

Die Notwendigkeit von neuen Narrativen

Die anfangs angedeuteten Antworten auf Krisen der Medizin zeigen, dass schon seit langem viele gute Argumente für eine Neustrukturierung von Gesundheitsbildung vorgelegt haben. Damit es zu einem Sog der Veränderung kommen kann, braucht es positive Beispiele, die erzählt werden, Identifikation ermöglichen und sich zu handlungsleitenden alternativen Narrativen verdichten. Es scheint, dass in den Niederlanden mit dem Positiv-Health-Konzept eine solche Alternative aufkommt und nun auch u.a. in Deutschland Anziehungskraft erhält (vgl. das Themenheft Positive Gesundheit: Was bringt Deine Augen zum Leuchten?, Der Mensch 66/67, im Druck). Die Allgemeinärztin Machteld Huber hatte über eine Befragung von Stakeholdern einen erweiterten Begriff von Gesundheit herausgearbeitet und ein Instrument zur Selbsteinschätzung der subjektiven Gesundheit entwickelt, das als Grundlage für ein „anderes Gespräch“ dient (Huber et al., 2016). Der Allgemeinarzt Hans-Peter Jung konnte in seiner Praxis zeigen, dass ein „anderes Gespräch“, das sich an Wünschen und Ressourcen der Patienten orientiert und diesen Raum für die Entwicklung eigener Lösungen gibt, nachhaltiger, emotional weniger belastend und ressourcensparend ist (Jung et al., 2018). Jetzt, gut 10 Jahre später, arbeiten viele Hausärzte nach dem Prinzip, es strahlt in andere Tätigkeiten aus und ist mittlerweile auch Leitkonzept eines regionalen Netzes der integrierten Versorgung in der Region Limburg. „Die Kraft der positiven Gesundheit“ wirkt offenbar bis in die Ebene der Entscheidender. (<https://www.mooimaasvallei.nl/files/media/mmv-transformatieplan.pdf>) Das wäre ein ganz wesentlicher Schritt, hatte doch Ilona Kickbusch, eine der zentralen Figuren bei der Formulierung der Ottawa-Charta, bei einer Veranstaltung „10 Jahre nach Ottawa“ kritisch angemerkt, dass die Ebene der Politik bislang nicht erreicht worden sei. Vielleicht ist es an der Zeit, nicht nur die Helfenden als ganze Personen anzusprechen, sondern auch den Entscheidungsträgern zu ermöglichen, mit ihren Ressourcen hauszuhalten. Eine caring community braucht politisch verantwortungsvoll Handelnde, die keine Übermenschen zu sein brauchen und weiterhin auch selbst „ein Leuchten in den Augen haben“ können angesichts der von ihnen erfüllten Aufgaben.

Nachgedanken

Antonovsky hat sich mit guten Gründen gegen eine Positivdefinition von Gesundheit ausgesprochen, weil er Medikalisierung und die Gefahr von Ausgrenzung befürchtete (Antonovsky, 1987). So ist auch unübersehbar, dass Ansätze wie Salutogenese, Resilienz oder Positive Health in individualistisch verkürzter Form eingepasst werden können in Strategien der „Selbstoptimierung“, die auf ein weiteres Gefügigmachen der vereinzelten Einzelnen hinauslaufen. Kein Konzept ist geschützt vor dem Versuch der Indienstnahme – George Orwell hat in „1984“ die Umwertung von Werten meisterhaft beschrieben, die wir auch heute erleben. Was als

Gesundheit gelten soll, bedarf daher auch weiterhin der gesellschaftlichen Auseinandersetzung, in der wir alle aufgefordert sind, uns zu positionieren.

(Dies ist die Langfassung des Artikels, der in *Gesundheit braucht Politik*, 02/2025 erschienen ist: <https://www.vdaeae.de/gesundheit-braucht-politik/gbp-ausgabe-2-2025/>)

Ottomar Bahrs und Barbara Doss sind Sprecher:innen des Dachverbands Salutogenese (www.dachverband-salutogenese.eu) und Herausgeber:innen der Zeitschrift *Der Mensch – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin*. Ottomar Bahrs ist Medizinsoziologe und freier Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf und begleitet Forschungsprojekte zur Pilotierung von „Positive Health“. Barbara Doss ist Soziologin und arbeitet als Sängerin, Gesangspädagogin und Musiktherapeutin.

Literatur:

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit*. Tübingen: dgvt.

Bahrs O., Matthiessen P.F. (Hrsg.) (2007): *Gesundheitsfördernde Praxen – Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis*. Bern: Hans Huber

Appleyard, J., & Mezzich, J. E. (Eds.) (2021). *Seeking the Person at the Center of Medicine*. Legend Press Ltd.

Bahrs, O. (2011). Wer Partizipation ermöglichen soll, muss Partizipation selbst erfahren können–Überlegungen zum und Erfahrung mit dem Kurs der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie in der vorklinischen Medizinerbildung. Kommunikation mit Zukunft, 112.

Bahrs, O. (2019). Burnout from a social scientist's perspective; The International Journal of Person Centered Medicine, 9 (1): 45-56

Bahrs, O. (2021). Gesundheitsbildung als sozialer Prozess; in: Berufsverband Unabhängiger Gesundheitswissenschaftlicher Yoga-Lehrender (Hrsg.): *Handbuch Yoga pro Gesundheit – Selbstwirksamkeit stärken, Wohlbefinden fördern*. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen S: 72-89

Dachverband Salutogenese (Hrsg.). *Positive Health – Was bringt Deine Augen zum Leuchten?* In: *Der Mensch, Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin*, Heft 66/67. 1-2/2025 (im Druck)

Hazelzet, J. A., Thor, J., Gäre, B. A., Kremer, J. A., van Weert, N., Savage, C., & Elwyn, G. (2021). Value-based healthcare's blind spots: call for a dialogue. F1000Research, 10(1314), 1314.

Hildebrandt, H., Stuppart, R. (Eds.) (2021). Zukunft Gesundheit–regional, vernetzt, patientenorientiert. Medhochzwei

Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., et al. Towards a “patient-centred” operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2016 Jan, 12, 6, 1, e010091

Huber, M.; Jung, H. P.; van den Brekel-Dijkstra, K. (2024): Handbuch Positive Gesundheit in der Hausarztpraxis: Gemeinsam an einer sinnvollen Versorgung arbeiten. Heidelberg, Berlin: Springer.

Idan, O., Eriksson M., Al-Yagon M. (2017). The Salutogenic Model: The Role of Generalized Resistance Ressources. In: Mittelmark, M. B., Lindström, B., Bauer, G. F., Espnes, G. A., Pelikan, J. M., Eriksson, M., Sagy, S. (Hg.). *The Handbook of Salutogenesis*: Springer, S. 57–69.

Jung H.P., Jung T., Liebrand S., Huber M., Stupar-Rutenfrans S., Wensing M. Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen? *Huisarts Wet* 2018;61(3):39-41. DOI: 10.1007/s12445-018-0062-y.

Kalitzkus, V. (2018). Narrative Praxis: Erzählungen als Vermittler zwischen Erfahrungswelten im Gesundheitswesen. *Leidfaden*, 7(4), S. 37-40.

Klapper, B., & Cichon, I. (Eds.). (2021). Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens. MWV.

Lindström, B., Eriksson, M. (2019). Von der Anatomie der Gesundheit zur Architektur des Lebens – Salutogene Wege der Gesundheitsförderung. In: C. Meier Magistretti, B. Lindström, M., Eriksson (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen – Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung*. Bern: Hogrefe, S. 25–107.

Mathpati, M. M., Payyappallimana, U., Shankar, D., & Porter, J. D. (2020). Population self-reliance in health and COVID-19: The need for a 4th tier in the health system. *Journal of Ayurveda and integrative medicine*, 100354.

Meier Magistretti, C., Topalidou, A. ,Meinecke, F. (2019). Sense FOR Coherence – der Sinn FÜR Kohärenz: Annäherung an ein mögliches Konzept. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.). *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung*. Bern: Hogrefe Verlag, S. 119-135

Mittelmark, M. B., Bauer, G. F., Vaandrager, L., Pelikan, J. M., Sagy, S., Eriksson, M., ... & Meier Magistretti, C. (2022). The handbook of salutogenesis. <https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/52407/978-3-030-79515-3.pdf?sequence=1>

Franke, A. (2017): Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3. Auflage. Bern: Hans Huber.

Nünning V., Nünning A. (2019). How to stay healthy and foster well-being with narratives, or: Where narratology and salutogenesis could meet. In: Alber J., Olson G.: How to do things with narrative. Berlin Boston: De Gruyter, p. 157-186

Orwell, G. (1949). 1984. Übers. Michael Walter. Frankfurt am Main: Ullstein

Rieger, H.M. (2023): Gesundheit als Wandlungsfähigkeit - Viktor von Weizsäckers Beitrag zu einer kritischen Medizintheorie. Springer; ISBN 978- -662-67122-1 (eBook); <https://doi.org/10.1007/978-3-662-67122-1>

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). No evidence without context. About the illusion of evidence-based practice in healthcare; Den Haag, June 2017; ISBN: 987-90-5732-267-9; <https://www.raadrvs.nl/documenten/publications/2017/6/19/no-evidence-without-context.-about-the-illusion-of-evidence%E2 %80 %90based-practice-in-healthcare>

Schnabel, M., Röhrich, C., & Kohls, N. (2021). Lebenswelt Primärversorgung–Plädoyer für die Integration einer salutogenetischen Säule in ambulante Versorgungsstrukturen. Gesundheits- und Sozialpolitik (G&S), 75(2), 45-53.

Uexküll, T.v. & Wesiack, W. (1988): Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Weizsäcker, V. v. (1930). Soziale Krankheit und soziale Gesundung. Springer.

Weizsäcker, V.v. (1947). Der Begriff der Allgemeinen Medizin. Stuttgart: Enke

Weizsäcker, V. v. (1956). Pathosophie. Vandenhoeck & Ruprecht.

Weizsäcker, V. v. (1973). Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. Suhrkamp.

World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion, 1986 (No. WHO/EURO: 1986-4044-43803-61677). World Health Organization. Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

Wörler, F., Gieseler, F. (2020): Depersonalisation als Dimension des Burn-out-Syndroms bei Onkologen. Forum 35, 376–378. <https://doi.org/10.1007/s12312-020-00809-9>