

RÜDIGER-FELIX LORENZ

Gesundheit als Lebensprojekt

Die Dynamik der
Salutogenese



Gesundheit als Lebensprojekt

Rüdiger-Felix Lorenz

Gesundheit als Lebensprojekt

Die Dynamik der Salutogenese

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

AVM – Akademische Verlagsgemeinschaft München 2015
© Thomas Martin Verlagsgesellschaft, München

Umschlagabbildung: © crazymedia- - Fotolia.com

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urhebergesetzes ohne schriftliche Zustimmung des Verlages ist unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Nachdruck, auch auszugsweise, Reproduktion, Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung sowie Digitalisierung oder Einspeicherung und Verarbeitung auf Tonträgern und in elektronischen Systemen aller Art.

Alle Informationen in diesem Buch wurden mit größter Sorgfalt erarbeitet und geprüft. Weder Autoren noch Verlag können jedoch für Schäden haftbar gemacht werden, die in Zusammenhang mit der Verwendung dieses Buches stehen.

e-ISBN (ePDF) 978-3-96091-363-4
ISBN (Print) 978-3-86924-961-2

Verlagsverzeichnis schickt gern:
AVM – Akademische Verlagsgemeinschaft München
Schwanthalerstr. 81
D-80336 München

www.avm-verlag.de

Posthum für

Aaron und Benyamin,

deren Eintreten für die Selbstsorge
und die Sorge um den Mitmenschen
für mich stets Vorbild ist.

Inhaltsverzeichnis

Persönliche Vorbemerkungen	9
Einleitung – Gesundheit als höchstes Gut?	13
Aaron Antonovsky – Der Andersdenkende	19
1 Zum Ansatz der Salutogenese	25
Stressforschung und Salutogenese	25
Gesundheitsförderung und Prävention – Zum Impuls der Salutogenese	33
„Was auch immer passiert, ich kann es schaffen“ – Das multidimensionale Kontinuum der Salutogenese	47
2 Salutogenese und Beziehung	67
Beziehung als Ressource – Zur gesundheitlichen Bedeutung der Beziehung	67
Was können wir noch tun? Tanzen wir auf dem Seil über dem Abgrund oder leben wir in der Sicherheit der sozialen Eingebundenheit?	81
3 Salutogenese und bekannte Persönlichkeiten	95
Die Salutogenese als Brücke zwischen Leiderfahrung und Handlungsbefähigung – Entwicklungspotenzial für Gesundheit	95

Hilfen für Menschen in schwierigen Lebenslagen – Vertrauen als Grundlage einer gesunden Persönlichkeit	109
4 Modifikationen	129
Projekt Lebenssouveränität – Salutogenese und Verwirklichung	129
Was kann Salutogenese sozial benachteiligten Menschen bieten? Wie schaffen es Menschen sich zu verändern?	139
Salutogenese – Wechselseitige Bezogenheit und engagierte Verantwortung für alle	153
Mein Dank	169
Literatur	173
Bildnachweise	187
Stichwortverzeichnis	189

Persönliche Vorbemerkungen

Diesen Sammelband möchte ich posthum dem amerikanisch-israelischen Gesundheits-Soziologen Aaron Antonovsky (1923-1994) und meinem im vergangenen Jahr verstorbenen Freund Benjamin Maoz (1930-2014) widmen. Antonovsky stellte sein Lebenswerk unter das Motto, herauszufinden, welche Einstellung zum Leben und welche Grundsicherheit Menschen trotz widriger Lebensereignisse dazu befähigt, gesund zu bleiben oder ihre Gesundheit aktiv wiederzuerlangen. Benjamin Maoz arbeitete im Team mit Helen Antonovsky, Aaron Antonovsky, Nancy Datan und Henricus Wijsenbeek in Beer Sheva/Israel zusammen. Er wuchs in Kassel auf, ehe sich seine Familie durch das Nazi-Regime und durch die anschließenden Folgen der Shoah (*ha shoah*, hebr.; *Katastrophe*) gezwungen sah, mit dem 7-Jährigen das Land nach Haifa in das damalige Palästina zu verlassen. Doch er sollte wiederkommen und das gleich viele Male. So konnten wir zu Freunden werden und besuchten uns gegenseitig. Maoz arbeitete zunächst als Facharzt für Allgemeinmedizin und schließlich als Facharzt für Psychiatrie in Israel und wurde im Jahre 1994 auf die Franz-Rosenzweig-Gastprofessur der Universität Kassel berufen. Die Rosenzweig-Gast-Professur wurde nach Franz Rosenzweig benannt, einem bedeutenden Religionsphilosophen der Moderne, dessen Familie seit Beginn des 19. Jahrhunderts in Kassel lebte.

In ihrer Veröffentlichung „Poverty and Health. A Sociological Analysis“ (dt.; „Armut und Gesundheit. Eine Sozialanalyse“ (1969) weisen uns John Kosa, Aaron Antonovsky und Irving Kenneth Zola in ihrer Sorge um die Würde und Integrität des Menschen auf die Notwendigkeit einer fundierten Ethik mitmenschlicher Kulturarbeit hin: „Nur wenige Merkmale des Lebens verweisen uns mit einer stärkeren Kraft auf den Anblick von Armut und Krankheit: Sie appellieren an unser Gewissen und veranlassen uns, Maßnahmen zu ergreifen.“ In einer notwendigen Gemeinschaftsorientierung müssen altruistische Hilfeleistungen wieder ihren Platz finden, sollen doch „Nächstenliebe und Menschenliebe“ (ebd. S. 331) ihren gebührenden Platz in der Menschengemeinschaft behalten und wohl auch unter den gegebenen Bedingungen sozialer Ungleichheit wieder zugewiesen bekommen.

Das oben zitierte Buch beginnt mit der biblischen Aussage „Arme habt ihr allezeit bei euch“ (Joh. 12,8), ein Thema, das auch in Deutschland an

Gefühle und Werte erinnert, die vor dem Hintergrund der leidvollen Kriegserfahrungen kaum an Aktualität verloren haben. Menschen, die ihr Schicksal nicht verstehen, schon gar keine Ressourcen zur Verfügung haben, sind in ihrer Integrität und Würde auf der Suche nach dem Sinn komplexen Bedrohungen unterworfen. Sie bedürfen unseres ethisch-fundierten und empathischen Verständnisses, der Unterstützung von außen zur Erschließung ihrer Ressourcen und sie bedürfen sinnstiftender Erfahrungen, um in ihrem leidvollen Leben wieder einen Sinnhorizont finden zu können.

Arme Menschen haben in der Komplexität ihrer Lage und in ihrer prekären Situation wenig Zeit und Energie, um in Ruhe ihr tägliches Leben zu planen. Die hiermit verbundenen Risiken setzen sie einer extrem hohen Stressbelastung aus. Zu nennen ist etwa Wohnungslosigkeit infolge von Arbeitslosigkeit. Aufgrund dessen leiden arme Menschen sehr viel öfter an Depressionen als die reiche Bevölkerung sowohl in den armen als auch in den reichen Ländern. Das Recht auf ein gesundes Leben wird in einer Marktwirtschaft rational und geplant als materieller Besitz der Gesellschaft angesehen und ist daher im Bereich der Armut den am Rande stehenden Menschen als Entzug von Privilegien und Mitteln vorenthalten.

Über wenige Themen herrscht inzwischen kaum ein derartiger Konsens wie darüber, dass Menschen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status letztendlich aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes früher sterben als Menschen mit einem höheren sozio-ökonomischen Status. Der Status bezieht sich hierbei auf die Bildung, die berufliche Eingebundenheit und das Einkommen.

Obwohl die Bundesrepublik zu den reichsten Ländern der Welt gehört, darf nicht übersehen werden, dass die Lebensbedingungen wie auch die Lebenschancen ungleich verteilt sind. Der oben beschriebene Konsens mündet allerdings in einen Dissens in der Armutsforschung, welche Konzepte denn zur Messung von Armut beigezogen werden sollen.

Die Leserinnen und Leser, die die neuesten Zahlen und Erkenntnisse zur Armutslage im Sinne quantifizierbarer Fakten zu suchen wünschen, darf ich an dieser Stelle schon jetzt um Verständnis bitten, dass ihren Erwartungen nicht entsprochen werden kann. Vielmehr geht es in diesem Band darum, die Zusammenhänge von Armut und Gesundheit in das Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken und Erkenntnisse darüber zu gewinnen zu können, welche Wirkmechanismen dem Geschehen zu-

grunde liegen. Die Dimension der Armut selbst kann hier nicht einmal im umfassenden Sinne dargestellt werden. Im Schwerpunkt befassen sich die Ausführungen mit Fragen der Gesundheit und Krankheit sowie der Wiederherstellung von Gesundheit im Sinne der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung.

Dieser Sammelband behandelt eine Übersicht aus insgesamt neun ausgearbeiteten Fassungen von Vorträgen, die in den Jahren 2005 bis 2015 anlässlich der Kongressreihe „Armut und Gesundheit“ unter der Regie der Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung - Gesundheit Berlin-Brandenburg - gehalten wurden. Die einzelnen Abschnitte sind von gemeinsamen Grundideen und Begriffen geprägt, die in ähnlicher sprachlicher Gestalt wiederholt auftauchen. So möchte ich Sie, verehrte Leserinnen und Leser, vorab zunächst auch dafür um Nachsicht bitten, dass sich die Darstellungen zum Konzept der Salutogenese inhaltlich verschiedentlich im Zusammenhang ebenfalls wiederholen. Sehr wohl aber, und insofern werden Sie für Ihre Nachsicht belohnt, wird das Konzept stets zu unterschiedlichen Fragestellungen referiert, die durch das jeweilige Kongressmotto vorgegeben waren.

Mit dieser Schrift lege ich keine Ergebnisse oder abschließend bearbeitete Fragestellungen dar. Zum Verständnis möchte ich daher mein Anliegen mit der allegorischen Hilfe Nossrat Peseschkians (2000, S. 246) verdeutlichen:

„Ein junger Mann betrat im Traum einen Laden. Hinter der Theke stand ein älterer Mann. Hastig fragte er ihn: „Was verkaufen Sie, mein Herr?“ Der Weise antwortete freundlich: „Alles, was Sie wollen.“ Der junge Mann begann aufzuzählen: „Dann hätte ich gerne die Welteinheit und den Weltfrieden, die Abschaffung von Vorurteilen, Beseitigung der Armut, mehr Einheit und Liebe zwischen den Religionen, gleiche Rechte für Mann und Frau und ... und ...“ Da fiel ihm der Weise ins Wort: Entschuldigen Sie, junger Mann, Sie haben mich falsch verstanden. Wir verkaufen keine Früchte, wir verkaufen nur den Samen.“

Über die inhaltlichen Schwerpunkte der einzelnen Kapitel sind Sie als geneigte Leserinnen und Leser insofern schnell orientiert, als Sie - allen Vorträgen vorangestellt - eine kurze Zusammenfassung und die entspre-

chenden Schlüsselwörter nachlesen und sich auf diese Weise einen schnellen Überblick über das jeweilige Thema verschaffen können.

Mögen Sie, liebe Leserinnen und Leser, von den Ausführungen profitieren und sie als Samen für einen fruchtbaren Erkenntnisgewinn und Ihre weiterführenden Gedanken zum Thema der Gesundheit nutzen können. Und so möchte ich Sie zum Schluss meiner persönlichen Vorbemerkungen dazu einladen, Ihre Hinweise, Anregungen und Ergänzungen zum Gelingen der anschließenden Überlegungen als Ihre bedeutsame Mitgestaltung einzubringen.

Schreiben Sie bitte an: felix.lorenz@htp-tel.de

Einleitung – Gesundheit als höchstes Gut?

Gesundheit ist ein gesellschaftliches Thema, denn alle Menschen sind mit der Erhaltung ihrer Gesundheit beschäftigt. Insofern sind wir weniger als Laien, denn als Experten in eigener Sache mit dem Streben und der Sorge um unsere Gesundheit involviert, haben wir doch alle unsere Erfahrungen mit ihr gemacht. Wir verhalten uns zudem präventiv und so nehmen Faltermaier und seine Kollegen (1998) unter dem Titel „Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung“ das Thema wie folgt auf: „Präventive Laienaktivitäten sind jedoch angemessen nur als Teil des Alltagshandelns und des informellen Laiensystems zu verstehen und werden deshalb hier als *Gesundheitshandeln* im Alltag verstanden. Dazu gehören auch die vielfältigen Leistungen der *sozialen Unterstützung* in gesundheitlichen Angelegenheiten, die von präventiven Ratschlägen bis hin zu konkreten Hilfeleistungen bei Krankheiten reichen“ (ebd. 1998, S. 33). Im Erhalt der eigenen Gesundheit ist zugleich unter anderem bei den konkreten Hilfeleistungen an die Belastungen pflegender Angehöriger in der Sorge um die Nächsten zu denken, die - je nach Pflegeintensität bzw. Erkrankung der betroffenen Person - dazu führen kann, dass das Leben für die Pflegenden mit allen Konsequenzen derart eingeschränkt ist, indem es nicht mehr so geführt werden kann wie zuvor. Oft sprechen sie kaum darüber, weil sie in Einklang mit den gesellschaftlichen Erwartungen die Hilfe als selbstverständlich betrachten. Nicht selten sind sie dabei selbst bei ihrem Engagement gesundheitlichen Beeinträchtigungen unterworfen.

Wir sind qua Geburt mit der Entwicklungsmöglichkeit unserer Gesundheit ausgestattet, zu deren Erhalt wir jedoch zuweilen die Unterstützungsleistung - wie oben geschildert - anderer benötigen. Solange wir uns um unsere Gesundheit nicht zu sorgen haben, gelten wir in unserer Leistungsgesellschaft ganz im Sinne des Ausbildungs-, Wirtschafts- und Gesundheitssystems als funktionsfähig und damit als gesund. Wir gehen davon aus, dass unsere Funktionsfähigkeit unter anderem dadurch gesichert ist, dass wir keine Schmerzen empfinden und dass wir uns somit bei Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung als gesund erleben können.

Der Gesundheitsbegriff bietet in sich ein breites Spektrum an Definitionen, mithin eine Fülle an Dimensionen, mit denen das komplexe Phä-

nomen Gesundheit beschrieben werden kann. Es handelt sich dabei um Definitionen und Dimensionen, die in den Fachpublikationen zum Teil recht widersprüchlich kursieren. Als Ausgangspunkt wegweisender Definitionen darf wohl noch immer der seit dem Jahre 1946 nicht abgeänderte Wortlaut aus der Präambel der Satzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) betrachtet werden: „Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“, wonach trotz aller Zweifel an der Formulierung die Hinwendung zur individuellen Sicht des Erlebens von Gesundheit statt auf den von Experten zugewiesenen Zustand fokussiert wird.

Der aus Expertensicht diagnostizierte Zustand orientiert sich einerseits an den Erkenntnissen des Risikofaktorenmodells, welches in der Versicherungswirtschaft des 19. Jahrhunderts an Bedeutung erlangte. Es wurden seinerzeit persönliche, soziale, geographische und medizinische Parameter für die Erstellung von Sterbetafeln beigezogen, die als Grundlage der Kalkulation von Lebensversicherungen dienten. Aspekte und Verhalten, die zur Reduzierung der Lebenserwartung führten, galten seither als „Risikofaktoren“. So wird das medizinische Denken und Handeln heute noch auf diese Weise nach alten vorherrschenden Normen und Regeln praktiziert. Franke (2008, S. 31) zieht den Schluss: „Gesundheit als Freisein von Störungen [...] kennzeichnet das Verständnis des westlich-industriellen Medizinsystems und der westlichen Medizinwissenschaft.“ Die unterschiedlichen Akzentsetzungen in der Diagnostik sind zwar stets professionell begründbar, sie sind gleichwohl aber auch abhängig von der jeweiligen Sicht der Disziplin aus zu beurteilen. Das hat zur Folge, dass schon allein die abweichenden diagnostischen Sichtweisen zwar als professionell, jedoch nicht als objektiv bezeichnet werden können. So ist die Bewertung der „Störungen“ denn auch abhängig vom professionellen Kommunikationsangebot im Verständnis für die Bereitschaft, die Reflektionen der sich anvertrauenden Patientinnen und Patienten in den Entscheidungsprozess einzubeziehen, statt sie als Störung für einen wirtschaftlichen und damit zeitgetakteten Praxisablauf aufzufassen.

Andererseits reduziert der westliche Kulturraum vor allem die Gesundheit schwerpunktmäßig und eindimensional auf das körperliche Geschehen. Die Theorie der Heilkunde feierte zu Beginn des 18. Jahrhunderts die Newtonschen Erkenntnisse zur Mechanik, müsse es doch möglich sein in der Medizin zu ähnlichen Schlüssen und Gewissheiten über den

Menschen zu gelangen, wie es in der Physik möglich war. Von nun an sollte als Lehrmeinung gelten, dass die körperlichen Erlebensweisen durch klassisch physikalisch-chemische Kräfte bestimmt seien. Uexküll und Wesiak (2008, S. 4) setzen ihren Ausführungen zur Psychosomatischen Medizin folgende Passage an den Anfang: „Auf diese Weise lernen Ärzte schon als Medizinstudenten ein Modell auf den menschlichen Körper zu übertragen, das die Physik zur Lösung technischer Probleme entwickelt hat und das in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts seinen Siegeszug durch die Welt antrat: das Modell der Maschine“, welches nach wie vor im biomedizinischen Verständnis verankert ist, wonach Gesundheit als Störungsfreiheit betrachtet wird. Dazu ziehen Adler et al. die Schlussfolgerung: „Die Faszination dieses Modells für Ärzte beruht auf seiner Fähigkeit, ein räumliches Ordnungsschema bereitzustellen, von dem sich Handlungsanweisungen für manuelle Eingriffe im menschlichen Körper ableiten lassen. So wurde der nach dem Maschinenmodell gedeutete Körper ‚zur Sache der Medizin‘“ (ebd. 2008, S. 4). Faltermeier (1994, S. 21) kommt zu dem Schluss: „Der kranke Mensch ist dabei nur die Instanz eines pathogenen Prozesses: Es ist der (passive) Träger einer Krankheit und wird in der Folge zum Objekt der Behandlung. Seine Psyche wird vom körperlichen Geschehen abgetrennt, da es für das eigentliche Krankheitsgeschehen ohne Bedeutung sei, womit der kranke Mensch auch als Subjekt ausgegrenzt wird. Auf diese Weise reproduziert die Medizin die klassische, auf Descartes zurückgehende Trennung von Leib und Seele.“

Diese Sicht perpetuiert Entfremdungsprozesse. Petzold (2003, S. 782) stellt dar: „Es handelt sich um Situationen, in denen oft ein hohes Maß an *Verdinglichung* und Entfremdung herrscht: Instrumente, Apparate, die Krankheit, das Symptom, der Krebs stehen im Vordergrund. Der Krebskranke wird zum Tumorträger, zum ‚Fall‘. Hinter seiner Erkrankung geht er als Person verloren.“ Über der Tür der Station steht in großen Lettern geschrieben: „Krebsstation“ und anlässlich der Visite fragt der Chefarzt die Patientin: „Wie geht es uns denn heute?“ Die Antwort der Patientin kann aus Zeitgründen oft nicht wirklich angehört werden, vielmehr muss der Oberarzt gemäß üblichem Ritual die Laborwerte auf-sagen. Prozesse der Entfremdung und Entmündigung sowie der strukturellen Gewalt sind auf diese Weise im industriell ausgerichteten Medizinsystem an der Tagesordnung. Gleichwohl existiert inzwischen eine Reihe von Studien, die die Arzt-Patienten-Beziehung untersuchen. Gerald

Hüther (2015, S. 163f.) zentriert deshalb wohl auf hoffnungsvolle Anzeichen: „Wenn Patienten von ihrem Arzt nicht als Objekte behandelt werden, wenn sie das Gefühl haben, dass der Arzt oder Therapeut sie als Person ernst nimmt, mit ihnen redet, ihnen erklärt, was er bei seinen Untersuchungen herausgefunden hat, was ihnen hilft und wie sie dabei selbst mitwirken können, werden sie auch schneller wieder gesund. Inzwischen gibt es immer mehr Ärzte und Therapeuten, die das verstanden haben und sich um den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu ihren Patienten bemühen.“

Die reduktionistischen, auf die körperliche Gesundheit beschränkten Konzepte sind - wenn auch heute bereits wie oben geschildert andere Strebungen erkennbar werden - noch immer Gegenstand der aktuellen Praxis, obgleich wir andere Ausrichtungen finden können, die bereits im Altertum eine umfassende Sicht von Gesundheit berücksichtigen: Hippokratische (460-375 v. Chr.) Sichtweisen etwa vermittelten Richtlinien, wie ein Leben in Übereinstimmung mit den Bedingungen der Umwelt zu führen sei. Darüber hinaus beschrieb Galen (129-199) eine Methode, die der heutigen Prävention sehr nahe steht. So sei es notwendig, bevor ein Mensch erkrankt, aus bestimmten Symptomen eine heranziehende Krankheit zu diagnostizieren und ihr durch entsprechende Maßnahmen zuvorzukommen. In der Scholastik zu Zeiten Hildegards von Bingen (1098-1179) wurde Gesundheit in der Säftelehre keineswegs negativ als Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern als das Streben nach vollkommener Harmonie hin zum humoralen Gleichgewicht verstanden. So müssen wir heute anerkennen, dass bereits in den Sichtweisen des Altertums zukunftsweisende und in einem umfassenden Sinne bedeutende Hinweise hin zu einer gesunden Lebensführung praktiziert wurden.

In der frühen Neuzeit betrachtet Paracelsus (1493-1541) Gesundheit als ein Zusammenwirken körperlicher, geistiger, sozialer, ökologischer und spiritueller Wirkmechanismen. Und die Aufklärung bescherte uns schließlich mit Paracelsus ausgehend von der Einbindung des Gesundheitsverständnisses in eine göttliche Ordnung eine deutliche Hinwendung zur Krankheit mit deren zweifellos für den Menschen erfolgreichen Erforschung.

Wir müssen aber auch zugestehen: „Gesundheit ist prinzipiell ‚at risk‘. Wir sind zerbrechliche Wesen, und deshalb kann Gesundheit niemals im Sinne eines naiven Hedonismus verstanden werden, wie er von breiten Kreisen der Wellness- und Fitness-Bewegung und ihrem kommerziellen

Anbietern vertreten wird“ (Petzold 2010, S. 12). Hier werden wiederum Prozesse der Verdinglichung und Entfremdung sichtbar, die von der Logik des Profits gesteuert sind und die mit Gesundheit als Fähigkeit zur Lebensbewältigung wenig zu tun haben. Es scheint das Diktat des gestählten, permanent funktionierenden Körpers auf, indem Krankheit als Gegner und durch den Menschen zu bekämpfenden Feind missverstanden wird. Dazu bemerkt Mitscherlich (1969, S. 9f.): „Krankheit bei uns allen ist nicht anonym wirkender Zufall, sondern Krankheit ist Reaktionsmöglichkeit des erlebenden Individuums in hilfloser Lage.“ Wenn wir uns schon nicht im medizinischen Sinne konsequent der Gesundheit widmen können, wie ist dann die Krankheit zu verstehen? Ist sie statt als bekämpfenswerte Bedrohung vielmehr als Botschaft, als Selbstheilungsversuch oder auch als Appell an die Gesundheitskompetenz des Erkrankten zu verstehen, um eine Veränderung hin zu einem anderen Lebensstil mit dem Ziel einer gesunden Lebensführung zu praktizieren?

Am Beispiel des Fiebers erläutert der Psychologe und Philosoph Michel Foucault (1926-1984) den Selbstheilungsversuch des menschlichen Organismus: „Unter Fieber versteht man in erster Linie eine zweckgerichtete Reaktion des Organismus, der sich gegen eine pathogene Attacke oder Substanz verteidigt. Es hat also genau genommen eine heilende Wirkung“ (Foucault 2011, S. 190f.). Foucault (2012, S. 25) bietet ohnehin eine darüber hinaus notwendige Perspektivenveränderung an, indem er den Organismus in seiner Beschreibung unter „Der Kranke und die Umwelt“ einer differenzierten Sicht zuführt, die hier wegen ihrer Aktualität eingehender dargestellt werden soll: „Sicherlich kann keine Krankheit von den diagnostischen Methoden, von den Isolierverfahren, von dem therapeutischen Instrumentarium, mit denen die medizinische Praxis sie umgibt, getrennt werden. Aber der Begriff der organischen Ganzheit läßt, unabhängig von diesen Praktiken, die Individualität des Kranken hervortreten; er kann vermöge dieses Begriffs in der Originalität seiner Krankheit isoliert oder der eigentümliche Charakter seiner pathologischen Reaktionen bestimmt werden.“ Und weiter: „In der Psychopathologie läßt die Wirklichkeit des Kranken eine solche Abstraktion nicht zu, und jede krankhafte Individualität muß aus dem ihr gegenüber praktizierten Verhalten der Umwelt verstanden werden.“ Welche identitätsvernichtende Dynamik sich für Menschen jedoch entfalten kann, ist damit aktuell am Beispiel Gustl Mollaths nachzuvollziehen: „Juristisch und moralisch praktisch in den Stand der Minderjährigkeit zurückversetzt, durch

die Allmacht des Arztes seiner Freiheit beraubt, wurde der Kranke der Knotenpunkt aller sozialen Suggestionen“ (ebd., S. 25f.). Es muss an dieser Stelle sicher nicht betont werden, dass Mollath bei guter Gesundheit dem disziplinierenden Diskurs der „Macht“ (vgl. Foucault 2005) - wir können auch von medizinisierter Kontrollmacht sprechen - in Erinnerung an das Rosenhan-Experiment (vgl. 1973) anheimfiel. Rosenhan verschaffte sich bekanntlich seinerzeit mit anderen Gesunden unter einem Symptomvorwand Zugang in psychiatrische Kliniken. Unmittelbar nach ihrer Aufnahme verhielt sich die Gruppe so gesund wie zuvor. Sobald sie jedoch versuchten, mit den Behandlern Ihre Gesundheit zu thematisieren, wurde ihnen zur Bestätigung der ursprünglich gestellten Diagnose Schizophrenie als ein intellektualisierendes Abwehrverhalten unterstellt.

Wir können an dieser Stelle aufatmen, sind wir doch auf Umwegen wieder bei der Gesundheit angekommen. Im Verlauf der Darstellungen sollen hier keine weiteren Gesundheitsmodelle vorgestellt werden, doch zum oben dargestellten Schicksal des Herrn Mollath passt die Auffassung von *Gesundheit als Anpassung*, die von dem Mikrobiologen René Dubos (vgl. 1959,1965) am umfassendsten formuliert wurde. Er versteht Gesundheit als die Fähigkeit des Menschen sich mit den jeweiligen Umgebungsbedingungen situationsadäquat auseinandersetzen zu können, wie der Mensch sich mit einem Erreger auseinandersetzen kann und seine Abwehrkräfte zu aktivieren in der Lage ist. Das ist sicher eine auf den ersten Blick recht überzeugende Idee, die allerdings noch immer darauf zentriert, die charakteristischen Eigenschaften von Erregern herausfinden zu müssen, um Krankheiten effektiv behandeln zu können. Seine Thesen waren nicht neu, sie sind jedoch wegen ihrer fehlenden Berücksichtigung des Umweltaspektes - zu denken ist beispielsweise an mangelnde Hygiene bei der Behandlung von Abwässern - bis heute umstritten und zweifelhaft. Bei der Übertragung des Ansatzes auf den sozialen Aspekt sind gleichwohl Zweifel begründet: Sobald nämlich Gesundheit als soziale Anpassungsleistung allein dadurch definiert wird, indem der als gesund gilt, der dem gesellschaftlichem Konsens entspricht, dann bleibt sicher wenig Spielraum für Abweichler und Andersdenkende, für den Regelverstoß innerhalb des gesetzlichen Rahmens und letztendlich für die Menschen, die bisher mit ihren neuen Ideen Entwicklungsprozesse auf unkonventionelle Weise vorangetrieben haben.

Aaron Antonovsky – Der Andersdenkende

Von einem solchen „Abweichler“ soll nun die Rede sein. Die Auseinandersetzung mit Fragen des Zusammenhangs zwischen Armut und Gesundheit in der Bedeutung für die Gesundheitsförderung und Prävention bietet eine ausgezeichnete Plattform für die weiterführenden Erkenntnisse und Antworten, die mit den Forschungen des Gesundheitssoziologen Aaron Antonovsky (1923-1994) verknüpft sind, der als „einflussreichster Gesundheitstheoretiker der Neuzeit“ (Becker 2006, S. 90) bezeichnet werden kann.

Antonovsky folgte in seiner den Menschen zugewandten Art einer konsequent vertretenen Handlungsmaxime der interdisziplinären Zusammenarbeit. So veröffentlichte er zusammen mit den Herausgebern John Kosa und Irving Kenneth Zola und weiteren Autoren unterschiedlicher beruflicher Disziplinen im Jahre 1969 die bereits angesprochene sozialanalytische Publikation „Armut und Gesundheit“. Es ist sicher kein Zufall, dass sich Zola seit seiner Behinderung durch die Kinderlähmung besonders für Behinderte als am Rande der Gesellschaft Stehende und deren Stabilisierung des Selbstwerterlebens einsetzte.

Auch Antonovsky war früh fortwährend mit Identitätsbrüchen und der Suche nach einer Ausbalancierung innerer und äußerer Anforderungen beschäftigt. Trotz aller Schwierigkeiten, die die Familie Antonovsky als russisch-jüdische Emigranten zu bewältigen hatte, war es für die Eltern selbstverständlich, dass der Sohn Aaron eine profunde Bildung erhalten sollte. Insofern muss seine spätere wissenschaftliche Arbeit im Zusammenhang mit seinen biographischen Lebenserfahrungen betrachtet werden.

Sein Schicksal ist eng verknüpft mit den Erfahrungen, die seine Eltern Esther und Isaac veranlasst hatten, Russland vor dem Hintergrund von Antisemitismus und der Armut unter der Zarenherrschaft nach Amerika auszuwandern. Im Kaiserreich fanden unter Alexander III. und seinem Nachfolger Nikolaus II. immer wieder Pogrome (aus dem Russischen „pogrom“ = „demolieren, zerstören“; Fremdwort für „Ausschreitung, Hetze“. Bedeutung: Von der Regierung organisierte Ausschreitungen gegen Juden in Russland) statt. In den Maigesetzen von 1882 wurde der jüdischen Bevölkerung u. a. untersagt, sich außerhalb von Städten niederzulassen und es durfte von Juden an Sonntagen und christlichen Fei-