

# Perspektiven erweitern!

## Salutogene Gesundheitsförderung in der Physiotherapie

Krankheitszentrierung in der Physiotherapie und die Notwendigkeit einer Perspektivenerweiterung – Teil 1 **Franziska Bittner**

Das Kernziel dieses Artikels besteht darin, PhysiotherapeutInnen darin zu unterstützen, ihre bisherige überwiegend pathogenetische Perspektive um die der salutogenen Gesundheitsförderung zu erweitern. Der Schwerpunkt liegt dabei zum einen auf dem ressourcenorientierten Salutogenesemodell, welches sich von dem bislang bekannten Salutogenesemodell unterscheidet. Teil eins dieser Arbeit beschäftigt sich nun zunächst mit der vorherrschenden Krankheitszentrierung in der Physiotherapie und der damit einhergehenden Notwendigkeit für eine Perspektivenerweiterung, will man den aktuellen und zukünftigen Anforderungen des Gesundheitsmarktes innovativ und bedarfsorientiert begegnen. Der zweite Teil wird sich in einer der kommenden Ausgaben mit der ressourcenorientierten Erweiterung des Salutogenesemodells, dem Unterschied zwischen den Begriffen »Salutogenese« und »Gesundheitsförderung« und den sich daraus für PhysiotherapeutInnen erschließenden Chancen zur Erweiterung ihres bisherigen Tätigkeitsspektrums beschäftigen.

### Einleitung

Den überwiegenden Verdienst erzielen Physiotherapeuten aktuell durch Verordnungsleistungen, die im Zuge knapper finanzieller Ressourcen auch in Zukunft voraussichtlich kein Wachstumspotenzial aufweisen werden. Vollerorts besteht daher schon heute die Notwendigkeit, sich im Bonus- oder Selbstzahlermarkt zu etablieren und sich ein zweites Standbein aufzubauen. Im Zuge dessen rücken Forderungen nach Kundenservice, aber auch effektiven Gesundheitsleistungen noch stärker in den Vordergrund. Die Frage nach der kontinuierlichen Messung und Auswertung physiotherapeutischer Gesundheitsleistungen wird daher aus Kundensicht immer stärker in den Mittelpunkt rücken müssen.

Eine andere wichtige Frage setzt allerdings schon viel früher an: Welche Gesundheits-Krankheits-Perspektive liegt dem Physiotherapeuten bei der Zusammenstellung verschiedener physiotherapeutischer Gesundheitsleistungen zugrunde? Stellt er sich vornehmlich die Frage nach dem WAS eine Person krank macht oder auch nach dem WAS sie gesund erhält?

Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive wird aktuell die physiotherapeutische Praxis häufig durch zwei wesentliche Merkmale geprägt:

1. Krankheitsorientierte Perspektive auf den Menschen
2. Umsetzung krankheitsorientierter (Primär-)Präventionsprogramme

Der primäre Fokus in präventiven Rückenschulungskursen ist in der Regel auf das, was den Rücken krank macht – also auf Risikofaktoren – gerichtet und weniger beziehungsweise gar nicht auf das, was den Rücken gesund macht oder erhält. Die Vermittlung biopsychosozialer Risikofaktoren für Rückenschmerzen steht im Vordergrund. »Gesunde« Menschen sollen »gesund« bleiben, indem sie Informationen darüber erhalten, was sie krank macht und wie Schmerzen entstehen. Nach diesem Verständnis soll das Wissen darüber, was Krankheit fördert durch die Reduktion ermittelter Risikofaktoren Krankheit verhindern. Diese Annahme findet aus wissenschaftlicher Perspektive keine einheitliche Zustimmung! Denn eine Wegnahme negativer Faktoren muss nicht automatisch im Positiven resultieren (Franke 2006).

Der im Bereich der Prävention zur Anwendung kommende biopsychosozial eingefärbte Risikofaktorenansatz stößt hier an seine Grenzen, obgleich die gesetzlichen Krankenkassen allein im Jahr 2006 pro Versicherten 2,74 € investiert haben.

Was also können Physiotherapeuten tun, um sich langfristig strategisch auf dem Selbstzahlermarkt zu etablieren?

Essenziell erweist sich hierbei die Perspektive auf das Gesundheits-Krankheits-Geschehen. Denn sie ist handlungsleitend in der Anamnese, Planung, Umsetzung und Auswertung der zum Einsatz kommenden physiotherapeutischen Interventionen. Das Gesundheits-Krankheits-Verständnis ist vergleichbar mit der Philosophie eines Unternehmens. Es bedarf einer Vision, einer Philosophie, um systematisch alle weiteren Grob-, Fein- und Feinstziele und aus diesen alle weiteren Strategien und Maßnahmen abzuleiten.

## Neue Perspektiven

### »Warum bleibt oder wird eine Person gesund?«

Diese Frage klingt für viele medizinische Berufsgruppen, so auch PhysiotherapeutInnen, etwas ungewohnt. Dies zeigt sich allein darin, dass diese professionellen Helfer oft in den Kategorien von Krankheiten denken und nach Defiziten suchen, die einer therapeutischen Behandlung oder anderer Hilfestellungen bedürfen.

Der Gesetzgeber beschreibt im § 28 SGB V das medizinische Aufgabenspektrum mit der Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten. Die Wiederherstellung und Förderung von

Gesundheit wird an dieser Stelle dem ärztlichen Zuständigkeitsbereich jedoch nicht zugeordnet. Dennoch besteht nach Angaben von vielen ÄrztInnen und auch PhysiotherapeutInnen das Ziel sämtlicher Interventionen darin, die Gesundheit der PatientInnen wiederherzustellen. An dieser Stelle drängt sich die Frage auf, wie Gesundheit definiert wird und wer feststellt, wann jemand gesund ist. Ist eine Person gesund, wenn die Krankschreibung durch den Arzt zu Ende ist? Oder ist eine Person gesund, wenn sie sich selbst gesund fühlt? Aber wie sieht es dann wieder mit der Diskrepanz zwischen dem Befund und dem Befinden aus? Diese Diskrepanz besagt, dass Personen objektiv gesehen schwer krank oder durch Behinderung eingeschränkt sein und sich subjektiv gesehen aber auch wohlfühlen können. Und wie ist der Rückgang krankheitsbedingter Fehlzeiten in den Betrieben während der letzten Jahre zu bewerten? Sind die Beschäftigten deshalb gesünder geworden?

Offensichtlich ist es bei genauerer Betrachtung gar nicht so einfach zu definieren, was Gesundheit ist. Im Laufe der Entwicklung des medizinischen Berufsstandes hat sich ein Gesundheitsverständnis etabliert, das Gesundheit mit dem Fehlen von Krankheit definiert. So gesehen wird Gesundheit zu einem negativen Begriff, der weniger beschreibt was Gesundheit ist, sondern mehr was Gesundheit nicht ist (Naidoo & Wills 2003).

### Krankheitszentrierung in der Medizin und Physiotherapie

In Anbetracht der arztzentrierten Versorgung in Deutschland und dem damit einhergehenden »ärztlichen Definitionsmonopol von Krankheit« (Schwarz et al. 1998) ist die vorherrschende Dominanz der pathogenetischen Betrachtungsweise nicht verwunderlich. Denn die bisherige

Hauptleistung der Medizin ist in Beiträgen zur Definition von Krankheiten, ihrer Erscheinungsformen und Ursachen zu finden. In der Medizin sind gegenwärtig mehr als 30.000 Krankheiten bekannt. »Als Krankheit wird das Vorliegen von Symptomen und/oder Befunden bezeichnet« (Schwarz et al. 1998), die als Abweichungen von einem physiologischen Gleichgewicht interpretiert und auf definierte innere oder äußere Ursachen zurückgeführt werden. Allerdings fällt es häufig schwer zu beschreiben, was als Abweichung von einem physiologischen Gleichgewicht, einer Regelgröße, einer Organfunktion oder einer Organstruktur zu gelten hat. Begründet wird diese Problematik mit der zum Teil extremen Schwankungsbreite biologischer Normen und den begrenzten Kenntnissen über die Normalverteilung in verschiedenen Populationen. Weitere Defizite bestehen im begrenzten Wissen über die pathophysiologische Bedeutung verschiedener Normenabweichungen (Schwarz et al. 1998). Zwischen den Polen »gesund« und »krank« gibt es anscheinend einen umfangreichen Zwischenbereich grenzwertiger Phänomene. Der Termini »bedingte Gesundheit« bei chronischer Krankheit gibt einen Hinweis darauf.

Die bisherige dichotome Betrachtung beziehungsweise Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit durch die Medizin lässt sich aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive nicht mehr rechtfertigen!

Zur selben Erkenntnis gelangte der Medizinsoziologe Aron Antonovsky. Er untersuchte im Jahr 1970 die gesundheitlichen Auswirkungen der Wechseljahre bei einer Gruppe von Frauen, die einen Konzentrationslageraufenthalt überlebt hatten und damit schwerster Traumatisierung im Kindes- und Jugend- >>>

alter ausgesetzt worden waren. 71 Prozent dieser Frauen berichteten über mehr oder weniger starke Gesundheitseinschränkungen. Das bedeutet, dass immerhin 29 Prozent der inhaftierten Frauen – trotz dieser traumatischen Erlebnisse – über eine relativ gute psychische Gesundheit berichteten. Antonovsky stellte sich deshalb die Frage, wie es diesen Frauen gelungen war, trotz der extremen Belastungen psychisch gesund zu bleiben. Antonovsky wechselte die Perspektive. Er stellte nun nicht mehr die Frage »Was macht einen Menschen krank?«, sondern stellte die Frage »Was erhält einen Menschen gesund?« in den Vordergrund. Ausgehend von dieser Überlegung begann Antonovsky sich verstärkt mit den Bedingungen für Gesundheit zu beschäftigen und entwickelte ein Modell über die Entstehung von Gesundheit – besser auch bekannt als das Modell der Salutogenese.



Abb. 1\_Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nach Antonovsky (1997)

## Das Salutogenesemodell

### Grundlagen

»Genese« bedeutet dabei soviel wie Entwicklung und Entstehung, »Salus« bedeutet Gesundheit. Das Modell der Salutogenese stellt damit das Pendant zu der bis dahin dominierenden Pathogenese der Medizin dar – also dem Verständnis über die Entstehung von Krankheit.

Die krankheits- und gesundheitsorientierte Perspektive stellt nach Antonovsky ein komplementäres Ganzes dar. Gesundheit (health-ease) und Krankheit (dis-ease) werden nicht als alternative Zustände verstanden, sondern als ange-

nommene Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums (Abb. 1). Nach diesem Verständnis sind Menschen nicht entweder gesund oder krank, sondern immer mehr oder weniger beides. Gesundheit ist ohne Krankheit nicht denkbar – und umgekehrt!

Ein als krank diagnostizierter Mensch besitzt demzufolge auch stets gesunde Anteile. Ein Mensch ohne gesunde Anteile ist nicht mehr lebensfähig, er ist tot. Der Tod wird dabei nicht als ein Versagen der Medizin, sondern als ein natürlicher Bestandteil des Lebens wahrgenommen.

In seinen Untersuchungen kam Antonovsky weiterhin zu dem Ergebnis, dass »Gesundheit« nicht nur das körperliche Zusammenspiel des menschlichen Organismus abbildet, sondern ein mehrdimensionales Geschehen. So wirken sich gesellschaftliche (wie Krieg, Frieden, wirtschaftliche (In-)Stabilität) und ökonomische Einflüsse (z. B. finanzielle (Un-)Sicherheit) erheblich auf die Gesundheit eines Menschen aus. Abbildung 2 veranschaulicht, dass es weitaus mehr als physische, psychische und soziale Faktoren gibt, denen Menschen täglich ausgesetzt sind.

Nach dem Verständnis der Salutogenese liegt es im Selbsterhaltungstrieb des Menschen begründet, dem beständigen Bombardement an Reizen Stand zu halten und angemessen zu bewältigen. Das Ziel besteht stets darin, handlungsfähig zu bleiben und sich auf dem Kontinuum mehr in Richtung »Gesundheit« zu bewegen.

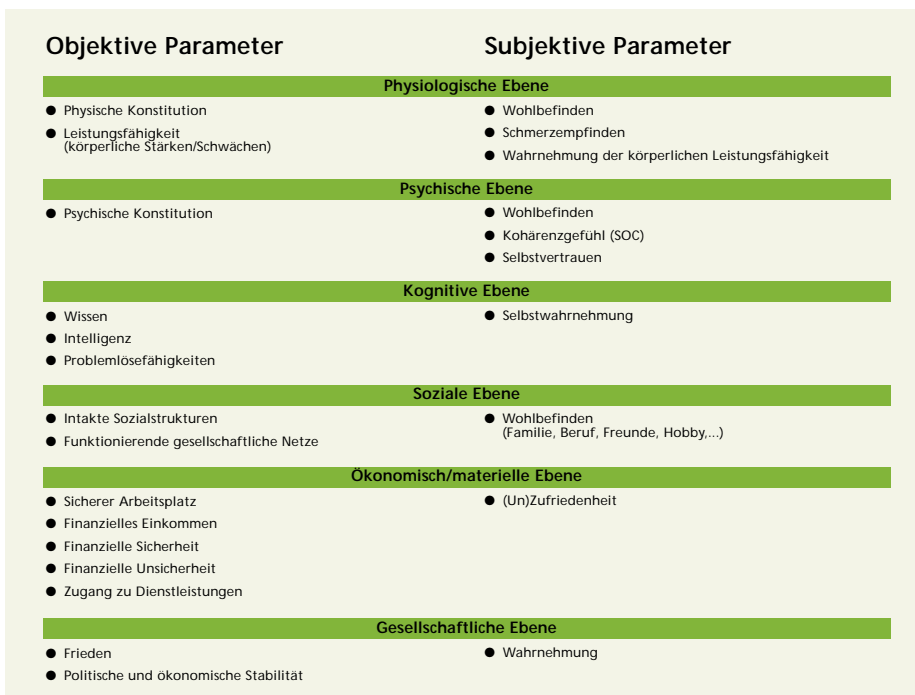


Abb. 2\_Beispiele objektiver und subjektiver Parameter zur Bestimmung der Lokalisation einer Person auf dem HEDE-Kontinuum nach Franke (2006)

Im praktischen Sinne stellte sich Antonovsky unter anderem die Frage, wer die Personen sind, die trotz Risikofaktoren keine koronare Herzkrankheit oder muskuloskelettale Erkrankung bekommen? An dieser Stelle wird deutlich, dass es offenbar nicht nur krankheitsfördernde, sondern auch gesundheitsfördernde Faktoren geben muss. Auf der Suche nach der Antwort, welche Faktoren zur Gesunderhaltung eines Menschen beitragen, besteht eine wichtige Erkenntnis darin, dass Reize beziehungsweise Einflussfaktoren nicht per se »positiv« – gesundheitsförderlich – oder »negativ« – gesundheitsbeeinträchtigend – sind. Über die Wirkung eines Reizes entscheidet jeder Mensch selbst. Erst die individuelle Bewertung lässt einen Reiz für eine Person negativ (bedrohlich) oder positiv (herausfordernd) erscheinen. In der Fachsprache ist an dieser Stelle die Rede von »Dis-Stress« und »Eu-Stress«.

### Sense of Coherence (SOC)

Wovon hängt jedoch die Bewertung eines Reizes oder einer Situation im Einzelnen ab? Ein Blick in den Alltag zeigt, dass dort Bewertungen häufig stimmungabhängig getroffen werden. Die Gefühlslage eines Menschen bestimmt den Entscheidungsprozess erheblich. Zu derselben Überzeugung gelangte Antonovsky im Rahmen seiner Forschungsarbeit. Nach anfänglichen Versuchen Widerstandsressourcen zu beschreiben, die krankmachende Einflüsse ausgleichen, wurde ihm klar, dass es sehr verschiedene Arten des Umgehens mit potenziell krankmachenden Einflüssen gibt, die sich nur schwer konzeptionalisieren lassen. Er kam zu dem Ergebnis, dass Personen, die einen gesundheitsfördernden Umgang mit Risikofaktoren pflegten, ein offenbar umfassendes, dauerhaftes und

zugleich dynamisches Vertrauen in sich selbst und ihre Umwelt aufwiesen. Diese Personen empfanden ihre innere und äußere Umwelt als vorhersagbar und überschaubar und waren der Überzeugung, dass sich die Dinge gut entwickeln werden (Antonovsky 1997). Diese subjektive Grundeinstellung gegenüber unvorhergesehenen und belastenden Ereignissen bezeichnete Antonovsky als Kohärenzgefühl (sense of coherence). Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Teilbereichen zusammen:

1. Comprehensibility (Verstehbarkeit)
2. Manageability (Handhabbarkeit)
3. Meaningfulness (Sinnhaftigkeit)

Weißt eine Person ein hohes Maß an Comprehensibility auf, so geht sie davon aus, dass Ereignisse, die ihr begegnen werden, vorhersagbar sind, oder, wenn sie überraschend kommen, in einen Zusammenhang gebracht und erklärt werden können. Im Alltag werden solche Einstellungen durch Aussagen wie »Wer weiß, wofür das gut ist.« deutlich. Ein hohes Maß an Manageability einer Person drückt sich vor allem in einem optimistischen Vertrauen aus, aus eigener Kraft oder mit fremder Unterstützung künftige Lebensaufgaben meistern zu können.

Beide Teilbereiche (Comprehensibility und Manageability) ordnet Antonovsky kognitiven Einstellungen zu – im Gegensatz zum Teilbereich Meaningfulness. Die Sinnhaftigkeit entspricht einer emotionalen Verfassung einer Person, die sich in der individuellen Überzeugung ausdrückt, dass gegenwärtige und künftige Ereignisse sinnvoll sind und es lohnend ist, sich für diese tatkräftig und emotional zu engagieren. Von den drei aufgeführten Teilbereichen des Kohärenzgefühls misst Antonovsky der Sinnhaftigkeit den größten Einfluss auf die Gesunderhaltung zu. Er vermutet, dass

ein hohes Maß an Verstehbarkeit und Handhabbarkeit ohne nachhaltigen gesundheitsprotektiven Effekt einhergeht, wenn die Sinnhaftigkeit fehlt.

Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl tendieren demzufolge eher dazu, zunächst neutrale Reize als irrelevant oder als Herausforderung zu bewerten und weniger als Bedrohung. Sie verfügen über ein großes Repertoire an verfügbaren Strategien, die sie flexibel einsetzen können. Sie vertrauen darauf, dass ihre generalisierten Widerstandsressourcen ausreichen werden, um mit einer Anforderung fertig zu werden (Franke 2006).

### Generalized Resistance Resources (GRRs)

Zu generalisierten Widerstandsressourcen (Generalized Resistance Resources) zählt Antonovsky alle Faktoren, die einen konstruktiven Umgang mit Reizen ermöglichen. GRRs sind dabei sowohl im Individuum selbst als auch in dessen Umwelt und in der Gesellschaft zu finden. Sie entscheiden darüber, über welchen Zeitraum und in welcher Intensität Menschen der Dauerkonfrontation von Stimuli gewachsen sind (Antonovsky 1997). Für den Rücken stellen Büroarbeitsplätze zum Beispiel eine enorme monotone Dauerbelastung dar. Personen, die gelegentliche Bewegungspausen einlegen und in der Freizeit für einen Bewegungsausgleich sorgen, stärken nicht nur ihre physischen, sondern auch ihre psychischen und kognitiven Ressourcen. Denn körperliche Aktivität verbessert nicht nur die körperliche Konstitution, sondern auch die Gehirndurchblutung und löst in Verbindung mit dynamischer Arbeit eine vermehrte Produktion von Nervenwachstumsfaktoren aus – die Leistungsfähigkeit des Gehirns steigt (Hollmann et al. 2003). >>>

Nach Antonovsky gelingt es daher vornehmlich solchen Menschen, sich auf dem HEDE-Kontinuum (☺\_S. 1194) hin zum »Gesundheits«-Pol zu bewegen, die über ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl (SOC) und ein hohes Ausmaß an generalisierten Widerstandsressourcen (GRRs) verfügen. Ein hoher SOC mobilisiert vorhandene Ressourcen und versetzt die Betroffenen eher in die Lage, sich gezielt für gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu entscheiden (Bengel 2002).

Der zentrale Fokus des Salutogenese-modells liegt auf der Bewältigung von Spannungszuständen beziehungsweise stresshaften Anforderungen. Dieser Ansatz sagt allerdings nichts über die Faktoren aus, die ohne den »Umweg« einer gelungenen Bewältigung die Gesundheit fördern – wie zum Beispiel ein Saunabesuch, Lesen oder Musikhören? Solche Faktoren werden von Antonovsky zwar postuliert, finden aber in seiner Konzeptentwicklung nur wenig Beachtung. Es stellt sich die Frage, was das für Faktoren sind, die keiner aktiven »Stressbewältigung« im klassischen

Sinne bedürfen, um ihre gesundheitsförderlichen Wirkungen zu entfalten und auf direktem Weg das Wohlbefinden des Menschen zu steigern?

Weiteres zu diesem Thema lesen Sie in einer der nächsten Ausgaben der pt! ▀

## LITERATUR

- Antonovsky A. 1997. *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag
- Bengel J. 2002. Das Konzept der Salutogenese. In *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*, ed. Bundeszentrale für politische Aufklärung. Band 6. Köln
- Franke A. 2006. Gesundheitsmodelle. In *Modelle von Gesundheit und Krankheit*, ed. A Franke. Bern: Verlag Hans Huber
- Hollmann W, Strüder HK, Tagarakis CVM. 2003. Körperliche Aktivität fördert Gehirngesundheit und -leistungsfähigkeit. Übersicht und eigene Befunde. *Nervenheilkunde* 22: 467-74
- Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J. 2007. *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Verlag Hans Huber
- Koppenhöfer E. 2004. *Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsplan zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*. Düstri: Pabst
- Naidoo J, Wills J. 2003. Sichtweise und Verständnis der Gesundheit. In *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung*, ed. Bundeszentrale für politische Bildung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- Schwartz FW, Siegrist J, von Trotschke J. 1998. Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In *Das Public Health Buch*, ed. FW Schwartz et al. München: Urban & Fischer Verlag
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1986. *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. [www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German) - 24k
- Wydler H, Kolip P, Abel T. 2006: Gesundheit als gelungenes Wechselspiel zwischen Bewältigung und Genuss. In *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes*, ed. Wydler et al. Weinheim und München: Juventa Verlag



## LESER FEEDBACK

Über Kritik und Anregungen würde ich mich sehr freuen:

[f.bittner@physio-fit.org](mailto:f.bittner@physio-fit.org)



### FRANZISKA BITTNER

Gesundheitswissenschaftlerin (MSC PH), DGQ-Qualitätssicherheitsbeauftragte, Kursleiterin für: Stressbewältigung, Tai Chi Chuan und Körperarbeit sowie baa-Gesundheitsmanagerin. Aktueller Tätigkeitsbereich: Administration, Forschung und Entwicklung des PhysioFit®-Netzwerkes (eine Initiative des ZVK und der Physio-Akademie gGmbH) sowie Seminarentwicklung und -durchführung. Bisherige Tätigkeitsfelder: Entwicklung von Unternehmensberatungskonzepten in den Bereichen des betrieblichen Gesundheits- und Eingliederungsmanagements, Seminarplanung, -umsetzung und -auswertung gesundheitsbezogener Themen.

# Perspektiven erweitern!

## Salutogene Gesundheitsförderung in der Physiotherapie

Gesundheits- und Krankheitsorientierung durch die Umsetzung des ressourcenorientierten Salutogenesemodells – Teil 2 **Franziska Bittner**

Das Kernziel dieses Artikels besteht darin, PhysiotherapeutInnen darin zu unterstützen, ihre bisherige überwiegend pathogenetische Perspektive um die der salutogenen Gesundheitsförderung zu erweitern. Der Schwerpunkt liegt dabei zum einen auf dem ressourcenorientierten Salutogenesemodell, welches sich von dem bislang bekannten Salutogenesemodell unterscheidet. Teil eins der Arbeit beschäftigte sich in der letzten Ausgabe (pt 11\_2008) bereits mit der vorherrschenden Krankheitszentrierung in der Physiotherapie. Dieser zweite Teil beschäftigt sich nun mit der ressourcenorientierten Erweiterung des Salutogenesemodells, dem Unterschied zwischen den Begriffen »Salutogenese« und »Gesundheitsförderung« und den sich daraus für PhysiotherapeutInnen erschließenden Chancen zur Erweiterung ihres bisherigen Tätigkeitsspektrums.

### Erweiterung des Salutogenesemodells

#### Ressourcenorientierung

Der zentrale Fokus des Salutogenesemodells liegt auf der Bewältigung von Spannungszuständen beziehungsweise stresshaften Anforderungen. Dieser Ansatz besagt allerdings nicht, dass eine alleinige Reduktion von Risikofaktoren automatisch eine Bewegung auf dem Kontinuum in Richtung »Gesundheit« hervorruft, sondern ebenso mit gesundheitsbeeinträchtigenden Wirkungen einhergehen kann. Denn ein geringes Reizniveau kann dauerhaft zu einer Unterforderung eines Menschen und damit zu einer Schiefelage in seiner Belastungsbalance führen. Dieses Prinzip findet sich in der physiologischen Trainingslehre wieder und ist dort besser bekannt unter dem »Prinzip der funktionellen Anpassung« (④\_S. 1310). Das Prinzip besagt, dass biologische Systeme wie der Muskelapparat, das Herz-Kreislaufsystem, der Verdauungsapparat oder selbst der Intellekt ein bestimmtes Maß an Anforderungen benötigen, um ihre Funktionsfähigkeit zu erhalten oder auch zu steigern. Dieser Effekt zeigt sich zum Beispiel im Rahmen eines Kraft- oder

Ausdauertrainings. Steigt das Anforderungsniveau infolge entsprechender Herausforderungen, steigt die Leistungsfähigkeit. Gebraucht der Mensch ein System (beispielsweise Herz-, Rückenmuskulatur) nicht ausreichend, nimmt dessen Leistungsvermögen ab oder versagt auf Dauer.

Wenn der Mensch zur Gesunderhaltung ein bestimmtes Reizniveau benötigt und zur Reizbewältigung ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl sowie ein großer Pool an Widerstandsressourcen erforderlich sind, wie sieht es dann mit den Faktoren aus, die ohne den »Umweg« einer gelungenen Bewältigung die Gesundheit fördern – wie zum Beispiel ein Saunabesuch, Lesen oder Musikhören? Solche Faktoren werden von Antonovsky zwar postuliert, finden aber in seiner Konzeptentwicklung nur wenig Beachtung. Es stellt sich die Frage, was das für Faktoren sind, die keiner aktiven »Stressbewältigung« im klassischen Sinne bedürfen, um ihre gesundheitsförderlichen Wirkungen zu entfalten und auf direktem Weg das Wohlbefinden des Menschen zu steigern?

In diesem Zusammenhang haben Welbrink und Franke (2000) die >>>

Ressource »euthymes Erleben und Verhalten«, also die Fähigkeit genießen und sich etwas Gutes tun zu können, hinsichtlich ihrer salutogenen Wirkung untersucht. Weitere Variablen wie Humor, Optimismus und die Fähigkeit zu verzeihen, können mittlerweile als belegt anerkannt werden. Sie erleichtern nicht nur die Adaption an Stress, sondern tragen aktiv zu einem größeren Ausmaß an Gesundheit bei (Koppenhöfer 2004, Taylor et al. 2000, Worthon & Scherer 2004). Erholung und damit die Förderung des Wohlbefindens, zum Beispiel durch Entspannungsverfahren, körperliche Betätigungen oder das Pflegen sozialer Kontakte, reaktiviert die Bewältigungsressourcen, erhöht das Gefühl der Belastungsbalance und damit der Handhabbarkeit. Solche Aktivitäten machen einfach Spaß, steigern die Lebensfreude und -qualität und fördern damit die Gesundheit (Franke 2006).

Abbildung 1 veranschaulicht die Erweiterung des Salutogenesemodells durch direkte salutogene Einflussfaktoren. Ein optimales aktives Bewältigungsverhalten und ein direktes ressourcenförderndes Erleben und Verhalten för-

dern in Kombination die »Gesundheit« – beziehungsweise bewirken eine Bewegung auf dem HEDE-Kontinuum hin zum »health-ease«-Pol.

**Ziel der WHO: »Gesundheit für alle«**

Die Salutogenese setzt vornehmlich an den Faktoren an, welche die Gesundheit fördern. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber nicht, dass das Modell der Salutogenese ein Modell der Gesundheitsförderung darstellt. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass Antonovsky seine Vorstellungen von der Entstehung von Gesundheit in ein Modell eingebettet hat, also einen Versuch unternommen hat, die Wirklichkeit vereinfacht zu beschreiben. Die eigentlichen Vorstellungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) über die Förderung von Gesundheit stellen vielmehr eine Konzeption dar, also einen Plan, für ein zu erreichendes Ziel – »Gesundheit für alle«. Dieses Ziel wurde auf der Konferenz in Alma-Ata 1978 forciert. Mit der am 21. November 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung setzte die WHO neue Akzente. Sie gilt als Kristallisationspunkt für ein

neues Gesundheitsverständnis und als Startsignal für Gesundheitsförderungsstrategien auf internationaler und nationaler Ebene (Hurrelmann et al. 2007).

Nach dem Verständnis der WHO verfolgt Gesundheitsförderung einen »Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen« (Ottawa-Charta 1986). Zu diesem Zweck hat die WHO, im Rahmen der Ottawa-Charta, die wichtigsten Aktionsstrategien und Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung zusammen getragen. Kompetenzförderung, Empowerment, Information, Kommunikation und Kooperation (Vernetzung) zählen danach zu wichtigen Strategien des Gesundheitsförderungs-Konzeptes der WHO.

Die WHO ruft dazu auf, »die Menschen selber als die Träger ihrer Gesundheit anzuerkennen und zu unterstützen.« In diesem Sinne stärkt Gesundheitsförderung »die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung [...]. Sie will den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und Lebenswelt auszuüben [...]. Es gilt, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, die verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuelle chronische Erkrankungen und Behinderungen angemessen zu bewältigen« (Ottawa-Charta 1986).

Für eine nachhaltige Realisierung dieser Ziele ist eine Neu- beziehungsweise Umorientierung der Gesundheitsdienste notwendig. Denn »die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens – und damit auch Physiotherapeuten –,



Grafik: Franziska Bittner

Abb. 1\_Ressourcenorientierte Erweiterung des Salutogenesemodells nach Wydler et al. (2006) – Unterschied zwischen Gesundheitsförderung und Salutogenese

den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat getragen. Sie müssen darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht« (Ottawa-Charta 1986).

Eine solche Neuorientierung von Gesundheitsdiensten erfordert zugleich »eine stärkere Aufmerksamkeit für gesundheitsbezogene Forschung und Veränderungen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Ziel dieser Bemühungen soll ein Wandel der Einstellungen und der Organisationsformen sein, die eine Orientierung auf die Bedürfnisse des Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit ermöglichen« (Ottawa-Charta 1986).

### Salutogene Gesundheitsförderung: Chancen für PhysiotherapeutInnen!

In Bezug auf den physiotherapeutischen Berufsstand ist perspektivisch eine Erweiterung des bisher medizinisch-kurativen Gesundheits-Krankheits-Ver-

ständnisses anzustreben. Das Konzept der Gesundheitsförderung kann dabei als ein »Rahmenkonzept« verstanden werden, das Einfluss auf alle Versorgungssegmente – Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege – des Gesundheitssystems nimmt (Abb. 2). In den einzelnen Versorgungsbereichen findet dann nicht nur eine verstärkte Vernetzung aller Akteure (z.B. von Ärzten, Physio- und Ergotherapeuten) sowie eine verstärkte Kundenzentrierung (z. B. durch Empowerment, Information, Kommunikation und Transparenz) statt, sondern auch eine Erweiterung der bisherigen pathogenetischen Betrachtungsweise auf das Gesundheits-Krankheits-Geschehen um das der ressourcenorientierten Salutogenese.

PhysiotherapeutInnen stellen sich dann vornehmlich folgende Fragen:

- Was macht meinen Kunden krank und was macht ihn gesund?
- Welche Ressourcen (GGRs) stehen ihm zur Verfügung?
- Welche Ressourcen müssen gestärkt werden?
- Welche »entgesundenen« Einflussfaktoren können reduziert werden?

- Wie erklärt sich der Kunde seinen Zustand?
- Wie kann ich ihn unterstützen, wie kann ich ihn befähigen, dass er selbstständig einen positiven Einfluss auf seine Gesundheit ausübt?

Ein erweitertes Gesundheits-Krankheits-Verständnis zieht eine Erweiterung des physiotherapeutischen Handlungsspektrums nach sich!

PhysiotherapeutInnen verstehen sich als ExpertInnen, die über »Gesundheits«-Wissen verfügen und dieses auch weitergeben können. Im Rahmen der Informationsweitergabe nehmen PhysiotherapeutInnen die Rolle des Coaches beziehungsweise Beraters ein, der durch die Anwendung salutogener und gesundheitsfördernder Beratungsprinzipien danach strebt Kompetenz- und Handlungswissen aufzubauen, die Kompetenz- und Konsequenzerwartung sowie die Sinnzuschreibung für die Umsetzung physiotherapeutischer Gesundheitsmaßnahmen zu stärken.

In der Praxis geben PhysiotherapeutInnen Umdeutungen – zum Beispiel bei unspezifischen Rückenschmerzen. Das gelegentliche Auftreten von Rückenschmerzen zählt zu einem unvermeidbaren Alltagsphänomen ohne wirklichen Krankheitswert. Solche Beschwerden haben in den meisten Fällen keinen körperlichen Befund und werden oft durch zu viel Stress oder eine schwache Bauch- und Rückenmuskulatur hervorgerufen. Unspezifische Rückenschmerzen können bewältigt werden – und das nicht nur durch die Reduktion von Risikofaktoren, sondern auch durch direkte Gesundheitsförderungsmaßnahmen wie Bewegung, Muskelkräftigung, Stressmanagement, Work-Life-Balance (©\_S. 1311) oder reine Wohlfühlmaßnahmen. Auf diese Weise nehmen PhysiotherapeutInnen zukünftig keine allei- >>>



Abb. 2\_Vereinfachte Darstellung des Soll-Zustandes der einzelnen Versorgungssegmente des Gesundheitssystems nach Hurrelmann et al. (2007)

nige krankheitsorientierte Perspektive ein, sondern helfen durch ihr erweitertes Gesundheits-Krankheits-Verständnis die Selbstbestimmung ihrer KundInnen zu fördern und befähigen diese, Entscheidungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen.

## Fazit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im Jahr 1978 das Ziel »Gesundheit für alle!« formuliert. Aus einer erweiterten Perspektive auf das Gesundheits-Krankheits-Geschehen ist festzustellen, dass die medizinische Entwicklung in dem Bereich der Verhütung und Linderung von Krankheiten sehr fortgeschritten und erfolgreich ist. Ein Blick auf die Förderung der Gesundheit nach dem Konzept der WHO und den Modellvorstellungen von Aaron Antonovsky zeigt, dass die Forschung hier noch in den Anfängen steht. Durch die praktische Umsetzung beider Ansätze erschließen

sich für PhysiotherapeutInnen nicht nur neue Handlungsanforderungen, sondern auch neue Tätigkeitsfelder auf einem sich ständig wandelnden Gesundheitsmarkt. ■

## LITERATUR

- Antonovsky A. 1997. *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag
- Bengel J. 2002. Das Konzept der Salutogenese. In *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*, ed. Bundeszentrale für politische Aufklärung. Band 6. Köln
- Franke A. 2006. Gesundheitsmodelle. In *Modelle von Gesundheit und Krankheit*, ed. A Franke. Bern: Verlag Hans Huber
- Hollmann W, Strüder HK, Tagarakis CVM. 2003. Körperliche Aktivität fördert Gehirngesundheit und -leistungsfähigkeit. Übersicht und eigene Befunde. *Nervenheilkunde* 22: 467-74
- Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J. 2007. *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Koppenhöfer E. 2004. *Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsplan zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*. Düstri: Pabst

Naidoo J, Wills J. 2003. Sichtweise und Verständnis der Gesundheit. In *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung*, ed. Bundeszentrale für politische Bildung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Schwartz FW, Siegrist J, von Troschke J. 1998. Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In *Das Public Health Buch* ed. FW Schwartz et al. München: Urban & Fischer.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1086. *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\_2?language=German - 24k

Wydler H, Kolip P, Abel T. 2006. Gesundheit als gelungenes Wechselspiel zwischen Bewältigung und Genuss. In *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes*, ed. Wydler et al. Weinheim und München: Juventa Verlag



## LESER FEEDBACK

Über Kritik und Anregungen würde ich mich sehr freuen:

[f.bittner@physio-fit.org](mailto:f.bittner@physio-fit.org)



## FRANZISKA BITTNER

Gesundheitswissenschaftlerin (MSC PH), DGO-Qualitätssicherheitsbeauftragte, Kursleiterin für: Stressbewältigung, Tai Chi Chuan und Körperarbeit sowie baa-Gesundheitsmanagerin. Aktueller Tätigkeitsbereich: Administration, Forschung und Entwicklung des PhysioFit®-Netzwerkes (eine Initiative des ZVK und der Physio-Akademie gGmbH) sowie Seminarentwicklung und -durchführung.