



**BlickWechsel** > Neue Perspektiven  
für den Gesundheits- und Sozialbereich

**ChangingViews** > New Perspectives  
for the Health and Social Sectors



**WIENER ROTES KREUZ**  
FORSCHUNGSINSTITUT

## Studie

# „Trotzdem gesund“

## Ein Literaturbericht.

**Verfasserinnen:**

**Andrea Wolf / Hermine Mandl**

**ARGE zur Erforschung und Förderung der Gesundheit**

für das EQUAL-Projekt „BlickWechsel – Neue Perspektiven für den Gesundheits- und Sozialbereich“

Wien, Oktober 2005



**\_EQUAL**



Ein von Sozialstaatssekretär Sigisbert Dolinschek unterstütztes Projekt, gefördert/finanziert aus Mitteln der Beschäftigungsoffensive der österreichischen Bundesregierung (Behindertenmilliarde) für Menschen mit Behinderungen, des Europäischen Sozialfonds sowie aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich.



ARGE zur Erforschung und Förderung der Gesundheit  
Stuckgasse 11/1, 1070 Wien

Andrea Wolf, T/F: +43 (0)1 924 92 09, [andreawolf.office@utanet.at](mailto:andreawolf.office@utanet.at)  
Hermine Mandl, T/F: +43 (0)1 907 63 94, [hermine.mandl@utanet.at](mailto:hermine.mandl@utanet.at)

## Ein Inhaltsverzeichnis.

Einleitende Anmerkungen.....	4
Gesundheitsbegriffe. ....	5
„Salutogenese“: Die Frage nach der Entstehung von Gesundheit.....	10
Gesundheitsressourcen: „Mittel und Möglichkeiten“ zur Gesundheit.....	19
Arbeit und Gesundheit.....	27
Exkurs: Das narrative Interview. ....	35
Literaturliste. ....	36
Anhang .....	50

## **Einleitende Anmerkungen.**

Der Literaturbericht beruht auf umfangreichen Recherchen zum Thema „Gesundheit“. Die hauptsächlichlichen Stichworte, mit denen wir nach Fachpublikationen suchten, waren:

- Gesundheit
- Salutogenese
- Gesundheitsressourcen
- Gesundheitsforschung
- Gesundheitstheorien
- Schutzfaktoren
- Gesundheitsförderung
- Risikofaktoren
- Krankheitstheorien

Schwerpunktmäßig haben wir Publikationen aus folgenden Fachbereichen herangezogen:

- Gesundheitswissenschaften
- Soziologie
- Psychologie
- Neurobiologie
- Philosophie

Wir wünschen Ihnen/euch eine interessante, angenehme Lektüre!

Andrea Wolf

Hermine Mandl

## **Gesundheitsbegriffe.**

### **Gesundheit – ein komplexer, vielschichtiger Begriff.**

Es gibt unzählige Gesundheitsdefinitionen; eine allgemeingültige Definition von „Gesundheit“ gibt es nicht. „LaiInnen“ definieren Gesundheit anders als Professionelle; bei den Professionellen hängt die Definition von Gesundheit wiederum davon ab, welcher Fachrichtung sie angehören; und auch innerhalb der einzelnen Fachrichtungen wird unterschiedlich definiert, was „gesund“ ist (Schorr 1995:57–58).

Die Definitionsvielfalt zeigt, dass „Gesundheit“ und „Krankheit“ – und das eine ist ohne das andere eigentlich nicht denkbar – komplexe, schwierige Begriffe sind und daher auch nur begrenzt objektiviert werden können. Selbst in der so genannten Schulmedizin besteht trotz unterschiedlicher „objektiver“ Richtmaße dafür, was „gesund“ und was „krank“ ist, keine eindeutige Klarheit (Lutz 1995d:145). Bei Beschwerden entspricht die Zahl der Diagnosen nicht selten der Zahl der konsultierten ÄrztInnen.

Dass „gesund“ und „krank“ so schwierig zu definieren und objektivieren sind, hat einen Grund: Definitionen von „Gesundheit“ und „Krankheit“ sind immer Ausdruck von gesellschaftlichen, individuellen und professionellen Bewertungen! (Finzen 2002:7; Gostomzyk 2002:144; Interuniversitärer Lehrgang ... e:3–11; Höppner 2004:38; Bengel 2002:71; Schorr 1995:54; Franke 1993b:16) Die jeweiligen Bewertungen finden ihren Ausdruck in gesellschaftlichen, individuellen und professionellen Gesundheitskonzepten und bestimmen letztlich, ob, wann und wie „Symptome“ wahrgenommen und erklärt und welche Maßnahmen zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit ergriffen werden (Zank /Wilms 1997:249; Bowling 2004:26–28).

„Gesundheit“ lässt sich auch deswegen so schwer fassen und beschreiben, weil sie gleichsam „verborgen“ ist. Erst wenn wir erkranken, merken wir, dass uns die Gesundheit fehlt. Der deutsche Philosoph Hans-Georg Gadamer spricht daher von der „Verborgenheit der Gesundheit“ (Lamprecht/Sack 1997:22): Gesundheit wird gewöhnlich nicht als besonderer Zustand empfunden und scheint, wie Gadamer weiters feststellt, „mit einer besonderen Art der Selbstvergessenheit“ einherzugehen. (22; Frhr. v. Troschke 1998:387) Diese Selbstvergessenheit trägt dazu bei, warum Gesundheit im Alltag kein Thema ist (Bengel/Belz-Merk 1997:33).

Nicht zuletzt zeigt sich die Schwierigkeit, den Begriff „Gesundheit“ eindeutig und klar zu definieren, auch daran, dass es ein Zeichen von Gesundheit sein kann, in bestimmten Situationen zu erkranken! (Potthoff/Paar 1997:235; Deneke 1997:217)

## **Gesundheit: Die individuelle, subjektive Sicht.**

In zahlreichen Studien wurden subjektive, individuelle Gesundheitsvorstellungen erhoben. Die Komplexität des Gesundheitsbegriffs spiegelt sich in den vielfältigen Antworten der befragten Personen wider.

Gesundheit wird u. a. definiert als:

- Abwesenheit von Krankheit
- Wohlbefinden
- Stärke und Kraft, gut durchs Leben kommen
- die Fähigkeit, gesellschaftliche Rollen zu erfüllen
- fit sein
- mit Stress und Krisen fertig werden
- sozial aktiv sein und sich gesund verhalten
- Hygiene, gute Lebensbedingungen und persönliche Entwicklung
- seelisches und körperliches Gleichgewicht
- Gute Stimmung, Lebensfreude, Zufriedenheit
- funktionale Leistungs- und Bewältigungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit
- körperliches und psychisches Wohlbefinden
- Erfüllung von Lebenszielen (Bowling 2004:20–22; Faltermaier 1998:78–79; Interuniversitärer Lehrgang ... e:7; Frank et al. 1998:62–63)

Eine Analyse der subjektiven Gesundheitsdefinitionen zeigt, dass Gesundheit immer drei Ebenen miteinander verknüpft:

- Abwesenheit von Krankheit
- Fähigkeiten und Voraussetzungen für ein produktives Leben („nicht krank werden; arbeiten können; fit sein für und in der Freizeit und im Beruf“)
- allgemeines Wohlbefinden („rundum zufrieden und problemlos sein; den Körper mal völlig vergessen können [!]; überschüssige Kräfte in sich verspüren“) (Udris et al. 1992:12).

Gesundheitsdefinitionen und -wahrnehmungen hängen nicht nur mit Bewertungen zusammen, sondern auch stark mit der eigenen Krankengeschichte, den eigenen Lebenserfahrungen und der persönlichen Befindlichkeit im Moment der Befragung (Langenmayr/Schubert 1987:42; V. Zerßen 1998:43). Daher kämpfte Ivan Illich, österreichischer Autor, Philosoph und Theologe, vehement für die Eigenbestimmung in Gesundheitsfragen und forderte 1975 das gesetzlich verbrieftete Recht jedes Einzelnen, Gesundheit selbst zu definieren, „lediglich gebunden an die Schranken, die den nächsten nicht beeinträchtigen“ (Illich 1995:211).

## **Gesundheitsvorstellungen, Schichtzugehörigkeit und Geschlecht.**

Gesundheitsvorstellungen werden auch von der Schichtzugehörigkeit und dem Geschlecht beeinflusst.

Folgende **schichtspezifische Unterschiede** im Verständnis von Gesundheit zeigen sich:

„Ober- und Mittelschichtangehörige“ haben einen differenzierten, positiven und selbstbezogenen Gesundheitsbegriff; sie beziehen seelische Aspekte der Gesundheit häufig mit ein, wissen Bescheid über den Einfluss des Verhaltens und Lebensstils auf die eigene Gesundheit und finden, dass sie für Ihre Gesundheit (mit)verantwortlich sind. Nicht zuletzt halten sie Präventivmaßnahmen für sinnvoll und glauben, gesundheitsrelevante Bedingungen verändern zu können.

„Unterschichtangehörige“ definieren Gesundheit eher eindimensional und negativ, d. h. als Abwesenheit von Krankheit; ihr Gesundheitsverständnis hat einen stärker funktionalistischen Charakter und ihr Zugang zum Körper ist eher instrumentell, was so viel heißt wie: Der Körper muss in der Lage sein, die gesellschaftlichen Aufgaben zu erfüllen. Sie glauben, eher wenig Einfluss auf gesundheitsrelevante Bedingungen zu haben (Frank et al. 1998: 59; Becker 1992:98; Bengel/Belz-Merk 1997:28; Helfferich 1993:47–48; Bowling 2004:20–21).

Folgende **geschlechtsspezifische Unterschiede** im Verständnis von Gesundheit zeigen sich:

Männer definieren Gesundheit eher eindimensional als Leistungsfähigkeit, körperliche Aktivität und Abwesenheit von Krankheit (Interuniversitärer Lehrgang ... e:6; Helfferich 1993:53).

Frauen betonen stärker die Komponente „Wohlbefinden“ (Helfferich 1993:47–48) und beziehen häufiger positive, psychische und soziale Dimensionen, wie z. B. familiäre Beziehungen, mit ein (Interuniversitärer Lehrgang ... e:6; Schulze/Welters 1998:91–103).

Sofern bei der Entstehung von Krankheiten auch eine eigene Verantwortlichkeit gesehen wird, konstruieren Frauen komplexere Ursachentheorien als Männer (Faltermayer 1991:51; Schmidt/Fröhling 1998:33).

## **Gesundheit: Die Sicht von Professionellen**

Eine Analyse der Gesundheitsdefinitionen von Institutionen, wie etwa der WHO, und einzelnen ExpertInnen aus verschiedensten Fachrichtungen, zeigt, dass folgende Kriterien zur Beschreibung von Gesundheit immer wieder formuliert werden:

- Abwesenheit von Symptomen, Krankheit oder Behinderung
- Schmerz- und Beschwerdefreiheit
- Keine funktionelle Beeinträchtigung von Lebensaktivitäten

- Positiv bewertete psychologische Erfahrung
- Adäquate Einschätzung der eigenen Handlungskompetenz (Selbstvertrauen; „Glaube an das Ich“)
- Liebes- und Genussfähigkeit, aber auch „Fähigkeit zu trauern“
- Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen
- Kapazitäten bzw. Potenzial, selbstständig (langfristig) Ziele zu setzen und diese zu verfolgen
- Fähigkeit, Umwelt- und soziale Anforderungen bzw. Belastungen und Krisen bewältigen
- Suchen und Finden von „Sinn“ in allen Lebensaktivitäten

Professionelle beziehen neben der physischen, psychischen und sozialen Ebene auch das Befinden und Gesundheitshandeln mit ein. Einem Gutteil der Definitionen liegt die Idee eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums zugrunde (Udris et al. 1992:11).

Die nachfolgend angeführten (fach-)spezifischen Gesundheitsdefinitionen sollen einen kleinen Einblick in die Vielfalt von Gesundheitsdefinitionen geben:

In der Medizin gilt im Wesentlichen: Wer den Normwerten entspricht, gilt als gesund, auch wenn er/sie sich krank fühlt. (Interuniversitärer Lehrgang ... e:3)

In den Sozialwissenschaften wird Gesundheit mehrdimensional betrachtet: Zur Gesundheit gehört körperliches Wohlbefinden (z.B. positives Körpergefühl, Fehlen von Beschwerden und Krankheitsanzeichen) und psychisches Wohlbefinden (z.B. Freude, Glück, Lebenszufriedenheit), aber auch Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung. Die sozialwissenschaftlichen Definitionsversuche des Phänomens Gesundheit zeichnen sich dabei durch eine Komplexität aus, die historisch betrachtet als neu zu bezeichnen ist (Bengel et. al. 2001:16).

Das WHO-Europabüro charakterisierte 1987 Gesundheit durch die Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen (Richter et al. 1998:219).

Der deutsche Philosoph und Psychiater Karl Jaspers war zwar der Meinung, dass es aussichtslos sei, Gesundheit zu definieren, schlug aber dennoch folgenden Gesundheitsbegriff vor: „Das Erwünschte: Leben, langes Leben, Fortpflanzungsfähigkeit, körperliche Leistungsfähigkeit, Kraft, geringe Ermüdbarkeit, keine Schmerzen, ein Zustand, in dem man dauernd vom Körper möglichst wenig, abgesehen vom lustvollen Daseinsgefühl, merkt“ (Novak 1998:31).

Ivan Illich (1995:201–203) definierte Gesundheit als Prozess der selbstbestimmten, autonomen Anpassung an eine sozial geschaffene Realität. Sie bezeichnet für ihn die Fähigkeit, sich auf wechselnde Milieus einzustellen, heranzuwachsen und zu altern, im Falle einer Verletzung zu genesen, zu leiden und in Frieden den Tod zu erwarten. Daneben bezieht Gesundheit immer die Zukunft mit ein, somit gehören zu ihr auch die Angst und die Kraft, mit ihr zu leben. Gesundheit ist eine Aufgabe, die

nach Ansicht von Illich weitgehend eine Folge von Selbsterkenntnis, Selbstdisziplin und Wissen ist. „Jene Gesellschaft, die die Intervention von Experten auf ein Minimum zu reduzieren vermag, wird stets die besten Gesundheitsbedingungen bieten“, ist er überzeugt.

Der Psychoanalytiker und Professor für psychosomatische Medizin, Friederich Wilhelm Deneke, nennt einen Menschen gesund, „der seine persönlichen und zwischenmenschlichen Bedürfnisse, Hoffnungen, Sehnsüchte, Ziele etc. verwirklichen kann, der ausgeglichen, zufrieden und zuversichtlich ist, der realistische Bedrohungen auf unliebsame Selbstgefühle, Erinnerungen und Phantasien ertragen und zu sich selbst gehörend erleben kann, so dass er sich heil fühlt und sein Leben in der Folge von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft als kontinuierlichen und in sich kohärenten Prozeß wahrnehmen und bejahen kann“. (Deneke 1997:217)

Der Mediziner Fritz Hartmann stellt ein sinnvolles, auf die Entfaltung der persönlichen Anlagen und Lebensentwürfe eingerichtetes Dasein und die Erreichung von Lebenszielen in den Mittelpunkt. Ein Mensch müsse sagen können: mein Leben, meine Krankheit, mein Sterben (Hartmann 1997:30).

Der Psychoanalytiker Donald W. Winnicott charakterisierte das Leben eines gesunden Menschen durch Freude, Hoffnung, Lust ..., aber ebenso durch Ängste, Konflikterleben, Zweifel und Frustration. Auch eine gewisse Toleranz fürs Kranksein gehört zu einem gesunden Menschen (Oppermann 1997:200).

Zu guter Letzt soll noch die Definition von Sigmund Freud angeführt werden. Er sagte: „Gesundheit ist die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können“ (Gesundheit. In. <http://gesundheit.dgb-bwt.de/definition.html>).

## **„Salutogenese“: Die Frage nach der Entstehung von Gesundheit.**

Das Salutogenese-Konzept stammt vom amerikanisch-israelischen Arzt und Medizinsoziologen Aaron Antonovsky und gehört in Österreich zu den am häufigsten zitierten Gesundheitskonzepten der letzten Jahre. Bei der Erforschung der Frage „Was hält gesund?“ ist eine Auseinandersetzung mit dem Konzept von Antonovsky daher unumgänglich.

### **Was bedeutet „Salutogenese“?**

Das Wort „Salutogenese“ besteht aus den lateinischen Wörtern „salus“ (= Gesundheit, Wohl, Heil) und „genese“ (= Entstehung, Schöpfung). „Salutogenese“ bedeutet demnach: Gesundheitsentstehung.

In der Salutogenese wird danach gefragt, was dazu beiträgt, dass Menschen trotz vielfältiger Belastungen gesund bleiben bzw. wieder gesund werden. Sie steht damit im Gegensatz zur Pathogenese, der Frage nach der Entstehung von Krankheiten. Die salutogenetische Orientierung will die pathogenetische jedoch nicht ersetzen, sondern ergänzen (Köhle et al. 1997:80; Wilm 2003:43).

### **Das Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky.**

Die Merkmale des Salutogenese-Konzepts:

#### **Stress kann auch positiv sein.**

Das Hauptinteresse der Salutogenese ist, gesundheitsförderliche Faktoren und Gesundheitsressourcen zu erkennen und zu stärken – parallel zur Bekämpfung krankmachender Einflüsse (Antonovsky 1997:30). Um die individuellen Gesundheitsressourcen zu erkennen, wird als notwendig erachtet, dass der ganze Mensch, dessen Lebensgeschichte und das System, in dem Menschen leben, erforscht wird (Sarnow-Wlassack 2004). Denn nur, wenn alle Lebensaspekte einer Person bekannt sind, können jene Ressourcen gefunden und gefördert werden, die zu einer Genesung beitragen können (Bengel et al. 2001:27).

Risikofaktoren, Keime und Stressoren werden als allgegenwärtiger und selbstverständlicher Teil des menschlichen Lebens gesehen. Im Gegensatz zur Pathogenese werden sie im Salutogenese-Konzept jedoch nicht nur negativ bewertet. Denn, so die salutogenetische Annahme, nicht die Stressoren an sich sind entscheidend, sondern „der Charakter der Stressoren“ und der Umgang mit ihnen! (Antonovsky 1997:30). Stress kann aus salutogenetischer Sicht krankheitserzeugend oder aber gesundheitsfördernd sein, als Herausforderung oder als Last gesehen werden (Gärber 1997:63; Stein 2001; Antonovsky 1997:139).

Die Gefährdungen durch Stress werden in der Salutogenese aber keineswegs ausgeblendet! Es wird ihnen nur nicht jene prominente Bedeutung eingeräumt wie in der Pathogenese. Pathogene Faktoren werden vor allem dort in den Blick genommen, wo es um physikalische oder biochemische Stressoren (Kälte, Gifte ...) geht (Bengel et al. 2001:33).

### **Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.**

Kontinuum	
Krankheit	Gesundheit

Für Antonovsky ist Gesundheit nichts Selbstverständliches, kein normaler Zustand, sondern etwas Labiles, Dynamisches; Ungleichgewicht, Krankheit und Leiden sind seiner Meinung nach das Grundprinzip der menschlichen Existenz, nicht Gleichgewicht und Gesundheit. Er schreibt: „Der menschliche Organismus ist ein System und wie alle Systeme der Kraft der Entropie (= Maß für den Grad der Ungewissheit über den Ausgang eines Versuchs, auch: Tendenz zur Auflösung und zum Verfall, A. d. V.) ausgeliefert“ (Antonovsky 1997:29; Salutogenese, ein neues Konzept ...:11). Daraus folgt, dass im salutogenetischen Ansatz der Kampf in Richtung Gesundheit als permanent und nie ganz erfolgreich gesehen wird. „Er fokussiert unsere Aufmerksamkeit auf jene gesund erhaltenden Faktoren, die Menschen dazu verhelfen, so erfolgreich wie nur möglich mit den Bedrohungen im Laufe des Lebens umzugehen“ (Antonovsky 1993:10–11).

Eine Folge dieser Sichtweise ist, dass Antonovsky die klassische Zweiteilung in „gesund“ und „krank“ verwirft; er sieht Gesundheit und Krankheit nicht als absolute Gegensätze, sondern als Endpunkte eines Kontinuums: Er spricht von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Antonovsky 1997:29; Jork 2003:11)

Was besagt das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum? Es besagt, dass jeder gesunde Mensch auch kranke Anteile in sich hat und umgekehrt: Jeder kranke Mensch hat immer auch gesunde Anteile in sich. „... solange wir einen Atemzug Leben in uns haben, sind wir alle bis zu einem gewissen Grad gesund“, schreibt Antonovsky (Brieskorn-Zinke 2004:78).

Ferner geht es in der Salutogenese nicht um die Beseitigung von gesundheitlichen Störungen, sondern darum, Gesundheit aufzubauen bzw. zu erhalten. Unter welchen Bedingungen sich ein Mensch in Richtung Gesundheit oder Krankheit bewegt ist die zentrale Frage. Das Ziel ist ein „hin zu“ Gesundheit, nicht ein „weg von“ Krankheit (Franke 1997a:43; Müller 2002:65; Peseschkian 2003a:13–14).

Eigens zu bemerken ist auch, dass Gesundheit nicht unter moralischen Aspekten betrachtet wird. Dazu Antonovsky: „Eine salutogenetische Orientierung macht keine Vorschläge für ein gutes Leben im moralischen Sinne, sie kann nur das Verständnis von Krankheit und Gesundheit erleichtern.“ (Antonovsky 1993:14).

## Das Kohärenzgefühl („sense of coherence“ = SOC).

Antonovskys Interesse an der Frage, warum Menschen trotz schwerwiegender Belastungen gesund bleiben, wurde im Rahmen einer Untersuchung über die Auswirkungen der Menopause auf Frauen verschiedener ethnischer Gruppen geweckt. An der Untersuchung nahmen auch Frauen teil, die in einem Konzentrationslager inhaftiert gewesen waren. Fast ein Drittel (29%) der inhaftierten Frauen, so zeigte sich, war trotz ihrer traumatisierenden Erfahrungen psychisch relativ gesund. Antonovsky fragte sich, warum dies möglich ist.

Seine Suche nach „salutogenetischen“ Faktoren brachte zunächst die Formulierung von so genannten generalisierten Widerstandsressourcen (GRR): Dazu zählte er u. a. Geld, Ich-Stärke, kulturelle Stabilität, soziale Unterstützung, Intelligenz, Religion. Als Ressource, so Antonovsky, erleichtern sie es Menschen, den zahllosen Stressoren, mit denen jeder Mensch fortwährend bombardiert wird, zu begegnen (Antonovsky 1993:16; Eriksson/Lindström 2005:460).

Diese Faktoren schienen ihm jedoch nicht ausreichend. Wonach er suchte, war ein Auswahlkriterium, um beschreiben zu können, über welche generellen Fähigkeiten Menschen verfügen müssen, um gegen jede Art von Stress gefeit zu sein (Suominen et. al. 2005:458).

Seine Überlegungen mündeten schließlich in die Formulierung des Kohärenzgefühls (= sense of coherence, abgekürzt: SOC).

Drei Faktoren sind seiner Meinung nach dafür verantwortlich, dass Menschen eher gesund bleiben als andere: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Alle drei Faktoren zusammen bilden das Kohärenzgefühl (SOC).

Die **Verstehbarkeit** ist der Kern seiner Definition. Damit meint er die Fähigkeit von Menschen, von außen und innen kommende Eindrücke („Stimuli“) als sinnhaft wahrnehmen und verstehen zu können – nicht als chaotisch, willkürlich, zufällig und unerklärlich. Was zeichnet Personen mit einem hohen Maß an Verstehbarkeit aus? Sie gehen davon aus, dass Stimuli, denen sie in Zukunft begegnen werden, vorhersagbar sein werden oder dass sie zumindest, sollten sie tatsächlich überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können. Wer Stimuli versteht, kann sich auch Versagen, Krieg, Tod ... erklären, so Antonovsky (Antonovsky 1993:34).

Menschen mit einem gering ausgeprägten Verständnis für Verstehbarkeit hätten Haltungen wie: „Ich bin ein Pechvogel“, „die Dinge stoßen einem einfach zu, ausnahmslos unglückliche Dinge“... Menschen mit einem hohen Maß an Verstehbarkeit würden hingegen Ereignisse in ihrem Leben als Erfahrungen werten, mit denen man umgehen kann, als Herausforderungen, die angenommen werden. Im schlimmsten Fall lassen sich die Konsequenzen ertragen (35).

**Die Arbeitsplatzsicherheit hält Antonovsky für besonders bedeutend für die Verstehbarkeit!** Er begründet das folgendermaßen: „Zunächst geht es um die gelassene Überzeugung des einzelnen Arbeiters, dass er, solange er nicht allgemeinverbindliche Regeln verletzt, nicht gefeuert wird. Zweitens muss man

unabhängig von der eigenen Kompetenz das Vertrauen haben, dass die Arbeit die man tut oder der Bereich, in dem man arbeitet, nicht als redundant definiert wird, ohne dass Alternativen in Aussicht stehen oder geplant sind“ (111).

Darüber hinaus hebt er insgesamt das Vertrauen in die Kontinuität des jeweiligen sozialen Systems hervor (111).

Die zweite Komponente des SOC ist die **Handhabbarkeit**. Damit meint Antonovsky die Überzeugung eines Menschen, dass er/sie genügend Ressourcen zur Verfügung hat, um Probleme/Schwierigkeiten lösen zu können. „Wer ein hohes Maß an Handhabbarkeit erlebt, wird sich nicht durch die Ereignisse in die Opferrolle gedrängt fühlen oder vom Leben ungerecht behandelt fühlen. Bedauerliche Dinge geschehen nun einmal im Leben, aber wenn sie austreten, wird man mit ihnen umgehen können und nicht endlos trauern“ (35).

Die dritte Komponente des SOC, das „motivationale Element“, ist die **Bedeutsamkeit**. Damit meint Antonovsky, dass Ereignisse tendenziell als Herausforderung erlebt und als wichtig genug angesehen werden, um Gefühle in sie zu investieren und sich zu engagieren. Menschen mit einem hohen SOC hätten immer Lebensbereiche, die ihnen wichtig seien, ihnen sehr am Herzen liegen, die in ihren Augen sinnvoll seien. Menschen mit einem hohen Bedeutsamkeits-Gefühl würden sich über den Tod eines nahen Angehörigen zwar nicht freuen, aber dem Ereignis werde eine Bedeutsamkeit zugewiesen und der/die Betreffende wird das Mögliche tun, um sie mit Würde zu überwinden (35).

Zusammenfassend definiert Antonovsky das Kohärenzgefühl (SOC) als

„eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

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

Die Wechselbeziehungen zwischen diesen drei Komponenten sind nach Antonovsky „sehr hoch, aber nicht perfekt“ (36).

Zur Erfassung des Kohärenzgefühls entwickelte er einen Fragebogen, der aus 29 Fragen besteht (siehe Anhang).

Ein starkes Kohärenzgefühl ist für Antonovsky nur möglich, wenn folgende grundlegende Voraussetzungen gegeben sind:

- dass eigene Gefühle wahrgenommen werden
- dass Beziehungen mit anderen Menschen bestehen
- die eigene Tätigkeit als wichtig erachtet wird und

– eine Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen, wie Tod, unvermeidbares Scheitern, persönliche Fehler, Konflikte und Isolation, stattfindet.

Die Bedeutung dieser Voraussetzungen begründet er folgendermaßen: „Zu viel von unseren Energien und ein zu großer Teil unseres Selbst sind so unausweichlich mit diesen Bereichen verbunden, dass sich ihre Signifikanz nicht leugnen lässt. Tut man dies, so hat man per Definitionem ein niedriges Maß an Bedeutsamkeit. Aber wenn man ihnen zugesteht, dass sie im eigenen Leben wichtig sind, so bleibt immer noch die Frage, ob sie auch sinnhaft sind insofern, als dass sie Herausforderungen wahrgenommen werden, für die sich ein Energieaufwand lohnt. In Hinblick auf die Haupttätigkeit muss angemerkt werden, dass es sich hier nicht notwendigerweise um die Frage von intrinsischer Befriedigung handelt (was für Intellektuelle häufig so zentral ist). Es mag sein, dass man wenig Freude an seiner Arbeit empfindet (...) Aber wenn man davon überzeugt ist, dass die Arbeit Bedeutung hat, weil man damit die geliebte Familie unterstützt, die Kinder versorgt, sich auf eine Karriere vorbereitet oder das eigene Land schützt, kann man dennoch über ein hohes SOC verfügen“ (39).

Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl, so Antonovsky, sehen Probleme klarer, spezifizierter und mit präziserer Differenzierung. Zudem werden Probleme nicht nur als verstehbarer und handhabbarer gesehen, sondern eher als Herausforderung denn als Last. In der Überzeugung, dass Probleme geordnet und verstanden werden können, kann jemand mit einem starken Kohärenzgefühl sich daran machen, Chaos in Ordnung zu verwandeln, Verwirrung in Klarheit. Wer ein schwaches Kohärenzgefühl hat und davon überzeugt ist, dass das Chaos unvermeidlich ist, gibt schon von vornherein jeden Versuch auf, Stressoren einen Sinn abzugewinnen (129–132).

Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl zeichnen sich weiters dadurch aus, dass sie über unterschiedliche Coping-Strategien (= Strategie zur Bewältigung von Belastungen) verfügen und sie immer jene Coping-Strategie wählen, die ihnen am geeignetsten (!) scheint, um mit dem jeweiligen Stressor fertig zu werden. Denn ein Coping-Stil, dasselbe Verhaltensmuster oder derselbe Abwehrmechanismus kann je nach Problem in Bezug auf Gesundheit sowohl sehr funktional als auch ernsthaft disfunktional sein (Berndt 2002:170).

Flexibel auf Anforderungen zu reagieren, hält Antonovsky überhaupt für zentral! Es sollten immer „die besten Ressourcen“ für ein bestehendes Problem gesucht werden. „Es gibt Zeiten und Orte und Situationen und Menschen, für die man sagen kann, dass dieses Verhalten erfolgsversprechender ist als jenes, und dass jenes Verhalten wahrscheinlich selbstzerstörerischer ist und auf einen zurückfallen kann“ (Antonovsky 1997:135).

Konsequenterweise hielt Antonovsky auch nichts von der Suche nach Persönlichkeitstypen oder einer Coping-Strategie, die für den erfolgreichen Umgang mit Stressoren universelle Wirksamkeit beanspruchten (135).

Dass ein starkes Kohärenzgefühl auch das Gesundheitsverhalten positiv beeinflusst, daran glaubte Antonovsky nicht. Er schreibt: „Ich behaupte nicht, dass Personen mit einem starken SOC eher solche Verhaltensweisen realisieren, die nach Datenlage gut für die Gesundheit sind – zwischen den Mahlzeiten nicht zu essen, nicht zu rauchen, regelmäßig körperliche Aktivität und so weiter. Diese Verhaltensweisen sind weitaus stärker durch sozialstrukturelle und kulturelle Faktoren als durch die persönliche Weltsicht determiniert, und ich möchte die beiden nicht durcheinander bringen“ (Bengel et al. 2001:49).

Antonovsky nimmt eine relative Stabilität eines einmal erworbenen Kohärenzgefühls an. Das Kohärenzgefühl konsolidiert sich seiner Meinung nach zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr und bleibt dann lebenslang gleich – mit temporären Ausnahmen. Allerdings: Ein niedriges Kohärenzgefühl tendiert seiner Meinung nach jedoch dazu, im Verlauf des Lebens schwächer zu werden, und zwar deswegen, weil mangelhafte Bewältigungsressourcen zu einer wachsenden Zahl von Erfahrungen führen, die dem Betroffenen das Leben immer weniger verständlich, bewältigbar und sinnvoll erscheinen lassen. Im Gegensatz dazu tendiert ein starkes Kohärenzgefühl durch positive Erlebnisse dazu, immer stärker zu werden (Müller 2002:65; Sack 1997:187). Lediglich radikale Veränderungen der sozialen und kulturellen Einflüsse, etwa infolge von Emigration, eines Wohnortwechsels, Veränderung des Familienstandes oder der Beschäftigungsverhältnisse, könnten das Kohärenzgefühl grundlegend verändern. Auch eine Veränderung durch Psychotherapie hielt Antonovsky für möglich (Bengel et al. 2001:31).

Antonovskys Konzept des Kohärenzgefühls ist nicht neu, er hat lediglich an den ressourcen- und stresstheoretischen Erkenntnissen seiner Zeit angeknüpft; schon lange vor ihm haben andere auf die Bedeutung des Kohärenzgefühls hingewiesen (Schäfer 2002:20, 22, 86; Siegrist et al. 1998:5; Bengel et al. 2001:98; Broda et al. 1995:114; Klotter 1999:29–34). Nichtsdestotrotz wurden und werden Antonovskys Kohärenzgefühl und der salutogenetischen Sichtweise insgesamt mehr Aufmerksamkeit zuteil als allen anderen zuvor. Die Erklärung für diesen Umstand lieferte Antonovsky selbst: Er wusste, dass es weniger mit der Überzeugungskraft des Konzepts selbst zu tun hatte, sondern mit der Ernüchterung über das zunehmend teurere medizinische Versorgungssystem, den Anfängen einer Selbsthilfebewegung auch im Gesundheitsbereich und einem insgesamt wachsenden Bewusstsein für die Rolle sozialer Faktoren bei der Entstehung von Gesundheit und Wohlbefinden (Antonovsky 1997:16).

## **Antonovskys Salutogenese- Konzept in der Einschätzung von GesundheitsexpertInnen.**

### **Positive Einschätzungen.**

- Was Antonovsky von anderen GesundheitsforscherInnen unterscheidet ist die Tatsache, dass er die salutogenetische Fragestellung „Was hält gesund?“ so konsequent verfolgt hat wie niemand vor ihm. Auch der Begriff (nicht das Konzept!) „sense of coherence“ stammt von ihm. Einige sehen seinen Verdienst vor allem darin, dass er seinen Blick auf Personen richtet, die trotz belastender Lebenssituationen nicht oder nur selten erkranken. Damit hat er dazu beigetragen, die Bedeutung von Stress für die Gesundheit zu relativieren (Becker 1998:22).
- Nach Meinung etwa von Lamprecht/Sack (1997:25) und Berndt (2002:170) unterscheidet sich Antonovskys Konzept von anderen insofern, als er die Bedeutung von flexibeln (!) Reaktionen auf unterschiedliche Herausforderungen hervorhebt. In den Konzepten, die vor Antonovsky erstellt wurden, wurden vorwiegend aktive Bewältigungsstrategien bzw. stabile Persönlichkeitseigenschaften wie z. B. Durchsetzungsfähigkeit und Optimismus betont.
- Neu an Antonovskys Konzept ist, dass es sich von der Gesundheit als moralischer Kategorie abwendet. Denn eine salutogenetische Orientierung hilft lediglich, das Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu verbessern. Menschen können beispielsweise gesund sein, weil sie ihren Sadismus an anderen Menschen ausleben können. Mit anderen Worten: Gesundheit kann auf Kosten anderer entstehen bzw. aufrechterhalten werden (Berndt 2002:176).
- Vogt (1998:122) verweist auf die positiven Aspekte des Salutogenese-Konzepts mit folgender Argumentation: „In der Tat ist das Gefühl von Gesundheit ja nicht objektiv zu vermitteln. So gesehen kommt das Konzept der Salutogenese trotz einiger Unklarheiten den Menschen viel mehr entgegen, als das medizinische Modell, das ganz auf das Wissen und die Kunstfertigkeit der Experten setzt, nicht aber auf die Bewältigungspotenzen ihrer Klientel.“
- Franke (2002) hält Antonovskys Modell deswegen höchst brisant, weil es davon ausgeht, dass jedes Leben von Ungleichgewichten geprägt sei („Heterostase“) und Krankheit, Leid und Tod zu jedem menschlichen Leben gehören.
- Antonovsky hat zur Verbreitung der Idee eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums beigetragen – die ursprüngliche Idee stammt jedoch nicht von ihm selbst (Lamprecht/Sack 1997:22; Franke 2002).

## **Kritik an Antonovskys Konzept.**

Antonovskys Salutogenese-Konzept wurde im Laufe der Jahre von einigen massiv kritisiert.

### **Die Hauptkritikpunkte:**

#### **Fehlende Definition des Begriffs „Gesundheit“.**

– Antonovsky hat nie definiert, was er unter „Gesundheit“ eigentlich versteht. (Gostomzyk 2002:160; Franke 1997b:182; Becker 1998:15). Darüber hinaus trennt er zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit – trotz seines eigenen Anspruchs auf eine ganzheitliche Wahrnehmung des Menschen! (Becker 1992:97). Damit baut er wiederum eine Dichotomie auf, die den Bemühungen um eine ganzheitliche Wahrnehmung des Menschen zuwiderlaufen (Bengel et al. 2001:90).

#### **Wert der sozialen Unterstützung zu wenig hinterfragt.**

– Antonovsky zählt die „soziale Unterstützung“ zu den generalisierten Widerstandsressourcen. Er schätzt die Bedeutung der sozialen Unterstützung zwar nicht sehr hoch ein, meint aber, dass ungünstige Lebensumstände, wie z. B. auch eine fehlende soziale Unterstützung, zu einer geringeren Ausprägung des Kohärenzgefühls führen können (Bengel et al. 2001:48).

In zahlreichen gesundheitswissenschaftlichen Arbeiten wird, bezugnehmend auf Antonovsky, der Wert der „sozialen Unterstützung“ für die Gesundung/Gesundheit eines Menschen kritisch hinterfragt: Einerseits wird darauf hingewiesen, dass immer auch nach dem Ausmaß der sozialen Unterstützung gefragt werden muss; denn ein Zu-Viel an Unterstützung kann die Autonomie einer Person und ihre Fähigkeiten schwächen (Interuniversitärer Lehrgang ... 2005a:3). So werden beispielsweise Menschen mit Sehbehinderungen in einer stark unterstützenden Umgebung unselbstständiger, weil sie durch mangelndes Training ihre spezifischen kompensatorischen Fähigkeiten verlieren.

Andererseits wird darauf hingewiesen, dass immer auch nach der Qualität der sozialen Unterstützung gefragt werden muss. Soziale Unterstützung, so die Argumentation, wird nur dann als Gewinn erlebt, wenn Handlungsmöglichkeiten und Autonomie unangetastet bleiben und die Hilfe nicht mit einem definierten Endziel verbunden ist (Geyer 2002:64). In neurobiologischen Untersuchungen wird diese Annahme unterstützt. Entscheidend ist immer, dass die soziale Unterstützung auch von der „richtigen“ Person kommt (Bauer 2004:49).

Der amerikanische Psychologe Mihaly Csikszentmihaly erachtet die Bedeutung der „sozialen Unterstützung“ insgesamt für unwesentlich, da seiner Meinung nach nur jenen geholfen wird, die sich selbst helfen können (Gasser 2003:117).

## **Kein direkter Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheit!**

– Antonovsky behauptet einen direkten Zusammenhang zwischen körperlicher Gesundheit und Kohärenzgefühl. Über mögliche Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl und psychischer Gesundheit äußert er sich sehr zurückhaltend. Das erstaunt insofern, weil er bei den im Konzentrationslager festgehaltenen Frauen vor allem eine relativ gute psychische Gesundheit feststellte (Bengel et al. 2001:43).

Bisherige Studien zum Kohärenzgefühl haben tatsächlich aber eher einen Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit gezeigt als mit der körperlichen. (Rothschild 2000; Interuniversitärer Lehrgang ... e:9) Als besonders hoch hat sich der Zusammenhang zwischen Ängstlichkeit und Depressivität herausgestellt. Einige AutorInnen fragen daher, ob der Kohärenzfragebogen anderes oder mehr misst, als die gängigen Instrumente zur Erfassung der genannten Dimensionen psychischer Gesundheit bzw. Krankheit (Bengel et al. 2001:44, 46).

Nach Meinung von Gostomzyk (2002:160) werden mit Hilfe des Kohärenzgefühls von Antonovsky lediglich psychische Faktoren analysiert, die der Gesundheit förderlich sind.

– Lutz et al. (1998:175) kritisieren die unklare Struktur des Fragebogens und dass der Fragebogen in erster Linie Defizite und nicht positive Eigenschaften erfasst.

– Potthoff bezweifelt insgesamt die generelle Anwendbarkeit von Antonovskys Konzept. Seiner Meinung nach hat sich die psychoanalytische Theorie auch schon viel detaillierter, präziser und weniger „wertneutral“ als Antonovsky mit Einflüssen auf die Gesundheit auseinandergesetzt (Potthoff/Paar 1997:230).

– Antonovsky erhob den Anspruch auf interkulturelle Gültigkeit seines Konzepts. Dieser Anspruch ist deswegen nicht nachvollziehbar, weil das Konzept erst in wenigen Ländern überprüft wurde (hauptsächlich in Israel und Schweden) (Bengel et al. 2001:42; Becker 1992:97; Siegrist 1997:101).

– Darüber hinaus wird Antonovskys Denkstil als zu „mechanistisch“ kritisiert und eine „wirkliche Theoriebildung“ vermisst (Berndt 2002:173). Bernhard Badura (1992:48) erachtet das Kohärenzgefühl, wie es Antonovsky definiert, als „zu sehr kognitiv orientiert“.

Jürgen Bengel, der im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine Expertise zu Antonovskys Konzept erstellte, resümiert (2001:50): „Insgesamt sind die Befunde der bisherigen Forschungen so widersprüchlich, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass das Kohärenzgefühl ein guter Prädiktor für gesundheitsrelevante Verhaltensweisen ist.“

Zudem kann von einem oft behaupteten Paradigmenwechsel durch Antonovskys Salutogenese-Konzept keineswegs gesprochen werden, so Bengel (2001:98): Zu vieles hat sich bereits vorher oder parallel zur Salutogenese entwickelt: die kritische Auseinandersetzung mit dem System der Gesundheitsversorgung, die Diskussion des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs, die Entwicklung des biopsychosozialen Modells und die Prinzipien der Gesundheitsförderung.

## **Gesundheitsressourcen: „Mittel und Möglichkeiten“ zur Gesundheit.**

Unter „Ressourcen“ versteht man im Allgemeinen „Hilfsmittel“ bzw. „Hilfsquellen“ oder „Reserven“ (Duden 2005:903). In den Gesundheitswissenschaften werden unter dem Begriff „Ressourcen“ Mittel und Möglichkeiten zusammengefasst, die der Mensch seinen Belastungen entgegensetzen kann. Inwiefern man die Gesundheitsressourcen für die eigene Gesunderhaltung wahrnimmt, sie bewertet und nutzt, hängt von der Selbstwahrnehmung, dem subjektiven Konzept von Gesundheit sowie von Lebenserfahrungen und -bedingungen ab (Höppner 2004:11). Nach Deneke (1997:220) wird die subjektive Bedeutung von Lebensereignissen primär durch die seelisch-geistige Struktur festgelegt, die ein Mensch durch seine Lebenserfahrungen entwickelt hat.

### **Arten von Gesundheitsressourcen.**

Udris et al. (1992:14) stellen fest, dass in der Literatur meist zwei Klassen von gesundheitsrelevanten Ressourcen unterschieden werden:

- *Interne* (innere, individuelle, subjektive, personale) physische und psychische Ressourcen;
- *Externe* (äußere, objektive) physikalische, materielle, biologische, ökologische, soziale, institutionelle, kulturelle, organisationale etc. Ressourcen.

Ernst (1995:72–74) unterscheidet zwei Gruppen von Gesundheitsressourcen: Zum einen spricht er von „körperlichen, sinnlichen und physiologischen Erfahrungen“, zum anderen von „psychosozialen und ideellen Erfahrungen“. Die Erschließung der psychischen und sozialen Ressourcen hängt von bestimmten Strategien und Bedingungen ab. Ernst nennt hierfür unter anderem soziale Kompetenz, Bindungsfähigkeit und altruistisches Engagement, aber auch die Pflege und Entwicklung von Interessen.

Laut Schröder (1997:334) findet sich in der Literatur u. a. die Annahme, dass soziale Ressourcen primär in Krisenzeiten eine Rolle spielen, während Persönlichkeitsmerkmale als stets verfügbare Ressource auch im relativ stressfreien Alltag einen Einfluss auf das Befinden haben.

### **Externe Gesundheitsressourcen.**

Als externe Ressourcen bezeichnet Becker (1992:100) die in der Umwelt vorhandenen psychosozialen und physischen Ressourcen.

Externe psychosoziale Ressourcen nach Becker (103) sind u.a. günstige familiäre Bedingungen, gekennzeichnet durch Achtung, Wärme, Rücksichtnahme und wechselseitige Unterstützung der Familienmitglieder; günstige Bedingungen am Arbeitsplatz, gekennzeichnet durch ein positives Betriebsklima, angemessenen

Dispositionsspielraum und der Gelegenheit zur Entfaltung eigener Fähigkeiten); intakte nachbarschaftliche Beziehungen; günstige materielle Bedingungen (Wohnung, Familieneinkommen); ein gut ausgebautes Netz von Gesundheitsdiensten und sozialen, kulturellen und pädagogischen Einrichtungen sowie demokratische und rechtsstaatliche politische Rahmenbedingungen.

Zu den externen physischen Ressourcen zählt er u.a. eine gesunde Umwelt; ein Angebot an preiswerter, gesunder Nahrung, Medikamenten sowie Schutzeinrichtungen vor gesundheitlichen Gefährdungen an Arbeitsplätzen (vgl. auch Gasser 2003:74), im Wohnbereich und im Straßenverkehr.

In der Folge wird eine Auswahl an externen Gesundheitsressourcen dargestellt, auf die in der Literatur hingewiesen wird:

– *Soziale Unterstützung*: Als eine wichtige Gesundheitsressource wird in der Literatur immer wieder „soziale Unterstützung“ genannt. Paulus (nach Brieskorn/Zinke 2004:69) differenziert diese in die Bereiche emotionale Unterstützung, Unterstützung beim Problemlösen, praktische und materielle Unterstützung, soziale Integration und Beziehungssicherheit.

Art, Umfang und Qualität der sozialen Beziehungen eines Menschen sind nach Badura für seine seelische und körperliche Gesundheit von grundlegender Bedeutung (Brieskorn-Zinke 2004:67). Neben Lutz (1995:85) bestätigt dies auch Bauer (2004:13) und meint weiter, dass gute zwischenmenschliche Beziehungen nicht nur im Gehirn abgebildet und gespeichert werden, sondern dass sie auch die „besten wirksamen und völlig ‚nebenwirkungsfreien‘ Drogen gegen seelischen und körperlichen Stress“ sind. Er spricht in diesem Zusammenhang von der „sozialen Konstruktion“ des Gehirns (10).

Udris et al. (1992:18) stellen fest, dass die Fähigkeit, hilfreiche und vertrauensvolle Beziehungen herzustellen, anzunehmen und aufrechtzuhalten, ein wichtiges Bindeglied zwischen personalen und sozialen Ressourcen ist.

Soziale Unterstützung fördert nicht nur die Gesundheit, sondern beeinflusst auch das Selbstwertgefühl positiv. Sie hilft, Angstreaktionen zu reduzieren und Krankheiten zu bewältigen. Menschen, die sich geborgen fühlen, empfinden Belastungssituationen in der Regel als weniger bedrohlich, schädigend oder verlustreich (Geyer 2002:64-65; Gasser 2003:79; Interuniversitärer Lehrgang..., 2005b). Förderliche Beziehungserfahrungen erfüllen vielmehr mit Stolz, Dankbarkeit, Freude, Zuversicht und Hoffnung (Deneke 1997:215).

Von besonderer Relevanz scheint die Interaktionsqualität (Geyer 2002:64; Interuniversitärer Lehrgang..., 2005b) im Zusammenhang mit sozialer Unterstützung zu sein: Handlungsmöglichkeiten und Autonomie sollten unangetastet bleiben, denn Unterstützung wird nur dann als Gewinn erlebt, wenn die Unterstützten als vollwertige InteraktionspartnerInnen akzeptiert.

Lamparter et al. (2001:22) betonen, dass es wichtig ist, die persönliche Identität in

einer engen Beziehung zu einem Partner/einer Partnerin zu erhalten. Damit dies möglich ist, müssen sich die Personen immer wieder auf sich selbst besinnen. Göpel (1992:36) spricht in diesem Zusammenhang von Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle als Voraussetzung für Selbsthilfe.

Zuviel oder unerwünschte Unterstützung kann zu Unselbstständigkeit und Abhängigkeit führen (Bender 1998:136) – sie ist dann kontraproduktiv, wenn sie dazu beiträgt, dass Menschen ihre Kompetenzen, ihr Selbstbewusstsein und ihren Glauben an ihre eigenen Fähigkeiten verlieren (Baumann 1998:103; Interuniversitärer Lehrgang... 2005b:6). Werden einer kranken Person beispielsweise alle Tätigkeiten abgenommen, so kann dies wiederum krank machen und in weiterer Folge zu einem Verlust der eigenen Fähigkeiten und der eigenen Autonomie führen (Interuniversitärer Lehrgang... 2005a:3). Besonders im Alter wird das Gefühl der Kontrolle und der Autonomie als persönliche Ressource zur Erhaltung des Wohlbefindens essentiell (Zank 1997:253).

– *Soziales Gleichgewicht*: Für Wilkinson (vgl. Brieskorn-Zinke 2004:16) ist das Ausmaß sozialer Gleichheit in einer Gesellschaft der herausragende Indikator für steigende Lebenserwartung und höhere Lebensqualität.

– *Arbeit, Ausbildung und Wohnverhältnisse* zählen laut dem englischen Epidemiologen Jeffrey Rose zu den wichtigsten Vorhersagekriterien für Gesundheit (Ilmarinen/Tempel 2002:76).

– „*Natur*“, „*Religion*“ und „*Lebensqualität*“ in der unmittelbaren Nachbarschaft sind Ressourcen, die im Forschungsprojekt SALUTE neben Kontroll- und Entscheidungsspielräumen in der Arbeit und erhaltener und/oder gesuchter sozialer Unterstützung genannt wurden. Für dieses Projekt wurden 14 Frauen und Männer im Alter zwischen 30 und 56 Jahren zum Thema Gesundheit befragt. Voraussetzung für eine Teilnahme war, dass die TeilnehmerInnen sich seit fünf Jahren körperlich und psychisch gesund fühlten und in den letzten 5 Jahren nicht krank gewesen sind (Udris et al. 1992:19).

Zahlreiche weitere externe Ressourcen können aus dem jeweiligen Umfeld und den unterschiedlichen Lebensbereichen einer Person abgeleitet werden: Dementsprechend können soziale, institutionelle, kulturelle, organisationale, physikalische, materielle, biologische, ökologische etc. Ressourcen unterschieden werden (Udris et al. 1992:14).

## Interne Gesundheitsressourcen.

Unter den internen Ressourcen fasst Becker (1992:100) günstige angeborene oder erworbene konstitutionelle Anlagen und die seelische Gesundheit zusammen.

Es gibt eine Vielzahl interner Gesundheitsressourcen. Immer wieder wird jedoch kritisiert, dass sich kein eindeutiges Ursache-Wirkungsprinzip nachweisen lässt. So ist oft nicht nachvollziehbar, wie und warum Gesundheit von den internen Ressourcen abhängt. Die Komplexität dieses Themas kann am Beispiel „Zusammenhang von Optimismus und Gesundheit“ dargestellt werden: Einige Untersuchungen belegen, dass die Selbsteinschätzung bezüglich der eigenen Gesundheit den genauesten Indikator für spätere Morbidität und Mortalität darstellt. Über OptimistInnen weiß man, dass sie sich gesünder fühlen, weil sie auch in Bezug auf ihre Gesundheit optimistisch sind. Sind sie dennoch einmal krank, erhalten sie mehr soziale Unterstützung. Diese wiederum ist eine wichtige Voraussetzung für die Genesung. Andere Untersuchungen gehen jedoch von einem „optimistischen Fehlschluss“ aus, welcher beinhaltet, dass das Krankheitsrisiko geringer eingestuft wird, als dies objektiv zutrifft. OptimistInnen neigen daher nicht per se zu gesundheitsbezogenem Verhalten (Interuniversitärer Lehrgang d:3–5).

In der Folge wird eine Auswahl an gängigen internen Gesundheitsressourcen dargestellt:

– *Resilienz*: Die Resilienzforschung setzt sich damit auseinander, warum manche Personen trotz ausgeprägter gesundheitlicher Belastungen und Risiken gesund bleiben, andere dies jedoch nicht schaffen (Bender 1998:119).

Am Beispiel der Resilienz zeigt sich deutlich, dass interne und externe Ressourcen eng miteinander verwoben sind. Becker (1992:103) definiert „günstige familiäre Bedingungen, gekennzeichnet durch Achtung, Wärme, Rücksichtnahme und wechselseitige Unterstützung der Familienmitglieder“ als externe psychosoziale Ressource. In weiterer Folge kann sich daraus eine wichtige interne Ressource entwickeln: die Resilienz. Denn Studien zeigen, dass emotional stabile und zuverlässig verfügbare Personen in der frühen Kindheit wichtig für die spätere seelische Gesundheit sind (Ott 2000:19) und frühe Bindungserfahrungen die Beziehungsfähigkeit und Stressresistenz eines Menschen positiv beeinflussen (Nuber 2005:21; Bauer 2004:45). Als optimal für die psychisch gesunde Entwicklung von Kindern sehen Bender/Lösel (1998:134) eine „emotional positive, zugewandte und akzeptierende sowie zugleich normorientierte, angemessen fordernde und kontrollierende Erziehung“.

Wenngleich die Wurzeln der Resilienz in der Kindheit liegen (Ott 2000:22), sind Menschen dennoch nicht nur Produkt ihrer Sozialisation. Sie können sich auch aus eigener Kraft entwickeln (Walter-Enderlin 2005:26). Dies zeigte sich unter anderem in den Forschungen der Psychologin Emmy Werner, die als „Mutter der Resilienzforschung“ (Nuber 2005:22) gilt: Im Rahmen ihrer „Kauai Studie“ begleitete sie 700 Kinder über 40 Jahre lang. Werner stellte fest, dass ein Drittel der Kinder, die unter schwierigen familiären Bedingungen aufwuchsen, sich im Laufe ihres Lebens

*trotzdem* positiv entfalten konnten. Sie führte dies auf verschiedene „Schutzfaktoren“ zurück.

Nach Bender et al. (1998:122) ist eine Persönlichkeitseigenschaft dann ein „Schutzfaktor“, wenn durch diese Eigenschaft eine Belastung nicht in einer Krankheit mündet. Eine Schutzwirkung zeigte sich bei bestimmten Besonderheiten des Temperaments, bei hoher kognitiver Kompetenz, hoher Selbstwahrnehmung und -bewertung, emotionaler Bindung an Bezugspersonen, einem positiv erlebten Erziehungsklimas sowie sozialer Unterstützung.

– *Hardiness*: Ein Konzept, das starke Berührungspunkte mit jenem der Resilienz hat, ist das der „Hardiness“ oder „Widerstandsfähigkeit“ gegenüber Belastungen. Der Begriff wurde von Kobasa (1979) geprägt: Sie untersuchte Personen, die trotz hoher Belastungen nicht krank wurden. Mittels der Persönlichkeitseigenschaft „Hardiness“ kann eine Person die Beziehung zwischen Stress und Stressfolgen modulieren (Schneider 1997:12). Hardiness ist eine Eigenschaft, die ständig veränderbar ist und sich in der Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Umwelt entwickelt.

Drei Aspekte scheinen in diesem Zusammenhang wichtig: Menschen mit einem hohen Maß an Widerstandsfähigkeit stellen sich den Herausforderungen des Lebens und sind der Ansicht, selbst die *Kontrolle* über ihr Leben zu haben. Sie verfügen über Vertrauen in andere Menschen und zeigen *Engagement (Commitment)*: Sie sind neugierig, investieren viel in ihr eigenes Handeln und in ihre sozialen Beziehungen; ihre Bemühungen sind durch Aktivität und Annäherung gekennzeichnet. Veränderungen werden primär als *Herausforderung* und nicht als Bedrohung empfunden. Dahinter steckt die Überzeugung, dass Lernen und Veränderung der persönlichen Entwicklung dienlich sind. Der gesundheitliche Wert stabiler Lebensbedingungen wird aber nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Dennoch bestimmen die Lebensbedingungen die Widerstandsfähigkeit nicht, sondern beeinflussen sie nur (Interuniversitärer Lehrgang... e:5–6). Interessant ist auch jener Aspekt, auf den Lamparter et al. (1997:209) hinweisen: Nicht nur, dass Menschen *trotz* äußerst belastender Lebensumstände gesund bleiben oder werden, teilweise scheint dies sogar *wegen* dieser Lebensumstände zu glücken (vgl. Kapitel über „Salutogenese“).

– *Selbstwirksamkeit* (engl.: self efficacy) und *Kompetenzerwartung*: Diese Theorie geht auf den amerikanischen Psychologen Albert Bandura zurück. Die Selbstwirksamkeit spiegelt den Glauben wider, den eine Person an ihre eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten hat. Die Kompetenzerwartung ist die Erwartung einer Person, eine Handlung selbst ausführen und damit etwas bewirken zu können. Sie ist bei der Einschätzung und Bewältigung von Stress, dem Ertragen von Schmerzen, dem Umgang mit (chronischem) Leiden und dem Aufbau von gesundheitsfördernden Verhaltensmaßnahmen wesentlich (Steiner 2004:62; Fabry 2004:3; Gasser 2003:74). Nach Bandura wirkt sich Selbstwirksamkeit auf die menschliche Leistungsfähigkeit, auf das Wohlbefinden und auf die psycho-physische Regulation im Organismus günstig aus (Siegrist 1997:102).

– *Positive Einstellung zur eigenen Person*: Darunter werden Persönlichkeitsmerkmale wie ein starkes Selbstvertrauen, ein positives Selbstwertgefühl, ein stabiles Selbstsystem, eine unbekümmerte Selbsteinschätzung, hohe Selbstaufmerksamkeit oder Ich-Stärke zusammengefasst (Interuniversitärer Lehrgang d:3).

– *Autarkie*: Die Ergebnisse der „Hamburger Gesundheitsstudie“ von Lamparter et al. (1997:206) zeigen, dass Gesunde ein besonders hohes „Autarkie-Ideal“ aufwiesen. Das bedeutet, dass sie besonders eigenverantwortlich, selbstbestimmt und unabhängig handeln.

– *Hoffnung, Grundvertrauen, Zukunftsorientierung, Sinn, Funktionsfähigkeit*: Lamparter et al. (206) fanden ein ausgeprägtes „archaisches Hoffnungspotenzial“ von Gesunden. Dieses basiert auf dem Vertrauen, trotz aller persönlichen Not einen Ausweg finden zu können. Auch Damasio (2005:333) zählt Hoffnung zu den internen Ressourcen. Erwähnt wird auch eine Art „Grundvertrauen“ in sich und in andere, sowie in die Möglichkeit, das eigene Leben positiv beeinflussen zu können. Zuversicht und Optimismus sowie positive Überzeugungen betreffend den eigenen sozialen Einfluss scheinen weitere wichtige Gesundheitsressourcen zu sein (Interuniversitärer Lehrgang d:3).

Lamparter et al. (2001:22) beziehen sich auf „Zukunftsorientierung“ als Gesundheitsressource und beschreiben damit die Fähigkeit, den Blick auf die Zukunft zu richten, ohne Vergangenes zu verleugnen oder zu entstellen. Auch die Ausrichtung auf positive Lebenserfahrungen und eine positive Sinnfindung (Göpel 1992:40; Badura 1992:50) wirken gesunderhaltend.

Nicht zuletzt ist die Fähigkeit, gut zu funktionieren (Lamparter et al. 2001:22), eine wichtige Gesundheitsressource: Darunter versteht man die Gabe, sich trotz aller Belastungen und Schicksalsschläge nicht unterkriegen zu lassen und auch in Krisenzeiten eine aktive Einstellung zu haben.

– *Hedonismus, Bedürfnisbefriedigung, Kreativität*: Nach Lutz (1995:84–85) organisieren wir unser Leben so, dass wir versuchen angenehme Aspekte zu maximieren und negative zu minimieren. Durch diese persönlichen Optimierungsprozesse kommt es zur Gestaltung von individuell unterschiedlichen „hedonistischen Nischen“.

Die Bedürfnisbefriedigung (Siegrist 1998:24), aber auch Kreativität (Lamparter et al. 2001:22) sind wichtig, um gesund zu bleiben.

Zusammenfassend kann zum Thema „Gesundheitsressourcen“ festgehalten werden, dass sie uns dabei unterstützen, die Anforderungen des Alltags zu bewältigen. Jedoch: Welche Ressourcen wir zur Verfügung haben und wie wir sie einsetzen, ist eine zutiefst individuelle Angelegenheit und hängt sehr stark von der eigenen Biografie und den persönlichen Erfahrungen ab.

## **Umgang mit Gesundheit.**

Im Versuch, „Gesundheit“ weitestgehend verstehbar zu machen, wurden und werden diverse Typologien erstellt. Eine Differenzierung von „Gesunden“, die sich je nach Umgang mit dem Thema unterscheidet, haben Udris et al. (1992:19–20) getroffen:

- Unter „*einfache Gesunde*“ fassen sie jene Menschen zusammen, die bisher nicht krank waren, jedoch auch kaum etwas unternehmen, um gesund zu bleiben. Sie machen sich um ihre Gesundheit nicht viele Gedanken und vertrauen bei Belastungen zunächst auf sich selbst und darauf, dass gegebenenfalls externe Ressourcen verfügbar sind.
- Eine zweite Gruppe stellen nach Schwarzer die so genannten „*präventiven Gesunden*“ dar. Sie zeichnen sich durch präventives und gesundheitserhaltendes Verhalten aus. Sie tun aktiv „etwas für ihre Gesundheit“: sie vermeiden „Risikofaktoren“ (z.B. Nikotin, Alkohol) und sorgen zusätzlich für eine aktive Stabilisierung des Organismus (z.B. durch ausreichend Schlaf, Bewegung). Ihr Bestreben ist die Herstellung einer dynamischen Balance.
- Als dritte Gruppe nennen die AutorInnen „*Gesunde nach Lebenskrisen*“. Sie stellen eine Teilmenge aus den beiden vorherigen Gruppen dar. Sie waren zum Teil mit schwersten Belastungssituationen konfrontiert, konnten diese jedoch bewältigen und ihrem Leben „neuen Sinn“ verleihen.

## **Gesundheitserhaltung.**

Gesundheitsressourcen helfen uns im Allgemeinen, mit den Anforderungen unseres Lebens fertig zu werden und gesund zu bleiben. Becker (1992:99–102) spricht von einem „*integrativen Anforderungs-Ressourcen-Modell von Gesundheit und Krankheit*“. Der Grad der körperlichen und seelischen Gesundheit lässt sich gemäß diesem Modell vor allem am Wohlbefinden, an eventuell vorhandenen organischen Erkrankungen und deren Indikatoren sowie an der Fähigkeit zur Erfüllung sozialer Rollen ablesen.

Der Gesundheitszustand jedes Menschen schwankt über die Zeit hinweg. Laut Anforderungs-Ressourcen-Modell hängt der aktuelle Gesundheitszustand davon ab, inwieweit eine Person es schafft, bestimmte Anforderungen mit Hilfe der ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen zu bewältigen. Zum einen können dies externe Anforderungen sein, die von der Umwelt an die Person herangetragen werden. Zum anderen können es interne Anforderungen sein, die sich das Individuum selbst auferlegt. Letztere entspringen einem „internen Kontrollsystem“ (Becker 1992:102), welches verinnerlichte Normen und Werte sowie weitere individuelle Merkmale umfasst. Gelingt es einer Person, die Anforderungen gut zu bewältigen und ergibt sich daraus eine „positive Erfolgsbilanz“, so wird sie sich eher wohl oder gesund fühlen. Ergibt sich in Summe eine „negative Erfolgsbilanz“, so wird jemand Missbefinden und Krankheit empfinden.

## **Bewältigungsverhalten.**

Im Zusammenhang mit der Bewältigung von Stress und Krisen ist „Coping“ wichtig. Darunter versteht man in der Medizin oder Psychologie eine „Bewältigungsstrategie zum Umgang mit einem Problem, z. B. einer Krankheit“ (Duden 2005:194) (vgl. Kapitel „Salutogenese: Die Frage nach der Entstehung von Gesundheit“, 14).

Grundsätzlich wird zwischen einem **problemzentrierten und einem emotionalen Bewältigungsverhalten** unterschieden: Die Differenzierung zwischen diesen beiden Zugangsweisen erfolgt über den Umgang mit den Stressoren (Steiner 2004:19–24):

Beim problemzentrierten Bewältigungsverhalten wird der Stressor durch aktives Handeln bzw. durch problemlösende Aktivitäten beeinflusst: Man kämpft gegen die Bedrohung, indem man sie zerstört, entfernt oder verringert; man flieht oder man verhandelt.

Beim emotionalen Bewältigungsverhalten wird der Stressor nicht beeinflusst. Das Ziel ist, Ängste und Sorgen in einer belastenden Situation zu verringern und das Empfinden zu verbessern. Mögliche Copingstrategien in diesem Zusammenhang sind Vermeidung, Wunschdenken, Schicksalsdenken, Entspannungsverfahren oder die Einnahme von Beruhigungsmitteln oder Drogen.

## **Geschlechtsspezifische Perspektive.**

In der Literatur gibt es wenige Hinweise bezüglich eines geschlechtsspezifischen Umgangs mit Gesundheit und Gesundheitsressourcen.

Es finden sich Hinweise darauf, dass Frauen eher so genannte „Durchhaltestrategien“ an den Tag legen. Durch Familie und der ständigen Notwendigkeit, für Kinder, Mann und Haushalt präsent zu sein, seien Frauen eher gezwungen, in alltäglichen und sie belastenden Lebenssituationen durchzuhalten, d.h. nicht krank zu werden, sich ihrem Unwohlsein nicht hinzugeben, nicht aus der Situation auszubrechen (Maschewsky-Schneider et al. 1992:158–159).

Durch die steigende Frauenerwerbsquote wurde Erwerbsarbeit mittlerweile auch zu einer zentralen Kategorie für die Gesundheit von Frauen (Höppner 2004:55). Für Frauen und Männer ist die fachliche Kompetenz die wichtigste interne Ressource zur Bewältigung beruflicher Belastungen am Arbeitsplatz. Zusätzlich heben Frauen jedoch soziale Kompetenzen und eine positive, selbstständige Persönlichkeit als bedeutende interne Ressource hervor (54).

## **Arbeit und Gesundheit.**

### **Die Bedeutung von Arbeit.**

Dass Arbeit sowohl gesundheitsförderlich (salutogen) und/oder krankheitsförderlich (pathogen) sein kann (Ilmarinen/Tempel 2002:75), ist leicht nachvollziehbar, wenn man sich folgende Tatsache vor Augen hält: Der überwiegende Teil der aktiven Bevölkerung verbringt im frühen und mittleren Erwachsenenalter einen großen Anteil bewusst erlebter Lebenszeit im Berufsleben. Und die Arbeit ist jener Lebensbereich, in dem viele Erfolgs- und Misserfolgserfahrungen gesammelt werden.

Während mit den Erfolgen positive Erfahrungen einhergehen, können von Krisenerfahrungen, die den Erwerbsstatus betreffen, große Bedrohungen ausgehen: insbesondere Arbeitslosigkeit, aber auch beruflicher Abstieg, blockierter Aufstieg, unfreiwilliger Wechsel der Tätigkeit, Frühberentung und ungerechte Entlohnung spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle (Siegrist 1998:227).

### **„Der lange Arm des Berufs“.**

Richter et al. (1998:205) sprechen vom „langen Arm des Berufs“. Sie stellen dar, dass der Beruf auch in Bereichen wirkt, die scheinbar weit von der Arbeit entfernt sind. Auch Siegrist (1998:227) zeigt auf, in welcher Hinsicht die berufliche Tätigkeit unser Leben beeinflusst: Durch ein stabiles Einkommen geht mit der Arbeit ein Autonomiegewinn einher, aber auch die Möglichkeit zur Individualisierung. Die finanzielle Abhängigkeit von der Familie oder der staatlichen Fürsorge verringert sich und durch die Berufstätigkeit entstehen gesellschaftliche Wertschätzung und sozialer Status. Nicht zuletzt ist die Bewertung der eigenen Identität mit der Berufstätigkeit verbunden.

Abraham (1992:54) hat sich mit dem Zusammenhang von Arbeit und Freizeit auseinandergesetzt und folgende vier Modelle vorgestellt:

– Verstärkungs- oder Generalisationsmodell: Dieses Modell geht auf Ulich (1973) zurück und besagt, dass Restriktionen des Handlungsspielraumes im Bereich der Arbeit auch Einschränkungen in anderen Lebensbereichen bewirken bzw. verstärken. Im Gegenzug dazu fördern Erweiterungen des Handlungsspielraumes im Beruf die Entfaltungsmöglichkeiten in anderen Lebensbereichen. Leitner (1999:115–116) meint, dass hohe Anforderungen in der Arbeit häufig mit Freizeitbeschäftigungen einhergehen, die mit Lernen und langfristiger Befriedigung verbunden sind *und*: dass Menschen mit interessanten Hobbys nach einiger Zeit auch anspruchsvolle Arbeitsaufgaben ausführen. Es kommt demnach zu einer Wechselwirkung von Arbeit und Freizeit.

– Kompensationsmodell: Wenn in der beruflichen Arbeit das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung nicht befriedigt werden kann, so wird diese Befriedigung in anderen Lebensbereichen gesucht. Richter (1992:36) bestätigt dieses Modell mit

dem Befund, dass die Freizeitinhalte von ProduktionsmitarbeiterInnen überwiegend kompensatorischen Inhalt haben.

- Kongruenzmodell: Dieses Modell befasst sich mit den Persönlichkeitsstrukturen jener Menschen, die übereinstimmende Erlebnis- und Verhaltensweisen in unterschiedlichen Lebensbereichen zeigen.
- Identitätsmodell: Bei diesem Modell kommt es zu einer vollständigen Generalisierung des Arbeitsbereiches auf den Freizeitbereich oder umgekehrt – dies kann teilweise bei KünstlerInnen, WissenschaftlerInnen, ManagerInnen beobachtet werden.

### **Arbeit und Arbeitsfähigkeit.**

Eine „gesunde“ Organisationsstruktur ist allein deshalb für ein Unternehmen erstrebenswert, da Unternehmen von der Arbeitsfähigkeit und damit in weiterer Folge von der Gesundheit der MitarbeiterInnen abhängig sind. Ilmarinen und Tempel (2002:166) verstehen unter Arbeitsfähigkeit „die Summe von Faktoren, die eine Frau oder ein Mann in einer bestimmten Situation in die Lage versetzen, eine gestellte Aufgabe erfolgreich zu bewältigen“. Sie unterscheiden weiters folgende vier Säulen der menschlichen Arbeitsfähigkeit (167):

- *Gesundheit*: Diese Säule umfasst die physischen Aspekte von Gesundheit, aber auch die psychische (oder mentale) sowie die soziale Kompetenz und die Fähigkeit des Zusammenlebens einzelner Menschen (vgl. auch Kapitel „Gesundheitsbegriffe“).
- *Arbeit*: In dieser Säule werden Themen wie Arbeitsanforderung, Kooperation der Arbeitenden, Arbeitsbedingungen und -anforderungen, Lohn, Arbeitszeit, Vorgesetztenverhalten, Motivation, Arbeitszufriedenheit und subjektive Werte im Arbeitsleben zusammengefasst.
- *Wissen*: Dazu zählen Themen wie Ausbildung und Kompetenz, spezifische Fähigkeiten oder berufliches Erfahrungswissen.
- *Werte und Einstellungen* bestimmen unser persönliches Handeln im Arbeitsleben; sie werden teils mitgebracht und teils im Berufsalltag erworben.

### **Gesundheit und Arbeit.**

Badura und Helmann (Münch et al. 2003:18) sprechen von „salutogenen Potenzialen“ in Unternehmen und unterscheiden drei Grundelemente des betrieblichen Sozialkapitals:

- *vertrauensvolle Bindungen* an einzelne Menschen, an soziale Gruppen oder Kollektive;
- *positiv bzw. hilfreich empfundene Rückmeldungen* aus dem sozialen Umfeld in Form von Zuwendung, Information, Anerkennung und praktischer Unterstützung;
- *gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln*, die die Berechenbarkeit und Steuerbarkeit sozialer Systeme ermöglichen und zwischenmenschliche Kooperationen erleichtern.

Nach Ulich (Abraham 1992:19–20) sind folgende vier Aspekte der Arbeitstätigkeit für die Persönlichkeitsentwicklung relevant: der Inhalt der Arbeitstätigkeit; die Anforderungen, die die Arbeitstätigkeit stellt; die zur Erfüllung der Anforderungen erforderliche Qualifikation und die gesellschaftliche Bewertung der Arbeitstätigkeit.

Rimann und Udris (Geißler et al. 2003:82) fanden im Laufe des SALUTE-Projekts folgende zwei Gruppen von arbeitsbezogenen Gesundheitsressourcen: Die erste Gruppe ist jene der *personalen* Ressourcen, welche mehr oder weniger antrainierte gesundheitsrelevante Handlungsweisen und kognitive Überzeugungssysteme beinhaltet. Die zweite Gruppe ist jene der *situativen* Ressourcen, die sich wiederum in zwei Untergruppen unterteilt. Die erste Untergruppe bilden die *organisationalen* Ressourcen: Sie umfassen u.a. gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen wie Handlungsspielraum, Entwicklungsmöglichkeiten, Kooperations- und Kommunikationsanforderungen bei der Arbeit. Die zweite Untergruppe sind die *sozialen* Ressourcen: Sie beinhalten u.a. ein „kooperativ-teilnehmendes Vorgesetztenverhalten“, inner- und außerbetriebliche Unterstützungsangebote und ein positives Sozialklima.

Die Bedeutung der situativen Ressourcen zeigte sich an einer von Ducki (Leitner 1999:117–118) durchgeführten Untersuchung an 400 *Arbeiterinnen und Arbeitern* in einem Industrieunternehmen: Eine betriebliche Gesundheitsanalyse zeigte eine extreme Verteilung der körperlichen Beschwerden. Zum einen gab es gesunde Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, zum anderen solche, die im Grunde kaum noch arbeitsfähig waren. Auffällig war, dass die meisten der gesunden KollegInnen in einer bestimmten Abteilung arbeiteten und ein Großteil der besonders Kranken in einer anderen Abteilung. Die Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der „gesunden“ Abteilung berichteten von viel Entscheidungsspielraum und ausreichend Möglichkeiten zu aufgabenbezogener Kommunikation. Sie empfanden Arbeitsfreude und klagten kaum über körperliche Beschwerden. In der „problematischen“ Abteilung wurde das Gegenteil berichtet.

Die extremen Unterschiede der beiden Abteilungen spiegelten sich sowohl in den Auskünften der Befragten über ihre Arbeitsbedingungen und ihre Gesundheit wider, als auch in den Fehlzeiten: In der „gesunden“ Abteilung betragen die krankheitsbedingten Fehlzeiten 2,3 %, in der „problematischen“ Abteilung 13 %.

Geißler et al. (2003:152) berichten, dass gesundheitliche Beschwerden nicht notwendiger Weise zu Fehlzeiten führen, sondern von den MitarbeiterInnen eher als eine unabänderliche Gegebenheit hingenommen werden: Im medizinischen Sinn sind höchstens 62 Prozent der Gesund(et)en hinsichtlich der vier Beschwerdebilder „Allgemeinbefinden, Schmerzen, Anspannung und Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes“ als beschwerdefrei einzustufen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass das Anwesenheitsverhalten der Gesund(et)en eines Unternehmens primär von ihrem *subjektiven Wohlbefinden* bestimmt wird.

## **Merkmale Gesundheitsförderlicher Arbeitsplätze.**

Folgende gesundheitsrelevante Arbeitsplatzmerkmale sind in der Literatur zu finden, wobei zumeist von „gesundheits- und/oder persönlichkeitsförderlichen Arbeitsplätzen“ gesprochen wird:

- *Vermeidung von Belastungen* (Leitner 1999:70)
- *Situationskontrolle*: Sie stellt eine prinzipielle Möglichkeit dar, eine belastende Arbeitssituation zu beeinflussen und entspricht dem menschlichen Grundbedürfnis nach Durchschaubarkeit, Verstehbarkeit und Beherrschbarkeit von Ereignissen (Brieskorn-Zinke 2004:66–67).
- *Handlungs- Gestaltungs- und Entscheidungsspielräume* nach Ulich (Abraham 1992:21; Brieskorn-Zinke 2004:17; Leitner 1999:70; Wieland-Eckelmann 1992:52); *Entscheidungskompetenz* (Ilmarinen/Tempel 2002:163–166)
- *Regulationsspielräume* nach Frese und Volpert (Wieland-Eckelmann 1992:52)
- *Vollständige Tätigkeiten* nach Hacker: Sie zeichnen sich durch Aufgabenstrukturen aus, die bestimmte Mindestanforderungen erfüllen, wie z. B. das selbstständige Setzen von Zielen, eigenständiges Planen, Auswahl der Arbeitsmittel und eigenständige Überprüfung des hergestellten Produktes (Wieland-Eckelmann 1992:52).
- *intellektuell anspruchsvolle Tätigkeiten* (Brieskorn-Zinke 2004:17)
- *soziale Hilfe und Unterstützung*, positiv bewertete soziale Beziehungen (Brieskorn-Zinke 2004:66–67;17; Krieger 1992:25) und soziale Eingebundenheit menschlichen Handelns durch Kommunikation (Leitner 1999:70).
- *Sinnstiftende Wir-Gefühle* nach Badura (Brieskorn-Zinke 2004:17)
- *Anerkennung* für die geleistete Arbeit (Krieger 1992:25; Holtgrewe et al. 2000:9)
- *Positives Führungskräfteverhalten* (Münch et al. 2003:20–21; Ilmarinen/Tempel 2002:245)

## **Stressoren in der Arbeit.**

Mohr und Udris (vgl. Brieskorn-Zinke 2004:66–67) unterscheiden folgende Stressoren in der Arbeitswelt:

- *soziale und arbeitsorganisatorische Stressoren* wie fehlende soziale Unterstützung, Mobbing, Rollenkonflikte, belastendes Verhalten von Vorgesetzten,
- *arbeitsbezogene Stressoren* wie Unter- und Überforderung, Störungen und Unterbrechungen während der Aufgabenausführung (vgl. auch Siegrist 1997:104–106),
- *zeitliche Stressoren* wie Nacht- und Schichtarbeit, Arbeit auf Abruf, Zeitdruck (vgl. auch Siegrist 1997:106; Ilmarinen/Tempel 2002:129) und
- *physikalische Stressoren* wie Lärm, Hitze, Staub etc.

Vor allem soziale, arbeitsorganisatorische und arbeitsbezogene Belastungen werden in der Literatur häufig erwähnt. Es wird größtenteils jedoch keine Differenzierung von Begriffen wie z. B. „Arbeitsbedingungen“ oder „Arbeitsorganisation“ vorgenommen.

### *Mögliche Stressoren im Zusammenhang von Arbeitsorganisation und -bedingungen*

Ilmarinen/Tempel (2002:243) nennen folgende Fehlerquellen im Zusammenhang mit schlechter Arbeitsorganisation: Unklarheit und Konfusion von Rollen; Beaufsichtigung und Einmischung in die Arbeit; Angst vor Versagen und Fehlern (vgl. auch Siegrist 1997:105); Mangel an Freiheitsgraden (vgl. auch Lamprecht/Sack 1997:32); gefordertes erhöhtes Arbeitstempo; Mangel an Möglichkeiten, auf die Arbeit Einfluss zu nehmen (vgl. auch Siegrist 1997:104); Mangel an Ausbildung und Professionalität; Mangel an Anerkennung und Respekt (vgl. auch Siegrist 1997:104).

### *Mögliche soziale Stressoren im Zusammenhang mit ArbeitskollegInnen, Untergebenen und Vorgesetzten:*

Frese & Zapf (Krieger 1992:23–32) sehen individuelle Vorlieben und Aversionen, das Betriebsklima, das objektive Verhalten von Vorgesetzten und KollegInnen und die Arbeitsaufgabe bzw. die Arbeitsorganisation als mögliche Quellen sozialer Stressoren. Relevant sind in diesem Zusammenhang Begriffe wie „Konkurrenz“, „Konflikte“ oder „Abhängigkeit“.

Der „MitarbeiterInnenführung“ kann in diesem Zusammenhang eine Schlüsselfunktion zugeschrieben werden. Nach Badura et al. (1997:30) kann Unzufriedenheit am Arbeitsplatz durch folgende Faktoren im Zusammenhang von MitarbeiterInnenführung entstehen: Die Vorgesetzten verfügen nicht über (hinreichende) Führungsqualifikation; die Beschäftigten haben zu wenig Möglichkeiten, ihre Arbeitsprobleme mit dem Vorgesetzten zu besprechen; die Vorgesetzten anerkennen ihre MitarbeiterInnen und die von ihnen erbrachte Arbeitsleistung nicht oder nur wenig; es besteht eine mangelnde Fähigkeit oder Bereitschaft des/der Vorgesetzten zur Delegation von Aufgaben und Verantwortung.

## **Gesundheit und belastungsintensive Tätigkeiten.**

In belastungsintensiven Tätigkeitsbereichen sind die gesundheitlichen Risiken so hoch, dass die von der Mehrheit der Beschäftigten nicht bis zum regulären Pensionsalter ausgeübt werden kann. Dies hängt mit dem Charakter der Arbeitsplätze zusammen und nicht mit der biologischen Ausstattung bzw. dem individuellen Gesundheitsbewusstsein. An solchen Arbeitsplätzen verknüpfen sich meist belastende Arbeitsbedingungen mit schlechter Bezahlung, geringer gesellschaftlicher Anerkennung und gesundheitlichen Risiken. Nach Krenn/Vogt (2004:o.S.) zählen Bauarbeit und Pflege dazu, aber auch Tätigkeiten im Gastgewerbe, im Transportwesen, in der Reinigung und in vielen Handwerksberufen.

An Unfällen gemessen waren die gefährdetsten Branchen in Österreich mit 99 Unfällen je 1000 Versicherte im Jahr 2003 die Bauwirtschaft, gefolgt von der Holz- und Holzverarbeitung (82), die Herstellung von Möbeln, Spielwaren und Sportgeräten (73), die Herstellung und Bearbeitung von Glas und Waren aus Steinen und Erden (70) und die Land- und Forstwirtschaft (76) (Guger et al. 2004:1).

## **Arbeit und Alter.**

Im Laufe des Berufslebens kommt es zu einem Nachlassen der menschlichen Leistungsfähigkeit. Dies führt dazu, dass die gleiche Arbeit den älter werdenden Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin stärker belastet als vorher und die Chancen, sich davon zu erholen, schlechter werden. Kommt es zunächst noch zu einzelnen physischen Beschwerden und Symptomen, so entstehen bei anhaltender Belastung Fehlzeiten, Krankheit, nachlassende Arbeitsbewältigungsfähigkeit und möglicherweise eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (Ilmarinen/Tempel 2002:155).

Mit der Adaption und Kompensation von Arbeitsbelastungen nennen Geißler et al. (2003:124) zwei prinzipielle Strategien, wie Ältere versuchen, die verringerte körperliche und veränderte geistige Leistungsfähigkeit auszugleichen. Auch Ilmarinen/Tempel (2002:144) berichten aus ihrer Erfahrung, dass einzelne ArbeitnehmerInnen ihr Arbeitsleben im Alter noch gut bewältigen können, indem sie sich Nischen bauen oder diese „gebaut bekommen“.

Geißler et al. (2003:131–132) schlagen eine Reihe von Maßnahmen vor, wenn ein Unternehmen die vorhandenen Ressourcen älterer MitarbeiterInnen nutzen möchte: Eine Möglichkeit ist die Umsetzung von arbeitsplatzgestalterischen Maßnahmen wie z.B. die Reduktion von Belastungen durch Lärm und zu geringer Beleuchtung. Eine weitere Möglichkeit sind arbeitsorganisatorische Veränderungen, zu der z.B. die Einführung von altersgerechten Arbeitszeiten oder eine veränderte Pausengestaltung zählen. Daneben rufen die AutorInnen jedoch zu mehr Vertrauen in die Leistungsfähigkeit der MitarbeiterInnen und zu höchster Anerkennung des Erfahrungswissens auf.

Letzteres wird durch die Beobachtungen von Tuomi et al. (Ilmarinen/Tempel 2002:244) bestätigt. Sie haben in ihren Verlaufsstudien nachgewiesen, dass „der

schwerwiegendste Faktor bei Einschränkung und Verlust der Arbeitsbewältigungsfähigkeit in Abhängigkeit vom Alter der Mangel an und Respekt ist“.

## **Übergang Arbeit und Pension.**

Die oberösterreichische Studie „Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit“ zeigt auf, dass sich gesundheitliche Beeinträchtigungen, die zur Arbeitsunfähigkeit führen, zumeist langfristig ankündigen: 5 % aller unselbstständig Beschäftigten in Oberösterreich waren im Jahr 2000 mindestens einmal im Langzeitkrankenstand, d.h., mindestens 42 Tage arbeitsunfähig. Dabei lag der Anteil der Männer bei 62 % (absolut: 15.906) und jener der Frauen bei 38 % (absolut: 9.673). Folgende drei Branchen waren anteilmäßig signifikant häufiger von Langzeitkrankenständen betroffen als die anderen Branchen: öffentliche Verwaltung bzw. Sozialversicherungen, Sachgütererzeugung und Bauwesen, Unterrichtswesen und Kredit-, Versicherungs- und Realitätenwesen. Als Gründe für Langzeitkrankenstände wurden vor allem Verletzungen oder Vergiftungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychiatrische Erkrankungen genannt (Blumberger et al. 2004:45).

Die Analyse zeigte, dass bereits 6 bis 12 Monate vor einem Langzeitkrankenstand die Arbeitslosigkeit bei den Betroffenen stark ansteigt und beinahe 30 % ein Jahr nach einem Langzeitkrankenstand pensioniert sind. Insgesamt konnten rund 40 % der Befragten nicht mehr in ein Beschäftigungsverhältnis zurückkehren (13).

Als mögliche Gründe (49) für das Ausscheiden werden von den ExpertInnen folgende Punkte genannt: Es stehen zu wenige bzw. mangelnde Strategien zur Verfügung, um Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen wieder ins Arbeitsleben zu integrieren bzw. wird nach einem Jahr Langzeitkrankenstand üblicherweise ein Pensionsantrag gestellt. Es werden kaum systematische Maßnahmen gesetzt, diesen Personen zu ermöglichen, sich wieder ins Erwerbsleben zu integrieren, wobei der Berufsschutz teilweise die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit in einem anderen Beruf verhindert. In manchen Berufen (z. B. bei Schwerarbeitern) ist eine Rehabilitation zudem häufig nicht mehr möglich. Die AutorInnen weisen in diesem Zusammenhang auch auf die Bedeutsamkeit von sekundären Ursachen wie soziale und psychische Probleme oder Sucht hin.

Für die Entscheidung, wann jemand in Pension geht, sind neben dem Alter, der Gesundheit und der finanziellen Situation auch persönliche Ziele wichtig (Brougham et al. 2005:141). Brougham et al. haben diesbezüglich 116 Frauen und 135 Männer er sucht, die Wichtigkeit von 29 Zielen zu bewerten. Sie sollten bekannt geben, inwiefern ihrer Meinung nach das Weiterarbeiten oder eine Pensionierung für eine Zielerreichung entscheidend sind. Im Arbeitsprozess zu bleiben schien vor allem für die Erreichung folgender Ziele relevant: besserer finanzieller Status (84 %), „beschäftigt zu sein“ (81 %), soziale Unterstützung zu erhalten (60 %), Stabilität und Sicherheit zu haben (58%). Das erstrebenswerteste Ziel im Zusammenhang mit einer Pensionierung ist der Gewinn an Freiheit (63 %) (154).

Dies könnte eine Miterklärung für ein Forschungsergebnis sein, das Richter

(1992:36) als teilweise „unerwartet“ bezeichnete: Er bezieht sich auf eine Befragung, die an 72 Arbeitskräften ein Jahr vor der Berentung durchgeführt wurde. Dabei ging es um die Erwartungen für die Rentenzeit sowie um die inhaltlichen und zeitlichen Pläne der Gestaltung des kommenden Lebensabschnittes. Erwartungsgemäß löste das Gefühl der Überforderung in der Arbeit bei den Befragten den Wunsch nach Vorverlegung des Berentungszeitpunktes aus. Richter weist jedoch ebenso auf ein weiteres unerwartetes Ergebnis dieser Untersuchung hin: Auch je inhaltsreicher die Tätigkeit und je vielschichtiger die Freizeitinhalte waren, desto größer war der Wunsch, die Berentung nach Möglichkeit nach vor zu verlagern. Es zeigte sich, dass diese Personen zum Zeitpunkt der Befragung bereits über sehr differenzierte Alterspläne verfügten. Insgesamt äußerten nur 28 % der Untersuchten die Absicht, länger zu arbeiten. In der Literatur waren leider keine näheren Angaben zu dieser Gruppe zu finden.

## **Exkurs: Das narrative Interview.**

Beim narrativen Interview, einer besonderen Form des offenen Interviews, werden die Interviewten einfach gebeten, ihre Erlebnisse, ihr Leben als Geschichte zu erzählen – aus dem Stegreif, d. h. unvorbereitet.

Das Erzählen führt mehr oder weniger zwangsläufig dazu, darüber nachzudenken, warum etwas wie geworden ist; Ereignisse und Handlungen werden gleichzeitig nachträglich interpretiert. In der Erzählung werden die zurückliegenden Erlebnisse wieder lebendig, sie laufen im inneren Auge des Erzählers/der Erzählerin wie im Film ab. Durch den maximalen Freiraum, der den Erzählenden eingeräumt wird, können Aspekte, die den Erzählenden besonders wichtig sind, in den Mittelpunkt gestellt werden (Glinka 2003:9; Narratives Interview. In: [http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ilm\\_n1.htm](http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ilm_n1.htm) Stand: 27.5.2005; Lamnek 1995b:74).

Das narrative Interview ermöglicht daher einen besonders guten Einblick in die Lebens- und Arbeitswelt von Menschen (Müller 2002:74; Deneke 1997:212; Frauengesundheitszentrum Graz 2005:17; Höppner 2004:78).

Wie läuft ein narratives Interview konkret ab?

- Der/Die Befragte wird gebeten zu erzählen
- Der/Die InterviewerIn verhält sich anregend und zugleich zurückhaltend.
- Der Interviewstil ist weich bis neutral und überlässt im Wesentlichen dem/der Befragten den Detaillierungsgrad der Erzählungen
- Es existiert eine lockere, nicht-autoritäre, kollegial-freundschaftliche Vertrauensatmosphäre als unabdingbare Voraussetzung für das Erzählen.

Eine gewisse „narrative Kompetenz“ kann allgemein angenommen werden, auch wenn sie in Einzelfällen sehr unterschiedlich ausgeprägt sein mag (Lamnek 1995b:74; Glinka 2003:36).

Die Vorteile des narrativen Interviews sind:

- Die erhaltenen Infos sind mit großer Wahrscheinlichkeit gültiger und bedeutungsvoller als bei standardisierten Interviews.
- Die Interviewten können die Fakten hervorheben und entsprechend darstellen, die für sie von entscheidender Bedeutung sind.
- Die Informationen sind umfassender, weil sie nicht durch vorgegebene Antworten eingegrenzt sind.

Der wohl einzige Nachteil des narrativen Interviews gegenüber anderen Methoden ist, dass die Qualität der Interviews sehr unterschiedlich ist; das kann die Vergleichbarkeit erheblich einschränken (Stangl 2005:3).

Um dennoch eine gewisse Vergleichbarkeit zu erhalten und Antworten auf spezifische Forschungsfragen zu erhalten, kann ein Interviewleitfaden zum Einsatz kommen.

## Literaturliste.

„Salutogenese, ein neues Konzept in der Psychosomatik? Grußwort zur 40. Tagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin am 4. März 1994 in Schömberg“. In: Lamprecht, Friedhelm/Johnen, Rolf (Hg.) (1997): *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?*. Frankfurt/Main: VAS – Verlag für akademische Schriften. 10–12.

Abraham, Edgar (1992): *Arbeitstätigkeit, Arbeitslebenslauf und Pensionierung*. Münster/New York: Waxmann Verlag.

Alheit, Peter (1992): „Biographizität und Struktur“. In: Peter Alheit et al. (Hg.), *Biographische Konstruktionen. Beiträge zur Biographieforschung*. (Werkstattberichte des Forschungsschwerpunkts Arbeit und Bildung Universität Bremen, Band 19). Universität Bremen. 10–36.

Alvarez-Dardet, Ashton, John R. (2005): „Saluting good health“. *J. Epidemiol. Community Health*; 59; 437.

Amann, K. (1997): „Saluto- oder Pathogenese? Gedanken anhand von Fallvignetten“. In: Lamprecht, Friedhelm, R. Johnen (Hg.), *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?*. Frankfurt/Main: VAS – Verlag für akademische Schriften. 237–241.

Antonovsky, Aaron (1993): „Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung“. In: Franke, Alexa und Broda, Michael (Hg.) (1993): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: dgvt-Verlag. 3–14.

Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.

Badura, Bernhard (1992): „Gesundheitsförderung und Prävention aus soziologischer Sicht“. In: Paulus, Peter (Hg.) (1992): *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*. Köln: GwG-Verlag. 43–51.

Badura, Bernhard/Münch, Eckhard/Ritter, Wolfgang (1997): *Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik. Fehlzeiten durch Motivationsverlust?*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Bauer, Joachim (2004): *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. München: Piper Verlag.

Baumann, Urs, et al. (1998): „Die Vielschichtigkeit sozialer Unterstützung“. In: Margraf, Jürgen/Siegrist, Johannes/Neumer, Simon (Hg.) (1998): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 101–113.

Becker, Peter (1992): „Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung – Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit“. In: Paulus, Peter (Hg.) (1992): *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*. Köln: GwG-Verlag, 91–107.

Becker, Peter (1998): „Die Salutogenesetheorie von Antonovsky: Eine wirklich neue, empirisch abgesicherte, zukunftsweisende Perspektive?“. In: Margraf, Jürgen/Siegrist, Johannes/Neumer, Simon (Hg.) (1998): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. 13–25.

Bender, Doris/Lösel, Friedrich (1998): „Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- versus pathogenetische Ansätze“. In: Margraf, Jürgen/Siegrist, Johannes/Neumer, Simon (Hg.) (1998): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. 117–145.

Bengel, Jürgen (2002): „Gesundheitsverhalten und gesundheitliches Risikoverhalten“. In: Paulus, Peter (Hg.) (2002): *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*. Köln: GwG-Verlag, 69–89.

Bengel, Jürgen/Belz-Merk, Martina (1997): „Subjektive Gesundheitsvorstellungen“. In: Schwarzer, Ralf (Hg.) (1997): *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. 2. Auflage. Göttingen, Bern: Hogrefe, Verlag für Psychologie, 23–41.

Bengel, Jürgen/Strittmatter, Regine/Willmann, Hildegard (2001): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6). Köln: Bundeszentral für gesundheitliche Aufklärung.

Berndt, Heide (2002): „Was bringt das Salutogenese-Konzept von A. Antonovsky für die Arzt-Patienten-Beziehung?“. In: Schaefer, Hans (2002): *Vom Nutzen des Salutogenese-Konzepts*, Bonn, Daedalus Verlag. 163–186.

Blumberger, Walter/Keppelmüller, Peter/Niederberger, Karl/Paireder, Karin (2004): *Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit. Eine Analyse präventiver, begleitender, akuter und nachsorgender Strategien und Interventionen zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit von ArbeitnehmerInnen in Österreich*. Studie des Instituts für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung an der Universität Linz im Rahmen des EQUAL-Projekts „Arbeitsfähigkeit erhalten“, Linz.

Bock, Thomas (1992): „Wieviel Krankheit braucht der Mensch? – Risiken der Prävention aus der Sicht der Psychiatrie“. In: Paulus, Peter (Hg.) (1992): *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*. Köln: GwG-Verlag, 109–118.

Bowling, Ann (2004): *Research methods in health. Investigating health and health services*, 2nd edition, Berkshire: Open University Press.

Braun, Lisa (2005): „Salutogenese: Bisher nur ein Schattendasein“. URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=33630> [Stand: 7.10.2005].

Braun-von Gladiß, Karl-Heinz (2005): Salutogenese – die Erzeugung von Gesundheit. URL: <http://www.gladiss.de/infos/2001/salut.htm> [Stand: 7.10.2005].

Brieskorn-Zinke, Marianne (2004): *Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit*. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

- Broda, Michael (1993): „Coping-Forschung und Gesundheitsforschung. Zur Effektivität und protektiven Wirkung von Coping-Skills“. In: Franke, Alexa/Broda, Michael (Hg.) (1993): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*, Tübingen: dgvt-Verlag, 67–78.
- Broda, Michael/Bürger, Wolfgang/Dinger-Broda, Andrea (1995): „Therapieerfolg und Kohärenzgefühl Zusammenhänge zwei bis fünf Jahre nach stationär verhaltensmedizinischer Behandlung“. In: Lutz, Rainer/Mark, Norbert (Hg.) (1995): *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychischer Kranker*, Göttingen: Hogrefe-Verlag, 113–122.
- Brougham, Ruby R./Walsh, David A. (2005): „Goal Expectations as Predictors of Retirement Intentions“. *International Journal of Ageing and Human Development*, Vol. 61(2), 141–160.
- Buchwald, Petra/Stevan E. Hobfoll (2005): „Messung von Teamwirksamkeit“. URL: [http://www.phil-fak.uniduesseldorf.de/ew/eb/eb\\_veranstaltungen/buchwald/online-publikationen/MessungTeamwirksamkeit.pdf](http://www.phil-fak.uniduesseldorf.de/ew/eb/eb_veranstaltungen/buchwald/online-publikationen/MessungTeamwirksamkeit.pdf) [Stand: 7.10.2005]
- Buddeberg-Fischer, Barbara (2000): „Macht Schule krank? Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Schule“. In: Plenge, Thomas (Hg.) (2000) *Salutogenese – Was hält gesund?*. Regensburg: S. Roderer Verlag, 23–40
- Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte (2005): „Europäische Rentenstrategie/Strategiebericht“. URL: <http://www.bmsg.gv.at/cms/site/attachments/7/4/2/CH0028/CMS1056552952249/arbeiterkammer.pdf> [Stand: 7. Oktober 2005].
- Charité – Universitätsmedizin Berlin (2001): Projekt Salutogenese, Psychosynergetik und Gesundheitsförderung“. URL: <http://www.charite.de/psychosomatik/pages/Forschung/groups> [Stand: 28.3.2001].
- Damasio, Antonio R. (2005): *Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen*. Berlin: Ullstein.
- Dausien, Bettina (1992): „Leben für andere oder eigenes Leben? Überlegungen zur Bedeutung der Geschlechterdifferenz in der biographischen Forschung“. In: Alheit, Peter et al. (Hg.) (1992): *Biographische Konstruktionen. Beiträge zur Biographieforschung (Werkstattberichte des Forschungsschwerpunkts Arbeit und Bildung Universität Bremen, Band 19)*. Universität Bremen, 37–70.
- Deneke, Friedrich Wilhelm (1997): „Gesundheit“ im Rahmen einer genetisch-dynamischen Strukturtheorie. In: Lamprecht, Friedhelm, R. Johnen (Hg.), *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?*. Frankfurt/Main: VAS – Verlag für akademische Schriften, 212–220.
- Dross, Margret (1991): „Warum bin ich trotz allem gesund geblieben? Subjektive Theorien von Gesundheit am Beispiel von psychisch gesunden Frauen“. In: Flick, Uwe (Hg.) (1991): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentation*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag, 59–69.
- Dross, Margret (1998): „Warum bin ich trotz allem gesund geblieben? Subjektive Theorien von Gesundheit am Beispiel von psychisch gesunden Frauen“. In: Flick,

Uwe (Hg.): *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*, Weinheim, München: Juventa Verlag, 119–128.

Duden (2005): *Das Fremdwörterbuch*. Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG.

Eichhorn, Jürg (2005): „Salutogenese – der andere Weg“. URL: <http://www.ever.ch/salutogenese.htm> [Stand: 7.10.2005].

Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann/Bundesamt für Gesundheit (Hg.) (1997): *Geschlecht und Gesundheit nach 40*. Bern, Göttingen: Verlag Huber.

Eriksson, Monica/Lindström, Bengt (2005): „Validity of Antonovsky’s sense of coherence scale: a systematic review“. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 59:460–466. doi:10.1136/jech.2003.018085.

Ernst, Heiko (1995): „Gesundheitsressourcen im Alltag“. In: Lutz, Rainer/Mark, Norbert (Hg.) (1995): *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychischer Kranker*. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 71–75.

Europäisches Beschäftigungsobservatorium: „Nationale Arbeitsmarktpolitiken: Österreich“. URL: [http://www.eu-employment-observatory.net/ersep/trd33\\_d/00300023.asp](http://www.eu-employment-observatory.net/ersep/trd33_d/00300023.asp) [Stand: 7. September 2005].

Fabry, Götz (2004): „Vorlesung Medizinische Psychologie. 29.11.2004: Stress II – Coping und Abwehr“. URL: [http://www.medpsych.uni-freiburg.de/skripts/coping\\_04\\_05.pdf](http://www.medpsych.uni-freiburg.de/skripts/coping_04_05.pdf) [Stand: 7. Oktober 2005].

Faltermaier, Toni (1991): „Subjektive Theorie von Gesundheit: Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis“. In: Flick, Uwe (Hg.): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentation*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag, 45–58.

Faltermaier, Toni (1998): „Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit. Begründung, Stand und Praxisrelevanz eines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfeldes“. In: Flick, Uwe (Hg.) (1998): *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim, München: Juventa Verlag, 70–86.

Filipp, Sigrun-Heide/ Aymanns, Peter (1997): „Subjektive Krankheitstheorien“. In: Schwarzer, Ralf (Hg.): *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. 2. Auflage. Göttingen, Bern: Hogrefe, Verlag für Psychologie, 3–21.

Finzen, Asmus (2002): *Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Räsonieren über das Heilen*. Bonn: Psychiatrie Verlag (= Edition Das Narrenschiff).

Fischbach, Sonia/ Hellhammer, Dirk (1998): „Inhalte und Ergebnisse salutogenetischer Forschungsansätze in der Psychobiologie“. In: Margraf, Jürgen/Siegrist, Johannes/ Neumer, Simon (Hg.) (1998): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. 75–84.

Flick, Uwe (Hg.) (1997): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentation*, Heidelberg: Roland Asanger Verlag.

- Flick, Uwe (Hg.) (1998): *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*, Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Fliege, Herbert (1997): *Glück und Zufriedenheit im Spiegel subjektiver Theorien über die Entwicklung im Erwachsenenalter*, Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.
- Frank, Ulrike et al. (1998): „Subjektive Gesundheitsvorstellungen gesunder Erwachsener“. In: Flick, Uwe (Hg.) (1998): *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim, München: Juventa Verlag, 57–69.
- Franke, Alexa (1993b): „Die Unschärfe des Begriffs „Gesundheit“ und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen“. In: Franke, Alexa/Broda, Michael (Hg.) (1993): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*, Tübingen: dgvt-Verlag, 15–34.
- Franke, Alexa (1993c): „Gesundheit in Psychologie und Psychotherapie“. In: Franke, Alexa/Broda, Michael (Hg.) (1993): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: dgvt-Verlag. 169–184.
- Franke, Alexa (1997a): „Praxisrelevante Grundgedanken des Salutogenese-Konzeptes“. In: Lamprecht, Friedhelm/R. Johnen (Hg.) (1997): *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?* Frankfurt/Main: VAS – Verlag für akademische Schriften. 41–45.
- Franke, Alexa (1997b): „Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenese-Konzeptes“. In: Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag. 169–190.
- Franke, Alexa (2002): Rede der Preisträgerin anlässlich der Verleihung des DGTV-Preises am 26.2.2002. URL: [http://www.dgvt.de/Rede\\_der\\_Preistraegerin\\_2002.154.0.html](http://www.dgvt.de/Rede_der_Preistraegerin_2002.154.0.html) [Stand: 11.10.2005]
- Franke, Alexa/Broda, Michael (Hg.) (1993a): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Frauengesundheitszentrum Graz (2005): „Be gender. Eine Untersuchung über und mit Frauen und Männern mit Behinderung“. Graz.
- Frrh. v. Troschke, Jürgen (1998): „Gesundheits- und Krankheitsverhalten“. In: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (1998): *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*: Weinheim und München: Juventa Verlag. 371–394:
- Gärber, Gudrun (1997): „Paradigmenwechsel in der Medizin. Salutogenese versus Pathogenese“. Diplomarbeit Graz.
- Gasser, Sabine (2003): „Was hält Rettungskräfte gesund? Eine Untersuchung zum Zusammenhang von Kohärenzgefühl, sekundäre traumatischem Stress und Flow-Erleben bei Mitarbeitern des Rettungsdienstes in Südtirol“. Diplomarbeit Innsbruck.
- Geißler, Heinrich et al. (2003): *Der Anerkennende Erfahrungsaustausch. Das neue Instrument für die Führung*. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Gesundheit. <http://gesundheit.dgb-bwt.de/definition.html> [Stand 10.10.2005].

Geyer, Siegfried (2002): „Sozialwissenschaftliche Grundlagen“. In: Kolip, Petra (Hg.) (2002): *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. Weinheim, München: Juventa Verlag. 53–77.

Glinka, Hans-Jürgen (2003): *Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen*. (Edition Soziale Arbeit, hg. v. Hans-Uwe Otto und Hans Thiersch). Weinheim, München: Juventa Verlag.

Göpel, Eberhard (1992): „Prävention und Partizipation: Der Wandel von einem patriarchalischen zu einem partnerschaftlichen Modell in der Gesundheitsförderung“. In: Paulus, Peter (Hg.) (1992): *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*. Köln: GWG-Verlag. 35–42.

Gostomzyk, Johannes G. (2002): „Wer ist gesund?“. In: Schaefer, Hans (2002): *Vom Nutzen des Salutogenese-Konzepts*. Bonn: Daedalus Verlag. 143–161.

Guger, Alois/Huemer, Ulrike/Mahringer, Helmut (2004): „Schwerarbeit: Volkswirtschaftliche Kosten und Lebenserwartung. Pensionsübertritt und Arbeitsmarktsituation am Beispiel Bauwirtschaft. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen“. WIFO-Studie. Wien.

Gutscher, Heinz/Hornung, Rainer/Flury-Kleubler, Peter (1998): „Das Transaktionspotentialmodell: Eine Brücke zwischen salutogenetischer und pathogenetischer Sichtweise“. In: Margraf, Jürgen/ Siegrist, Johannes/ Neumer, Simon (Hg.) (1998): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. 50–72.

Haltenhof, Horst/ Schmoll, Dirk (1997): „Frühe Sozialisation und unspezifische Wirkfaktoren der Psychotherapie aus Sicht des Salutogenese-Konzepts“. In: Lamprecht, Friedhelm/Johnen, Rolf (Hg.) (1997): *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?*. Frankfurt/Main: VAS – Verlag für akademische Schriften. 242–252.

Hansens, Andreas (1992): „Biographische Strukturierung von Erkrankungs- und Gesundungsprozessen“. In: Peter Alheit et al. (Hg.) (1992): *Biographische Konstruktionen. Beiträge zur Biographieforschung (Werkstattberichte des Forschungsschwerpunkts Arbeit und Bildung Universität Bremen, Band 19)*. Universität Bremen. 71–98.

Hartmann, Fritz (1997): „Altern als gelingendes bedingtes Gesundsein“. In: Seelbach, Harald/ Kugler, Joachim/ Neumann, Willi (Hg.) (1997): *Von der Krankheit zur Gesundheit*. Bern, Göttingen: Huber Verlag. 21–30.

Heigl-Evers, Annelise/Ott, Jürgen (2000): „Die salutogene Bedeutung der Gruppe“. In: Plenge, Thomas (Hg.) (2000): *Salutogenese – Was hält gesund?*. Regensburg: S. Roderer Verlag. 65–76.

Helfferich, Cornelia (1993): „Das unterschiedliche ‚Schweigen der Organe‘ – subjektive Gesundheitskonzepte und ‚objektive‘ Gesundheitsdefinitionen“. In: Franke, Alexa/Broda, Michael (Hg.) (1993): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: dgvt-Verlag. 35–65.

Heuft, G. (1997): „Zur Diskussion des Salutogenese-Konzeptes von A. Antonovsky aus gerontopsychosomatischer Sicht“. In: Lamprecht, Friedhelm/Johnen, Rolf (Hg.) (1997): *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?*. Frankfurt/Main: VAS – Verlag für akademische Schriften. 57–58.

Hoff, Hartmut-Ernst (1992): *Arbeit, Freizeit und Persönlichkeit: wissenschaftliche und alltägliche Vorstellungsmuster*, 2., überarb. und aktualisierte Auflage, Heidelberg: Asanger.

Holtgrewe, Ursula/Voswinkel, Stephan/Wagner, Gabriele (Hg.) (2000): *Anerkennung und Arbeit*. Konstanz: Universitätsverlag.

Höppner, Heidi (2004): *Gesundheitsförderung von Krankenschwestern. Ansätze für eine frauengerechte betriebliche Praxis im Krankenhaus*. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag (Wissenschaft 66).

Illich, Ivan (1995): *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*. München: C.H. Beck.

Ilmarinen, Juhani/Tempel, Jürgen (2002): *Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?*. Hamburg: VSA-Verlag.

Institut für Gestalt und Erfahrung: „Salutogenese“. URL: <http://heldenreise.de/saluto.htm> [Stand: 7.10.2005].

Interuniversitärer Lehrgang (MSc) für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitsförderung (2005a): „Aktueller Stand im Kontinuum gesund – krank: Anforderung und Ressourcen in Balance“. URL: [http://www.inter-uni.net/LdV/htm1/01\\_SG\\_DE/LF03/K01/doc1.htm](http://www.inter-uni.net/LdV/htm1/01_SG_DE/LF03/K01/doc1.htm) [Stand: Juni 2005].

Interuniversitärer Lehrgang (MSc) für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitsförderung (2005b): „Nur theoretisch trennbar: Die Ebenen von Anforderungen und Ressourcen“. URL: [http://www.inter-uni.net/LdV/htm1/01\\_SG\\_DE/LF03/K01/doc1.htm](http://www.inter-uni.net/LdV/htm1/01_SG_DE/LF03/K01/doc1.htm) [Stand: Juni 2005].

Interuniversitärer Lehrgang (MSc) für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitsförderung (a): „Soziale Herausforderungen: Arbeitsbedingungen und Arbeitslosigkeit“. (Lernunterlagen zum Erhalt des EU-Diploms „Master integrated Health Sciences), o. J.

Interuniversitärer Lehrgang (MSc) für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitsförderung (b): „Entspannen und bewegen: Balance körperlicher Aktivität“. (Lernunterlagen zum Erhalt des EU-Diploms „Master integrated Health Sciences“). o. J.

Interuniversitärer Lehrgang (MSc) für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitsförderung (c): „Essen oder Ernähren: Ausgewogen im Geschmack, sozial unterscheidend“. (Lernunterlagen zum Erhalt des EU-Diploms „Master integrated Health Sciences). o. J.

Interuniversitärer Lehrgang (MSc) für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitsförderung (d): „Gesundheit hat (k)ein Geschlecht – Gesundheitshandeln von Männern und Frauen“. (Lernunterlagen zum Erhalt des EU-Diploms „Master integrated Health Sciences), o. J.

Interuniversitärer Lehrgang (MSc) für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitsförderung (e): „Gesundheitshandeln, Krankheitsbewältigung: Sichtweisen von PatientInnen“. (Lernunterlagen zum Erhalt des EU-Diploms „Master integrated Health Sciences). o. J.

Interuniversitärer Lehrgang (MSc) für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitsförderung (f): „Salutogenetische Grundlagen. Health Promotion & Promotion of Health: Orientieren an Ressourcen“. (Lernunterlagen zum Erhalt des EU-Diploms „Master integrated Health Sciences), o. J.

Interuniversitärer Lehrgang (MSc) für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitsförderung (g): „Modul Salutogenetische Grundlagen, Lernfeld 4: Schlüssel zur Salutogenese, Kohärenz empfinden, Kompetenz entwickeln“. (Lernunterlagen zum Erhalt des EU-Diploms „Master integrated Health Sciences), o. J.

Interuniversitärer Lehrgang (MSc) für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitsförderung (h): „Organisationen entwickeln: Gesundheit fördern in Prävention, Behandlung und Rehabilitation“. (Lernunterlagen zum Erhalt des EU-Diploms „Master integrated Health Sciences), o. J.

Jork, Klaus (2003): „Vorwort“. In: Jork, Klaus/Peseschian, Nossrat (Hg.) (2003): *Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben*. Bern: Verlag Hans Huber. 9–11.

Kickbusch, Ilona (1992): „Plädoyer für ein neues Denken über Gesundheit: Muster-Chaos-Kontext. Neue Handlungsansätze in der Gesundheitsförderung“. In: Paulus, Peter (Hg.) (1992): *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*. Köln: GwG-Verlag. 23–34.

Klotter, Christoph (1999): „Historische und aktuelle Entwicklungen der Prävention und Gesundheitsförderung – Warum Verhaltensprävention nicht ausreicht“. Oesterreich, Rainer/Volpert Walter (Hg.) (1999): *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung*. Bern: Verlag Hans Huber. 23–62.

Köhle, Klaus/ Obliers, Rainer/Faber, Jochen (1997): „Das Salutogenese-Konzept in Theorie und Praxis“. In: Lamprecht, Friedhelm/Johnen, Rolf (Hg.) (1997): *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?*. Frankfurt/Main: VAS – Verlag für akademische Schriften. 77–98.

Krenn, Manfred/Vogt, Marion (2004): „Ältere Arbeitskräfte in belastungsintensiven Tätigkeitsbereichen: Probleme und Gestaltungsansätze. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen“. (Studie im Auftrag der Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien und der Gewerkschaft Bau-Holz), Wien.

Krieger, Winfried (1992): „Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz: Belastungen oder Stütze?“ In: *Psychosozial* 15. Jg., Heft IV (Nr. 52), 23–32.

Lamnek, Siegfried (1995a): *Qualitative Sozialforschung. Band 1. Methodologie*. 3., korrigierte Auflage, Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.

Lamnek, Siegfried (1995b): *Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken*. 3., korrigierte Auflage, Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.

Lamparter, Ulrich/Deneke, Friedrich-Wilhelm/ Stuhr, Ulrich (1997): "Die ‚Hamburger Gesundheitsstudie‘ – empirische Ergebnisse und sich eröffnende Fragen". In: Lamprecht, Friedhelm/Johnen, Rolf (Hg.) (1997): *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?*. Frankfurt/Main: VAS – Verlag für akademische Schriften. 204–211.

Lamparter, Ulrich/Deneke, Friedrich-Wilhelm/ Stuhr, Ulrich (2001): „Über den Einfluss der Erfahrung. Warum wird der eine Mensch unter seelischen Belastungen krank, während ein anderer gesund bleibt?“. In: *Forschung – Das Magazin der Deutschen Forschungsgemeinschaft*, 1/2001, 20–22.

Lamprecht, Friedhelm/Johnen, Rolf (Hg.) (1997): *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?*. Frankfurt/Main: VAS – Verlag für akademische Schriften. 22–36.

Lamprecht, Friedhelm/Sack, Martin (1997): „Kohärenzgefühl und Salutogenese – Eine Einführung“. In: Lamprecht, Friedhelm/Johnen, Rolf (Hg.) (1997): *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?*. Frankfurt/Main: VAS – Verlag für akademische Schriften. 22–36.

Langenmayr, Arnold/Schubert, Ulrich (1987): *Lebenslaufanalyse*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe Verlag (Verlag für Psychologie).

Leitner, Konrad (1999): „Kriterien und Befunde zu gesundheitsgerechter Arbeit – Was schädigt, was fördert die Gesundheit?“. In: Oesterreich, Rainer/Volpert Walter (Hg.) (1999): *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung*. Bern: Verlag Hans Huber. 63–140.

Lorenz, Rüdiger (2004): *Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Lutz, Rainer (1995c): „Gesundheit und Krankheit. Antworten der Allgemeinen Psychologie“. In: Lutz, Rainer/Mark, Norbert (Hg.) (1995): *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychischer Kranker*, Göttingen: Hogrefe-Verlag, 77–91.

Lutz, Rainer et al. (1998): „Möglichkeiten der Operationalisierung des Kohärenzgefühls von Antonovsky und deren theoretische Implikationen“. In: Margraf, Jürgen/ Siegrist, Johannes/ Neumer, Simon (Hg.) (1998): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. 171–185.

Lutz, Rainer, Franzen, Ule, Heyn, Christine, Schmid, Sabine, Sick, Uta, Steinl, Barbara (1995d): „Gesunde Anteile von Kranken“. In: Lutz, Rainer/Mark, Norbert (Hg.) (1995): *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychischer Kranker*. Göttingen 1995: Hogrefe-Verlag, S. 139–148

Lutz, Rainer/Mark, Norbert (1995b): „Zur Gesundheit von Kranken“. In: Lutz, Rainer/Mark, Norbert (Hg.) (1995): *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychischer Kranker*, Göttingen: Hogrefe-Verlag, 11–24.

Lutz, Rainer/Mark, Norbert (Hg.) (1995a): *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychischer Kranker*, Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Maschewsky-Schneider, Ulrike et al. (1992): „Gesundheitsförderung für Frauen = Frauengesundheit?“ In: Paulus, Peter (Hg.) (1992): *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*. Köln: GwG-Verlag. 151–162.

Müller, Brit (2002): „Gesundheit jenseits des Traumas. Zur Konstruktion salutogenetischer Komponenten in den Lebenserzählungen alter Menschen“. Diplomarbeit, Wien.

Münch, Eckhard/Walter, Uta/Badura, Bernhard (2003): *Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement*. 2., unveränderte Auflage, Berlin: edition sigma.

Narratives Interview. In: [http://de.wikipedia.org/wiki/Narratives\\_Interview](http://de.wikipedia.org/wiki/Narratives_Interview) (Stand: 28.9.2005)

Narratives Interview. In: [http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ilm\\_n1.htm](http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ilm_n1.htm) (Stand: 27.5.2005)

Neuhaus, Gottfried (2005): „Grundlagen der Salutogenese. Beiträge für eine Veränderung im deutschen Bildungswesen“. URL: <http://www.optipage.de/salutogenese.html> [Stand: 7.10.2005].

Novak/Peter (1998): „Salutogenese und Pathogenese: Komplementarität und Abgrenzung“. In: Margraf, Jürgen/Siegrist, Johannes/Neumer, Simon (Hg.) (1998): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. 27–39.

Nuber, Ursula (2005a): „Resilienz: Immun gegen das Schicksal?“. In: *Psychologie Heute*, 32. Jahrgang, Heft 9, Weinheim: Beltz GmbH, 20–24.

Nuber, Ursula (2005b): „Der lange Schatten der Kindheit“. In: *Psychologie Heute*, 32. Jahrgang, Heft 1, Weinheim: Beltz GmbH, S. 20–27.

Oesterreich, Rainer/Volpert Walter (Hg.) (1999): *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung*. Bern: Verlag Hans Huber.

Oppermann, M. (1997): „Zum Begriff ‚Gesundheit‘ in der Psychoanalyse – ein kurzer historischer Überblick“. In: Lamprecht, Friedhelm/Johnen, Rolf (Hg.) (1997): *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?*. Frankfurt/Main: VAS – Verlag für akademische Schriften. 197–203.

Ott, Gudrun (2000): „Schützende Kräfte in der Kindheit“. In: Thomas Plenge (Hg.), *Salutogenese – Was hält gesund?* Regensburg 2000: S. Roderer Verlag. 13–22.

Paulus, Peter (1994): *Selbstverwirklichung und psychische Gesundheit*, Göttingen: Hogrefe.

Paulus, Peter (Hg.) (1992): *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*. Köln: GwG-Verlag.

Peseschkian, Nossrat (2003a): „Einleitende Gedanken“. In: Jork, Klaus/Peseschkian, Nossrat (Hg.) (2003): *Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben*. Bern: Verlag Hans Huber. 13.

Peseschkian, Nossrat (2003b): „Himmel und Hölle als Ausdruck der Salutogenese und Pathogenese – Familie und Gemeinschaft“. In: Jork, Klaus/Peseschkian, Nossrat (Hg.) (2003): *Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben*. Bern: Verlag Hans Huber. 33–41.

Peseschkian, Nossrat/Kick, Hermes A./Röthke, Helmut (2003c): „Theorie der Positiven Psychotherapie und Familientherapie“. In: Jork, Klaus/Peseschkian, Nossrat (Hg.) (2003): *Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben*. Bern: Verlag Hans Huber. 87–103.

Ploeger, Andreas (2000): „Angstabwehrprozesse während und Folgeerscheinungen nach extremer äußerer Lebensbedrohung“. In: Thomas Plenge (Hg.), *Salutogenese – Was hält gesund?* Regensburg 2000: S. Roderer Verlag. 41–64.

Potthoff, Peter/Paar, G. (1997): „Immanente Modelle von Gesundheit und Krankheit in der Psychoanalyse“. In: Lamprecht, Friedhelm/Johnen, Rolf (Hg.) (1997): *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?*. Frankfurt/Main: VAS – Verlag für akademische Schriften. 230–236.

Republik Österreich (2005): Bericht über die europäische Rentenstrategie 2002. URL: [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/soc-prot/pensions/at\\_pensionreport\\_de.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/pensions/at_pensionreport_de.pdf) [Stand 10. Oktober 2005].

Reye, Ingrid (1993): „Risikofaktor ‚Gesundheit‘“. In: Franke, Alexa/Broda, Michael (Hg.) (1993): *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: dgvt-Verlag. 79–108.

Richter, Peter (1992): „Kompetenz im höheren Lebensalter – Arbeitsinhalt und Alterspläne“. In: *Psychosozial*, 15. Jg., Heft IV/1992, 33–41.

Richter, Peter/Pohlandt, Andreas/Hemmann, Erdmuthe (1998): „Belastung, Beanspruchung und Gesundheit: die handlungs- und tätigkeitspsychologische Perspektive“. In: Margraf, Jürgen/Siegrist, Johannes/Neumer, Simon (Hg.) (1998): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. 203–224.

Rothschild, Krista Ann (2000): „Salutogenesis and back pain: Sense of coherence as an influential factor for recovery“. Diplomarbeit, Wien.

Sack, Martin/Lamprecht, Friedhelm (1997): „Läßt sich der ‚sense of coherence‘ durch Psychotherapie beeinflussen?“. In: Lamprecht, Friedhelm/Johnen, Rolf (Hg.) (1997): *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?*. Frankfurt/Main: VAS – Verlag für akademische Schriften. 186–193.

Sarnow-Wlassack, Gisela (2004): „Salutogenese und Kohärenzgefühl“. URL: [http://www.hauss.de/~upload/pages/Neue\\_Seite\\_3522\\_12\\_12.asp](http://www.hauss.de/~upload/pages/Neue_Seite_3522_12_12.asp) [Stand: 7.5.2004].

Schaefer, Hans (2002): *Vom Nutzen des Salutogenese-Konzepts*. Bonn, Daedalus Verlag.

Scheuermann, Antonius (1992): „Homosexualität als biographische Konstruktion“. In: Peter Alheit et al. (Hg.) (1992): *Biographische Konstruktionen. Beiträge zur Biographieforschung*. (Werkstattberichte des Forschungsschwerpunkts Arbeit und Bildung Universität Bremen, Band 19). Universität Bremen. 99–127.

- Schmidt, Lothar R./Fröhling, Heike (1998): „Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen von Kindern und Jugendlichen“. In: Flick, Uwe (Hg.) (1998): *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim, München: Juventa Verlag. 33–44.
- Schneider, Benno (1997): „Persönlichkeit und Belastungs- bzw. Ressourcenfaktoren“. Diplomarbeit Universität Konstanz.
- Schorr, Angela (1995): „Gesundheit und Krankheit: Zwei Begriffe mit getrennter Historie?“. In: Lutz, Rainer/Mark, Norbert (Hg.) (1995): *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychischer Kranker*, Göttingen: Hogrefe-Verlag, 53–69.
- Schröder, Kerstin (1997): „Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigung“. In: Ralf Schwarzer, Ralf (Hg.) (1997): *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. 2. Auflage. Göttingen, Bern: Hogrefe, Verlag für Psychologie. 319–347.
- Schüffel, Wolfram et al. (Hg.) (1998): „Einleitung“. In: *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Schulze, Christa/Welters, Ludger (1998): „Geschlechts- und altersspezifisches Gesundheitsverständnis“. In: Flick, Uwe (Hg.) (1998): *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim, München: Juventa Verlag. 88–104.
- Schwarzer, Ralf/Renner, Britta (1997): „Risikoeinschätzung und Optimismus“. In: Schwarzer, Ralf (Hg.) (1997): *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. 2. Auflage. Göttingen, Bern: Hogrefe, Verlag für Psychologie. 43–66.
- Seelig, Wolfgang (1997): „Leben, Leid und die Ethik des Mediziners“. In: Seelbach, Harald/ Kugler, Joachim/ Neumann, Willi (Hg.) (1997): *Von der Krankheit zur Gesundheit*. Bern, Göttingen: Huber Verlag. 31–47.
- Seidl, Elisabeth (1990): *Pflege im Wandel*. Wien: Verlag für medizinische Wissenschaften.
- Seidler, Eduard/Leven, Karl-Heinz (2003): *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege*. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.
- Siegrist, Johannes (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit*. (Gesundheitspsychologie, Band 5). Göttingen, Bern: Hogrefe Verlag.
- Siegrist, Johannes (1997): „Selbstregulation, Emotion und Gesundheit – Versuch einer sozialwissenschaftlichen Grundlegung“. In: Lamprecht, Friedhelm/Johnen, Rolf (Hg.) (1997): *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?*. Frankfurt/Main: VAS – Verlag für akademische Schriften. 99–108.
- Siegrist, Johannes (1998): „Berufliche Gratifikationskrisen und Gesundheit – ein soziogenetisches Modell mit differentiellen Erklärungschancen“. In: Margraf, Jürgen/Siegrist, Johannes/Neumer, Simon (Hg.) (1998): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. 225–235.

- Siegrist, Johannes/Neumer, Simon/Margraf, Jürgen (1998): „Salutogeneseforschung: Versuch einer Standortbestimmung“. In: Margraf, Jürgen/Siegrist, Johannes/Neumer, Simon (Hg.) (1998): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 3–11.
- Stangl, Werner (2005): „Narratives Interview“. URL: <http://www.stangl-taller.at/ARBEITSBLAETTER/FORSCHUNGSMETHODEN/NarrativesInterview.shtml> [Stand: 25. Sept. 2005].
- Stein, Rosemarie (2001): „Die Gewissheit, dass das Leben einen Sinn hat“. URL: <http://www.home.snafu.de/mkrase/diegewissheit.htm> [Stand: 28.3.2001].
- Steiner, Petra (2004): „Traumaerleben und Posttraumatische Belastungsstörungen bei freiwilligen Rettungssanitätern in Zusammenhang mit den personalen Ressourcen, Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl. Eine empirische Studie an freiwilligen Rettungssanitätern des Landesrettungsvereins ‚Weißes Kreuz Südtirol‘“. Diplomarbeit, Innsbruck.
- Stuhr, Ulrich et al. (2001): „Das Selbstkonzept von ‚Gesunden‘ – die Anwendung der Verstehenden Typenbildung auf die Laien-Konzepte sich gesund fühlender Menschen“. In: *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, Bd. 3, Heft 2, 98–118.
- Suominen, Sakari et al. (2005): „Sense of coherence and disability pensions. A nationwide, register based prospective population study of 2196 adult Finns“. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 455–459; doi: 10.1136/jech.2003.019414.
- Tripp, Eduard (2005): „Das Konzept der Salutogenese (2)“. URL: [http://www.shiatsu-austria.at/einfuehrung/wissen\\_3a.htm](http://www.shiatsu-austria.at/einfuehrung/wissen_3a.htm) [Stand: 7.10.2005].
- Trukenmüller, M. et. al. (1997): „Ein Projektentwurf: Verarbeiten Gesunde lebensgeschichtliche Belastungen anderes als psychosomatisch oder psychoneurotisch Kranke?“. In: Lamprecht, Friedhelm/Johnen, Rolf (Hg.) (1997): *Salutogenese: ein neues Konzept in der Psychosomatik?*. Frankfurt/Main: VAS – Verlag für akademische Schriften. 221–229.
- Udris, Ivars et al (1992): „Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept“. *Psychosozial*, 15. Jg., Heft IV/1992, 9–23.
- V. Zerssen, Detlev (1998): „Saluto- und pathogenetische Ansätze – zwei Seiten derselben Medaille“. In: Margraf, Jürgen/Siegrist, Johannes/Neumer, Simon (Hg.) (1998): *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 41–47.
- Vogt, Irmgard (1998): „Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften“. In: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hg.) (1998): *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*. 3. Auflage, Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Vogt, Marion (2003): *Politik und Maßnahmen für die Beschäftigung Älterer. Erfahrungen in ausgewählten EU-Ländern*. Forba-Forschungsbericht 9/2003, Wien.

Walser, Thomas (2005): „Salutogenese. From cure to care – von der Pathogenese zur Salutogenese“. <http://www.dr-walser.ch/index.html?salutogenese.htm> [Stand 13. September 2005].

Welter-Enderlin, Rosemarie (2005): „Die Zentrierung auf die frühe Kindheit ist falsch“. (Interview). In: *Psychologie Heute*, 32. Jahrgang, Heft 9, Weinheim: Beltz GmbH, 25–27.

Wieland-Eckelmann, Rainer (1992): „Gesundheitsförderliche Arbeit oder gesundheitsförderliche Persönlichkeit: Ein geklärtes Verhältnis?“. *Psychosozial* 15. Jg., Heft IV/1992 (Nr. 52), 51–60.

Wilm, Stefan (2003): „Der Patient, sein Allgemeinarzt und ihre salutogenetische Beziehung“. In: Jork, Klaus/Peseschkian, Nossrat (Hg.) (2003): *Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben*. Bern: Verlag Hans Huber. 42–56.

Zank, Susanne/ Wilms, Hans-Ulrich/ Balthes, Margaret M. (1997): „Gesundheit und Alter“. In: Schwarzer, Ralf (Hg.) (1997): *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. 2. Auflage. Göttingen, Bern: Hogrefe, Verlag für Psychologie. 245–263.

Zitterbarth, Walter (1995): „Gesundheit als gesellschaftliches Konstrukt“. In: Lutz, Rainer/Mark, Norbert (Hg.) (1995): *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychischer Kranker*, Göttingen: Hogrefe-Verlag. 28–39.

# **Anhang**

## **Der Fragebogen zum Kohärenzgefühl**

### A 1-1 Fragebogen zur Lebensorientierung

#### Fragebogen zur Lebensorientierung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Auf jede Frage gibt es 7 mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt. Geben Sie auf jede Frage nur eine Antwort.

1. **Wenn Sie mit anderen Leuten sprechen, haben Sie das Gefühl, daß diese Sie nicht verstehen?**

habe nie dieses Gefühl     1    2    3    4    5    6    7    habe immer dieses Gefühl

2. **Wenn Sie in der Vergangenheit etwas machen mußten, das von der Zusammenarbeit mit anderen abhing, hatten Sie das Gefühl, daß die Sache**

keinesfalls erledigt werden würde     1    2    3    4    5    6    7    sicher erledigt werden würde

3. **Abgesehen von denjenigen, denen Sie sich am nächsten fühlen – wie gut kennen Sie die meisten Menschen, mit denen Sie täglich zu tun haben?**

sie sind Ihnen völlig fremd     1    2    3    4    5    6    7    Sie kennen sie sehr gut

4. **Haben Sie das Gefühl, daß es Ihnen ziemlich gleichgültig ist, was um Sie herum passiert?**

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

5. **Waren Sie schon überrascht vom Verhalten von Menschen, die Sie gut zu kennen glaubten?**

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

**6. Haben Menschen, auf die Sie gezählt haben, Sie enttäuscht?**

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

**7. Das Leben ist**

ausgesprochen  1  2  3  4  5  6  7 reine Routine  
interessant

**8. Bis jetzt hatte Ihr Leben**

überhaupt keine klaren  1  2  3  4  5  6  7 sehr klare Ziele und  
Ziele oder einen Zweck  
Ziele oder einen Zweck

**9. Haben Sie das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden?**

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

**10. In den letzten zehn Jahren war Ihr Leben**

voller Veränderungen,  1  2  3  4  5  6  7 ganz beständig  
ohne daß Sie wußten,  
und klar  
was als nächstes passiert

**11. Das meiste, was Sie in Zukunft tun werden, wird wahrscheinlich**

völlig faszinierend sein  1  2  3  4  5  6  7 todlangweilig sein

**12. Haben Sie das Gefühl, in einer ungewohnten Situation zu sein und nicht zu wissen, was Sie tun sollen?**

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

**13. Was beschreibt am besten, wie Sie das Leben sehen?**

man kann für  
schmerzliche Dinge  
im Leben immer  
eine Lösung finden

 1  2  3  4  5  6  7

es gibt keine Lösung  
für schmerzliche  
Dinge im Leben

**14. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, passiert es sehr häufig, daß Sie**

fühlen, wie schön  
es ist zu leben

 1  2  3  4  5  6  7

sich fragen, warum  
Sie überhaupt da sind

**15. Wenn Sie vor einem schwierigen Problem stehen, ist die Wahl einer Lösung**

immer verwirrend  
und schwierig

 1  2  3  4  5  6  7

immer völlig klar

**16. Das, was Sie täglich tun, ist für Sie eine Quelle**

tiefer Freude und  
Zufriedenheit

 1  2  3  4  5  6  7

von Schmerz und  
Langeweile

**17. Ihr Leben wird in Zukunft wahrscheinlich**

voller Veränderungen  
sein, ohne daß Sie wissen,  
was als nächstes passiert

 1  2  3  4  5  6  7

ganz beständig  
und klar sein

**18. Wenn in der Vergangenheit etwas Unangenehmes geschah, neigten Sie dazu,**

sich daran zu verzehren

 1  2  3  4  5  6  7

zu sagen: „Nun gut,  
seis drum, ich muß  
damit leben“ und wei-  
terzumachen

**19. Wie oft sind Ihre Gefühle und Ideen ganz durcheinander?**

sehr oft

 1  2  3  4  5  6  7

sehr selten oder nie

**20. Wenn Sie etwas machen, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,**

werden Sie sich sicher auch weiterhin gut fühlen  1  2  3  4  5  6  7 wird sicher etwas geschehen, das das Gefühl verdirbt

**21. Kommt es vor, daß Sie Gefühle haben, die Sie lieber nicht hätten?**

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

**22. Sie nehmen an, daß Ihr zukünftiges Leben**

ohne jeden Sinn und Zweck sein wird  1  2  3  4  5  6  7 voller Sinn und Zweck sein wird

**23. Glauben Sie, daß es in Zukunft immer Personen geben wird, auf die Sie zählen können?**

Sie sind sich dessen ganz sicher  1  2  3  4  5  6  7 Sie zweifeln daran

**24. Kommt es vor, daß Sie das Gefühl haben, nicht genau zu wissen, was gerade passiert?**

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

**25. Viele Menschen – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen wie ein Pechvogel oder Unglücksrabe. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?**

nie  1  2  3  4  5  6  7 sehr oft

**26. Wenn etwas passierte, fanden Sie im allgemeinen, daß Sie dessen Bedeutung**

über- oder unterschätzten  1  2  3  4  5  6  7 richtig einschätzten

**27. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, mit denen Sie in wichtigen Lebensbereichen wahrscheinlich konfrontiert werden, haben Sie das Gefühl, daß**

es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu meistern  1  2  3  4  5  6  7 Sie die Schwierigkeiten nicht werden meistern können

**28. Wie oft haben Sie das Gefühl, daß die Dinge, die Sie täglich tun, wenig Sinn haben?**

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

**29. Wie oft haben Sie Gefühle, bei denen Sie nicht sicher sind, ob Sie sie kontrollieren können?**

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

### *A 1-2 Kodifizierung der Items*

Die Tabelle zeigt für jedes Item die Zuordnung zu den drei Komponenten des SOC: V = Verstehbarkeit, H = Handhabbarkeit, B = Bedeutsamkeit.

In der Spalte „Facettenelemente“ ist die Profilstruktur der Items entsprechend der Ableitung aus dem Abbildungssatz (vgl. S. 81) angegeben. Die vier Ziffern repräsentieren die Elemente der Facetten A, B, C und D.

Die Werte in den einzelnen Komponenten des SOC und der SOC-Gesamtwert ergeben sich durch Addition der Skalenwerte, wobei die in der Spalte „Polung“ gekennzeichnete Richtung (positiv/negativ) berücksichtigt werden muß: Bei positiv gepolten Items geht der jeweilige Skalenwert ein; wurde z.B. eine 2 angekreuzt, so beträgt der zu addierende Wert 2. Bei negativ gepolten Items dagegen erhält der niedrigste Skalenwert (also 1) den höchsten zu addierenden Wert (also 7); wurde auf einer negativ gepolten Skala eine 2 angekreuzt, so beträgt der zu addierende Wert somit 6, bei einer 3 wäre er 5 usw.