



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Das Konzept der Salutogenese als Fundament der Sozialen Beratung im Krankenhaussozialdienst

Bachelorarbeit

Erstprüfer: Prof. Dr. Harald Ansen
Zweitprüferin: Prof. Dr. Carmen Gransee

Tag der Abgabe: 7. Januar 2015

Vorgelegt von: Jana Lewitzky

Matrikelnummer: [REDACTED]

Adresse: [REDACTED]
[REDACTED]

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Der Krankenhaussozialdienst	5
2.1 Historische Entwicklung des Krankenhaussozialdienstes	5
2.2 Tätigkeitsfelder und Zielgruppe des Krankenhaussozialdienstes	8
2.3 Positionierung und Alleinstellungsmerkmal des Krankenhaus- sozialdienstes innerhalb der Krankenhausstruktur	10
3. Das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky	12
3.1 Die Entstehungsgeschichte der Salutogenese	13
3.2 Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum	15
3.3 Die Salutogenese als Ergänzung zu der Pathogenese	17
3.4 Das Kohärenzgefühl	20
3.4.1 Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit	21
3.4.2 Die Entwicklung des Kohärenzgefühls und der Aufbau generalisierter Widerstandsressourcen	23
3.4.3 Die SOC Skala	26
4. Die Soziale Beratung im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit	28
4.1 Die Beziehungsgestaltung innerhalb der Sozialen Beratung	31
4.2 Besonderheiten der Sozialen Beratung im Krankenhaussozialdienst	33
4.3 Die praktische Umsetzung der Salutogenese in der Sozialen Beratung im Krankenhaussozialdienst	34
4.3.1 Die Soziale Beratung auf der Ebene der Verstehbarkeit	35
4.3.2 Die Soziale Beratung auf der Ebene der Handhabbarkeit	38
4.3.3 Die Soziale Beratung auf der Ebene der Bedeutsamkeit	41
5. Fazit	43
Literaturverzeichnis	46
Eidesstattliche Erklärung	52

1. Einleitung

Die folgende Arbeit widmet sich dem Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky. Meine persönliche Motivation über dieses Thema zu schreiben, entwickelte sich während meines studienbegleitenden Praktikums, das ich im Krankenhaussozialdienst absolviert habe. Dort ist mir während der Beratungsgespräche mit den Patienten immer wieder aufgefallen, wie Krankheitsdiagnosen und -folgen von den Menschen unterschiedlich wahrgenommen und verarbeitet werden. Wie sich die Patienten mit ihrer Diagnose beschäftigten, welche Bewältigungsstrategien sie angewendet haben und inwieweit die Patienten trotz der Erkrankung hoffnungsvoll waren und positive Gedanken entwickeln konnten, war höchst unterschiedlich. Im Austausch über dieses Thema mit meinen Kollegen aus dem Team des Krankenhaussozialdienstes wurde ich zum ersten Mal auf das Salutogenese Konzept aufmerksam. Aus Eigeninteresse habe ich mich weitergehend mit dem Konzept befasst und habe dabei festgestellt, dass es ein Konzept ist, das sich nachweislich positiv in die Arbeit des Krankenhaussozialdienstes adaptieren lässt.

Beginnen werde ich meine Arbeit damit, dass ich zuerst den Krankenhaussozialdienst vorstellen werde. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass ich die Begriffe "Krankenhaussozialdienst" und "Soziale Arbeit im Krankenhaus" synonym verwenden werde. Meine Ausarbeitung bezieht sich außerdem auf den Krankenhaussozialdienst in Deutschland. Eine globale Betrachtung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus würde den Rahmen meiner Arbeit übersteigen.

Um einordnen zu können, wie sich die Soziale Arbeit im Krankenhaus entwickelt hat und aus welchen Gründen sie sich überhaupt als eigenständige Profession innerhalb der Krankenhausstruktur etabliert hat, werde ich zunächst den historischen Abriss des Krankenhaussozialdienstes skizzieren. Anschließend werde ich den Tätigkeitsbereich und die Zielgruppe des Krankenhaussozialdienstes beschreiben. In dem darauf folgenden Abschnitt möchte ich deutlich machen, wie sich die Soziale Arbeit innerhalb der Krankenhausstruktur positioniert und wieso ihre Tätigkeit für ein Krankenhaus unerlässlich ist.

Im dritten Kapitel stelle ich das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky vor. Hierzu werde ich zunächst den Menschen Aaron Antonovsky - den Begründer des Konzepts - vorstellen und verdeutlichen, warum er die Motivation und Leidenschaft hatte, sein Konzept zu erarbeiten. Daran anschließend gehe ich näher auf die Entstehungsgeschichte der Salutogenese ein. Berücksichtigung findet diesbezüglich auch der zeitliche Kontext, in dem das Konzept entstanden ist. Um zu verdeutlichen, welche Neuerungen das salutogenetische Konzept im Hinblick auf die Bewertung von Krankheit und der Krankenbehandlung mit sich bringt, werde ich im anschließenden Abschnitt das Konstrukt des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums erläutern und darauf folgend das Konzept der Salutogenese mit dem der Pathogenese vergleichen.

Das Kapitel 3.4 befasst sich mit dem Kohärenzgefühl. Für eine übersichtliche Struktur werde ich diesen Abschnitt aufteilen. Beginnen werde ich mit der Beschreibung der drei Komponenten des Kohärenzgefühls (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit). Daran anschließend werde ich erläutern, wie sich das Kohärenzgefühl beim Menschen ausbildet und welche Bedeutung die generalisierten Widerstandsressourcen dabei haben. Der letzte Teil dieses Abschnitts wird sich mit der SOC Skala – ein Fragebogen zur Messung des Kohärenzgefühls bei Erwachsenen – sowie mit den bisher durchgeführten empirischen Studien zum Kohärenzgefühl beschäftigen.

Die Soziale Beratung ist Thema des vierten Kapitels. Einleitend werde ich einen allgemeinen Überblick über die Methode der Sozialen Beratung im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit geben, hierzu werde ich auch näher auf die Beziehungsgestaltung zwischen dem Anbieter und dem Nutzer der Beratungsleistung eingehen. Anschließend werde ich erläutern, welche speziellen Herausforderungen sich für die Soziale Beratung ergeben, wenn sie in den Kontext des Krankenhaussozialdienstes eingebunden ist.

Der letzte Abschnitt des vierten Kapitels wird das Konzept der Salutogenese und die Methode der Sozialen Beratung miteinander verbinden. Ich werde darauf eingehen, wie sich die Salutogenese in den Beratungsprozess integrieren lässt und

welche Konsequenzen sich aus diesem Zusammenspiel ergeben.

Das Fazit möchte ich dazu nutzen, meine eigene Arbeit kritisch zu reflektieren. Hierzu werde ich retrospektiv betrachten, was mir meiner Meinung nach gut gelungen ist und wo sich Schwierigkeiten bei der Bearbeitung meines Themas ergeben haben. Außerdem werde ich in dem Fazit darauf eingehen, wie ich die praktische Anwendung der Salutogenese in der Sozialen Beratung abschließend bewerte.

Hinsichtlich des Gender-Aspekts in meiner Arbeit möchte ich noch erwähnen, dass ich aus arbeitsökonomischen Gründen in der gesamten Arbeit nur die männliche Schreibform verwenden werde, wenn beide Geschlechter gemeint sind.

2. Der Krankenhaussozialdienst

Der Krankenhaussozialdienst ist ein wesentliches Behandlungselement innerhalb der Institution Krankenhaus. Er leistet den Patienten Unterstützung bei der Verarbeitung von schwierigen Diagnosen und steht den Patienten beratend zur Seite, wenn es um die Bewältigung von Krankheiten und den daraus resultierenden Folgen im späteren Alltag des Patienten geht. Er ist Bestandteil eines multiprofessionellen Teams und dem Gesamtbehandlungsauftrag des Krankenhauses verpflichtet (vgl. Gödecker-Geenen 2005, S. 18f.).

2.1 Historische Entwicklung des Krankenhaussozialdienstes

Die Soziale Arbeit im Krankenhaus steht in Verbindung mit den Begleiterscheinungen der industriellen Entwicklung. Ende des 19. Jahrhunderts zogen immer mehr Menschen in die Städte, da die Aussicht auf Arbeit dort vielversprechender war als auf dem Land. Dies hatte unter anderem zur Folge, dass die beengten Wohnverhältnisse die Entstehung diverser ansteckender

Krankheiten förderten. Dem daraus entstandenen Mehrbedarf an medizinischer Versorgung wurde Rechnung getragen, indem die medizinische Versorgungsstruktur ausgebaut wurde um möglichst vielen Menschen den Zugang zur medizinischen Versorgung zu ermöglichen. Die Zahl der Krankenhäuser nahm entsprechend Ende des 19. Jahrhunderts signifikant zu (vgl. Ansen, Gödecker-Geenen & Nau 2004, S 118f.).

Die Soziale Arbeit war zu dieser Zeit innerhalb der Krankenhausstruktur in Form von ehrenamtlichen Frauen repräsentiert, die sich vornehmlich um die Organisation von kulturellen Veranstaltungen kümmerten sowie Gespräche mit den Erkrankten führten. Beispielsweise gab es in Berlin 1896 zehn ehrenamtliche Damen, die sich unter dem Zusammenschluss „Mädchen- und Frauengruppen für soziale Hilfsarbeit“ diesem Auftrag in Berliner Krankenhäusern verpflichteten. Sechs Jahre später waren bereits 25 Frauen als Ehrenamtliche in Berliner Krankenhäusern tätig. In dieser Zeit bildeten sich die ersten Ansätze einer Professionalisierung der Tätigkeit aus, da den ehrenamtlich tätigen Frauen fachliche Unterweisungen und Lehrgänge angeboten wurden. Diese Fortbildungen tangierten vornehmlich Fragen zu den Themen soziale und gesundheitliche Beratung und Betreuung von Patienten.

Eine weitere entscheidende Entwicklung zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus waren die Gründungen der ersten sozialen Frauenschulen 1905 in Hannover und 1908 in Berlin. Aus der ehrenamtlichen Betreuung entwickelte sich der hauptamtliche Fürsorgedienst im Krankenhaus. Ab 1914 waren bereits in fast allen städtischen Krankenhäusern Berlins hauptamtliche Sozialarbeiterinnen beschäftigt, die von ehrenamtlichen Helferinnen bei ihrer Arbeit unterstützt wurden. Parallel dazu gab es die Gründung des „Komitees Soziale Krankenhausfürsorge“, in dem Alice Salomon und weitere bedeutende Frauen der bürgerlichen Frauenbewegung mitwirkten. Dieses Komitee übernahm neben Koordinierungs- und Organisationsaufgaben auch die Vernetzung und Initiierung von Erfahrungsaustauschen zwischen den Sozialdiensten der einzelnen Krankenhäuser (vgl. Reinicke 1998, S. 33ff.).

1926 haben sich die Tätigkeits- und Interessenvertreter der Sozialen Arbeit vereinsmäßig organisiert und die „Deutsche Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus e. V.“ gegründet. Der Verband übernahm die fachliche und gesundheitspolitische Vertretung der Krankenhausfürsorge. Später wurde der Verband in die „Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e. V.“ umbenannt. Seit 2003 trägt der Verband den Namen „Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.“ (DVSG) und vertritt seitdem nicht nur die Krankenhaussozialdienste, sondern die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen insgesamt (vgl. Reinicke 2001b, S. 10ff.).

Wesentliche Neuerungen für den Krankenhaussozialdienst ergaben sich ab 1933 im Zuge des Machtantritts der Nationalsozialisten. Viele Sozialarbeiterinnen verpflichteten sich aktiv den „neuen Aufgaben“ die der Nationalsozialismus mit sich brachte. Einer dieser neuen Aufgaben war beispielsweise die Mitarbeit in der „Erbgesundheitspflege“. Die Sozialarbeiterinnen wurden daran beteiligt zu entscheiden, welche Menschen aufgrund von „Schwachsinnigkeit“ für eine Sterilisation in Frage kommen. Eine weitere neue Aufgabe war es, bei der „Aufartung“ des deutschen Volkes mitzuhelfen. Hierbei kam den Sozialarbeiterinnen die Rolle zuteil, erbgesunde Mütter davon zu überzeugen, (weitere) Kinder zu gebären. Diesen neuen Aufgaben stand eine Vielzahl der Sozialarbeiterinnen positiv gegenüber. Die Machtübernahme der NSDAP wurde von vielen als eine Überwindung des bis dahin vorherrschenden allgemeinen Elends bewertet und es wurde als Privileg empfunden, bei dem Aufbau eines neuen Staates wichtige Aufgaben übernehmen zu dürfen. Mit Ausbruch des zweiten Weltkrieges wurden die Mitarbeiterinnen der Krankenhausfürsorge auch dafür eingesetzt, die Soldaten in den Lazaretten zu betreuen (vgl. Reinicke 1998, S. 104ff.).

In der Zeit nach 1945 waren die Krankenhausfürsorgerinnen mit den Auswirkungen des Krieges konfrontiert, da sie sich um Kriegsverletzte, Waisen, Flüchtlinge, Heimkehrer und Patienten mit Seuchen (Typhus und Tuberkulose) kümmerten (vgl. Reinicke 2001b, S. 23). Es wurden zu dieser Zeit außerdem vermehrt außerklinische Nachsorgeeinrichtungen der Pflege, Rehabilitation und

Beratung errichtet. Die Sozialarbeiterinnen der Krankenhäuser waren vornehmlich damit beauftragt, die Patienten an diese Institutionen weiter zu vermitteln. Die Etablierung dieses neuen außerklinischen Versorgungs- und Betreuungssystems wurde als erfolgreich und ausreichend bewertet. Es war aus diesem Grunde nicht vorgesehen, auf die individuellen Belange der Patienten mehr als nötig einzugehen, solange der Patient in das Raster passte, dass das Versorgungssystem vorgab (vgl. Ansen et al. 2004, S. 122).

In der später neu gegründeten DDR wurden für den Krankenhaussozialdienst Frauen eingestellt, die bereits als Fachkräfte im Gesundheitsbereich vor 1945 gearbeitet hatten. Anfang der 60er Jahre wurden, beginnend an der medizinischen Fachschule Weimar, zusätzlich Gesundheitsfürsorgerinnen ausgebildet. Später wurde auch die Bezeichnung Sozialfürsorgerinnen verwendet. Die Kurse gingen fünf Monate und waren für Fachkräfte aus Gesundheitsberufen, z. B. Krankenschwestern, konzipiert. Die Ausbildungskurse wurden beständig weiter ausgebaut und verbessert, so dass es bald in allen Teilen der DDR entsprechende Ausbildungskurse und später dreijährige Direktstudienplätze gab. 1986 wurde die Ausbildung der Gesundheits- und Sozialfürsorgerinnen auf das Niveau von Fachhochschulen angehoben. Auch nach der Wiedervereinigung Deutschlands arbeiteten die meisten Gesundheits- und Sozialfürsorgerinnen weiterhin in ihren Krankenhäusern. Die erworbenen Abschlüsse wurden in der Regel auch in den alten Bundesländern anerkannt (vgl. Reinicke 2001a, S. 23ff.).

2.2 Tätigkeitsfelder und Zielgruppe des Krankenhaussozialdienstes

Der Sozialdienst, so wie er heutzutage im Krankenhaus etabliert ist, übernimmt die beratende und begleitende Funktion, den Patienten bei der Verarbeitung von schwerwiegenden Diagnosen und der Bewältigung von Krankheitsfolgen zu betreuen. Bei der Krankheitsbewältigung sind psychische und soziale Faktoren von höchster Bedeutung. Die möglichen Konsequenzen der Erkrankung für die zukünftige Lebensgestaltung müssen kognitiv verarbeitet und emotional bewältigt werden. Neben der psychosozialen Begleitung benötigen die Patienten zudem

Hilfe bei alltagspraktischen Schwierigkeiten, die durch eine Erkrankung entstehen können. Diesbezüglich übernimmt der Krankenhaussozialdienst die Vernetzung zum sozialen Versorgungssystem (vgl. Franzkowiak, Homfeldt & Mühlum 2011, S. 142f.).

Zu den hauptsächlichen Aufgaben des Krankenhaussozialdienstes gehören:

- Beratung und Organisation von ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen und Nachsorgeangeboten (Anschlussheilbehandlung, geriatrische Rehabilitation, Pflege, Palliativ- und Hospizversorgung)
- Beratung über wirtschaftliche und sozialrechtliche Angelegenheiten (Informationen zu Lohnfortzahlung, Grundsicherung, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Sozialhilfe, Rente, Leistungen der Pflegeversicherung, Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe, Beratung zum Schwerbehindertenrecht sowie zu weiteren Leistungen nach dem Sozialrecht)
- Beratung und Begleitung bei persönlichen und beruflichen Problemen und Veränderungen (arbeitsrechtliche Fragen, häusliche Versorgung)
- Psychosoziale Beratung und Betreuung (bezüglich der Krankheits- und Lebensbewältigung, Auswirkung der Erkrankung auf Partnerschaft und Familie, Angehörigenberatung, Begleitung bei Problemen im sozialen Umfeld sowie bei Veränderungen des beruflichen und sozialen Status, gemeinsame Entwicklung von Zukunftsperspektiven, Erlernen des Umgang mit Funktionseinschränkungen, Verarbeitung der Themen wie Behinderung und Pflegebedürftigkeit, Hilfestellung bei existentiellen Krisen, Suchtberatung, Schuldenregulierung, Vermittlung zu speziellen Beratungsstellen sowie zu Patienten- und Selbsthilfegruppen)
- Allgemeine Vernetzungs-, Kooperations- und Koordinierungsaufgaben (vgl. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. o. J., S. 2)

Die Zielgruppe des Krankenhaussozialdienstes sind somatisch erkrankte Patienten, die Beratung und Unterstützung bei den genannten Themen benötigen. Dies sind vornehmlich chronisch erkrankte Personen, alte und pflegebedürftige Menschen, onkologisch erkrankte Patienten, Patienten mit körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen, Menschen mit einer Suchtproblematik, Suizidanten, Patienten in sozial schwierigen Notlagen (wie z. B. wohnungslose Menschen und Menschen ohne Aufenthaltsstatus) und Unfallverletzte die einen umfassenden Rehabilitationsbedarf haben.

Der Kontakt zum Krankenhaussozialdienst kann auf unterschiedliche Weise erfolgen. Zum einen äußern die Patienten selber den Wunsch, Kontakt zum Sozialdienst haben zu wollen, zum anderen wird der Kontakt durch andere Berufsgruppen im Krankenhaus (vornehmlich Ärzte oder Pfleger) angeregt. Zudem kann die Kontaktaufnahme auch von Familienangehörigen oder Angehörigen aus dem sozialen Umfeld des Patienten initiiert werden (vgl. Gödecker-Geenen 2005, S. 19f.).

2.3 Positionierung und Alleinstellungsmerkmal des Krankenhaussozialdienstes innerhalb der Krankenhausstruktur

Wie in 2.2 deutlich geworden ist, ist der Tätigkeitsbereich des Krankenhaussozialdienstes sehr umfangreich und tangiert eine Vielzahl an Themen die adäquate Versorgung und Beratung der Patienten betreffend. Der Krankenhaussozialdienst hat sich neben der Berufsgruppe der Mediziner und des Pflegepersonals somit als unverzichtbare dritte Säule der Versorgung innerhalb des Krankenhauses etabliert. Die Soziale Arbeit im Krankenhaus fungiert als Vermittler zwischen den Medizinern bzw. Pflegenden und der Nachsorge in Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen. Er zeichnet sich insbesondere durch die Kompetenz aus, den Patienten ganzheitlich zu betrachten und zu beraten.

Das vom Krankenhaussozialdienst angebotene Leistungsspektrum ist somit eine notwendige Ergänzung zu der medizinischen und pflegerischen Versorgung im

Krankenhaus. Aufgrund der Sozialen Beratung und mit Hilfe des Fachwissens über gesetzliche Rahmenbedingungen und passende Nachsorgeeinrichtungen, unterstützt und begleitet der Krankenhaussozialdienst den Patienten bei der Krankheitsbewältigung und bietet ihm Beistand, um seine materiellen, seelischen und sozialen Ressourcen zu stärken. Keine andere Profession und Berufsgruppe innerhalb der Krankenhausstruktur kann diese Aufgaben übernehmen oder kompensieren (vgl. Bienz & Reinmann 2004, S. 107f.).

Gerade hinsichtlich der psychosozialen Beratung stoßen die anderen Berufsdisziplinen im Krankenhaus häufig an ihre Grenzen. Soziale Probleme werden von diesen zwar erkannt, aber bei komplexen Fällen ist die Gefahr groß, dass den Medizinern und den Pflegenden die Übersicht verloren geht und die Zuständigkeiten nicht festgelegt sind, so dass sich am Ende niemand für bestimmte Anliegen des Patienten verantwortlich fühlt. Der Sozialdienst nimmt den Patienten ganzheitlich, eingebettet in seine verschiedenen sozialen Problemlagen, wahr und hat einen Pool an spezifischen Lösungskompetenzen auf die er zurückgreifen kann. Es ist die Professionalität und das Alleinstellungsmerkmal der Sozialen Arbeit, dass eine körperliche Erkrankung nicht losgelöst von dem sozialen Wohlergehen der Person gesehen wird, sondern bekannt ist, dass Erkrankung und soziale Situation in einer Wechselwirkung zueinander stehen und der Patient von daher im Hinblick auf seine Gesamtsituation und -verfassung beraten und begleitet werden muss (vgl. ebd., S. 83).

Um die Arbeit des Krankenhaussozialdienstes zu evaluieren, wurde im Jahr 2001 im Auftrag des DVSK eine wissenschaftliche Studie durchgeführt. Das Forschungsinteresse dieser Studie bezog sich vornehmlich auf die Fragen, inwieweit es dem Krankenhaussozialdienst gelingt, den Patienten (und ggf. seine Angehörigen) wirkungsvoll zu unterstützen und mit Hilfe von spezifischen Hilfsangeboten zu einer gelingenderen Bewältigung der Erkrankung und den Folgen der Erkrankung beizutragen. Die Studie konnte eindeutig belegen, dass Patienten durch die Hilfe des Sozialdienstes von ihren Problemen entlastet werden. Außerdem wurde deutlich, dass die Patienten in der Regel hoch zufrieden sind mit der Arbeit des Sozialdienstes. Die Studie konnte weiterhin

nachweisen, dass der Krankenhaussozialdienst zu der Krankheitsbewältigung und der psychosozialen Stabilisierung des Patienten beiträgt (vgl. Layer & Mühlum 2003, S. 33ff.).

Für die theoretische Fundierung der Beratungsleistung des Krankenhaussozialdienstes wird sich verschiedener Konzepte bedient, die für die Soziale Arbeit im Allgemeinen und die Soziale Beratung im Besonderen relevant sind. Im Folgenden möchte ich eines dieser Konzepte, die Salutogenese, intensiver vorstellen.

3. Das Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky

Begründer des Salutogenese Konzepts ist der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky. Er wurde 1923 in den USA geboren, wo er Geschichte und Wirtschaft studierte. Nach seinem Studium wanderte er 1960 nach Jerusalem aus und arbeitete dort am Institut für Angewandte Sozialforschung. Hier begann er sich eingehender mit Themen der Medizinsoziologie zu befassen und war involviert in verschiedene Forschungsprojekte, die den Zusammenhang von Stressfaktoren auf die Gesundheit untersuchten. Antonovsky begann ein Stressmodell zu befürworten, bei dem Stressoren nicht unabdingbar dazu führen müssen, dass sie den Menschen krank machen. Er vertrat hingegen die Annahme, dass Stressoren viel mehr als Stimuli fungieren, die zwar einen Zustand der Anspannung auslösen, dieser Anspannungszustand aber nicht unabdingbar dazu führen muss, dass bei dem Menschen Distress¹ entsteht, der sich wiederum negativ auf die Gesundheit der Person auswirken könnte. Basierend auf diesen Überlegungen erarbeitete Antonovsky das Konzept der Salutogenese (vgl. Bengel, Strittmatter & Willmann 2001, S. 20ff.)

Der von ihm gewählte Neologismus „Salutogenese“ spiegelt bereits die inhaltliche Ausrichtung seines Konzepts wider, da „Salus“ im lateinischen „Unverletztheit“ bzw. „Heil“ bedeutet und „Genese“ das altgriechische Wort für „Entstehung“ ist.

¹ Distress ist charakterisiert als Zustand der Überlastung (= negativer Stress) (vgl. Stangl 2011).

Die Salutogenese hinterfragt, warum Menschen es schaffen gesund zu bleiben, obwohl sie vielen potenziell gesundheitsgefährdenden Einflüssen ausgesetzt sind und wie es den Menschen gelingt, sich von Erkrankungen wieder zu erholen. Was ist die besondere Fähigkeit von Menschen, die trotz extremster Belastungen nicht krank werden (vgl. ebd., S. 24)?

Um die salutogenetische Sicht zu verdeutlichen, hat Antonovsky die „Fluss abwärts“ Metapher formuliert. In dieser beschreibt er, dass ein Fluss den Strom des Lebens symbolisiert. Kein Mensch geht sicher am Ufer dieses Flusses entlang, es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen führen und es gibt solche, die in gefährliche Strudel und Stromschnellen münden. Der Fluss ist von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen geprägt. Die Salutogenese versucht zu ergründen, wie der Mensch – unabhängig davon, an welcher Stelle des Flusses er sich gerade befindet – zu einem guten Schwimmer wird und somit Gefahren, denen er auf diesem Fluss ausgesetzt ist, erfolgreich begegnen kann (vgl. Antonovsky 1997, S. 92).

3.1 Die Entstehungsgeschichte der Salutogenese

Im Zuge seiner Arbeiten an dem Forschungsinstitut in Jerusalem, führte Antonovsky 1970 eine Studie über die ethnischen Unterschiede in der Verarbeitung der Menopause bei in Israel lebenden Frauen durch. Alle in der Studie involvierten Frauen befanden sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt gerade in der Menopause. Eine der Untersuchungsgruppen bestand aus Frauen, die zwischen 1914 und 1923 in Mitteleuropa geboren wurden und die Überlebende aus der Gefangenschaft nationalistischer Konzentrationslager waren. Diesen Frauen wurde in der Studie eine simple Ja-Nein Frage zum Aufenthalt in dem Konzentrationslager gestellt. Zum Abschluss der Studie wurden die Werte der emotionalen und körperlichen Gesundheit der Frauen die im Konzentrationslager waren, mit denen der Frauen die nicht im Konzentrationslager waren (= Kontrollgruppe), verglichen. Die Ergebnisse zeigten, dass 51 % der Kontrollgruppe im Vergleich zu 29 % der Frauen mit der Konzentrationslagererfahrung sich in einem

Zustand guter psychischer und physischer Gesundheit befanden.

Antonovsky war überrascht von der Tatsache, dass 29 % der Frauen, die den unvorstellbaren Horror eines Konzentrationslagers überstanden haben und sich anschließend ein neues Leben in Israel aufbauen mussten - ein Land, das bis dahin bereits drei Kriege erlebte - sich dennoch in einem relativ guten Gesundheitszustand befanden. Das Forschungsergebnis initiierte bei Antonovsky die Frage, warum es diese Frauen geschafft hatten, trotz widriger Lebensumstände gesund zu bleiben bzw. ihre Gesundheit wieder herzustellen. Des Weiteren beschäftigte ihn die Frage, über welche speziellen Kräfte diese Frauen verfügt haben und immer noch verfügen, die ihnen dabei geholfen haben, einen stabilen Gesundheitszustand beizubehalten (vgl. Antonovsky 1997, S. 15f.).

Die Zeit um 1970, die Zeit in der Antonovsky die genannte Studie an den Frauen durchführte, war eine Zeit, in der die Kritik an der damals vorherrschenden Gesundheitsversorgung größer wurde. Die sterile sogenannte „Apparatemedizin“ - eine Form der medizinischen Versorgung die dadurch gekennzeichnet war, dass primär der Einsatz von technischen Apparaten für die Diagnose und die Therapie von Krankheiten zum Einsatz kam und die persönliche Betreuung durch den Arzt selber zweitrangig war - konzentrierte sich auf die schnelle Beseitigung von Beschwerden und Symptomen. Dies hatte zwar wesentliche Erfolge auf dem Gebiet der Diagnostik und Therapie vieler Erkrankungen, es wurde allerdings die Vernachlässigung der Person beklagt und kritisiert, dass der ganzheitliche Blick auf den Menschen nicht gegeben ist. Gefordert wurde stattdessen eine „sprechende Medizin“. Diese sprechende Medizin sollte sich nicht nur einseitig auf die Erkrankung des Menschen konzentrieren, sondern es sollte auch das aktive Gespräch mit dem Patienten aufgenommen werden. Es wurde des Weiteren gefordert, dass auch die gesunden Anteile des Patienten erkannt, gewürdigt und gefördert werden. Nicht alleine der organmedizinische Befund sollte im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen, sondern auch psychosoziale Aspekte sollten Berücksichtigung finden und bei der Behandlung und Therapie mit einbezogen werden.

Das biopsychosoziale Modell des Sozialmediziners Engel kam diesen Forderungen nach. In diesem Modell wurden neben den somatischen Faktoren auch die psychosozialen Faktoren berücksichtigt, um zu erklären wie Krankheiten entstehen. Diverse sozialwissenschaftliche und psychologische Studien haben das biopsychosoziale Modell auf seine Gültigkeit hin überprüft und im Ergebnis konnten alle Studien eindeutig nachweisen, dass psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung von Krankheiten tatsächlich von großer Bedeutung sind (Bengel et al. 2001, S. 14ff.).

Auch wenn es als Fortschritt zu verzeichnen war, dass durch das neue biopsychosoziale Modell bei der Diagnose und Behandlung der Patienten mehr Aspekte als nur die körperlichen berücksichtigt wurden, war es dennoch weiterhin ein Modell welches tendenziell pathogenetisch orientiert war, da im Fokus der Aufmerksamkeit weiterhin die Krankheiten standen. Antonovsky verfolgte mit seinem Konzept der Salutogenese eine radikalere Veränderung bei der Bewertung von Gesundheit und Krankheit, da sein Modell konsequent eine gesundheitsorientierte Perspektive einnahm, bei der im Fokus der Betrachtung immer die Frage nach der Gesundheit und nicht nach der Krankheit stand. Es war eine Abwendung der reinen defizitären Betrachtung des Patienten, hin zu einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen, die sich vornehmlich auf die gesunden Anteile des Patienten konzentriert (Antonovsky 1997, S. 29ff.).

3.2 Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Um zu erläutern, was Antonovsky unter dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum versteht und welche Bedeutung es innerhalb des Salutogenese Konzepts hat, möchte ich zunächst näher auf die beiden Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ eingehen.

Eine einheitliche Definition des Gesundheitsbegriffs gibt es nicht. Aus medizinischer Perspektive liegt der Definition von Gesundheit aber eine Negativbestimmung zu Grunde: Gesundheit bedeutet, dass eine Krankheit beim

Menschen abwesend oder nicht vorhanden ist. Im Umkehrschluss wird eine Krankheit bei einer Person diagnostiziert, wenn bestimmte Beschwerden und Symptome vorhanden sind (vgl. Franzkowiak et al. 2011, S. 59ff.).

Somit befindet sich der menschliche Organismus aus medizinischer Sicht in einer Homöostase². Die Begriffe Gesundheit und Krankheit werden dichotom dargestellt. Der Mensch ist entweder gesund oder krank. Wenn eine Krankheit auftritt, ist dies folglich ein Zustand der vom "Normalzustand" des Menschen (dem gesunden Menschen) abweicht. Antonovsky hingegen vertritt in seinem Salutogenese Konzept eine andere Auffassung von Gesundheit und Krankheit. Seiner Auffassung nach sind Gesundheit und Krankheit keine sich ausschließenden Zustände. Der Mensch lebt in einer Heterostase³ und ist somit allgegenwärtig der Auseinandersetzung mit Stressoren ausgesetzt. Den Zustand der völligen Gesundheit oder der völligen Krankheit gibt es daher nicht (vgl. Lorenz 2005, S. 14f.).

Antonovsky skizziert das Konstrukt des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums. Auf diesem Kontinuum sind absolute Gesundheit und absolute Krankheit die jeweiligen Extrempole. Allerdings befindet sich niemals ein Mensch zu Lebzeiten an den jeweiligen Endpunkten dieses Kontinuums, sondern der Mensch befindet sich zu verschiedenen Zeitpunkten seines Lebens lediglich auf unterschiedlichen Positionen des Kontinuums. Je nachdem wie gesund oder wie krank er gerade ist, befindet er sich näher an dem Krankheits- oder an dem Gesundheitsextrempol. Folglich sind Gesundheit und Krankheit aus salutogenetischer Sicht keine statischen Zustände des Menschen und keine Person ist als komplett gesund oder krank zu betrachten, sondern der Mensch verfügt zu jedem Zeitpunkt über gesunde UND kranke Anteile. Der Mensch ist lediglich *eher* gesund oder

2 Im Sinne der Homöostase ist Gesundheit der Normalzustand des Menschen und zeichnet sich durch einen Gleichgewichtszustand des Organismus aus. Nur durch pathogene Faktoren wird dieser Gleichgewichtszustand gestört. Um den Gleichgewichtszustand wieder herzustellen, müssen die Ursachen und Risikofaktoren der pathogenen Störung beseitigt werden (vgl. Tröster 2009, S. 34f.).

3 Heterostase ist der Gegenbegriff zur Homöostase. Aus Sicht der Heterostase unterliegt der menschliche Organismus permanent der Tendenz zu Zerfall und Auflösung. Gesundheit ist nicht der Normalzustand, sondern muss durch aktives Handeln immer wieder neu hergestellt werden (vgl. ebd., S. 34f.).

eher krank – je nachdem wo er sich gerade auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befindet – und es geht darum, die gesunden Anteile kontinuierlich neu aufzubauen (vgl. Franken 2010, S. 50f.).

„Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben ins uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund.“

(zit. n. Antonovsky 1997, S. 23)

3.3 Die Salutogenese als Ergänzung zu der Pathogenese

Wie bereits beschrieben, konzentriert sich die Salutogenese auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit. Die Pathogenese hingegen beschäftigt sich mit der Entstehung und Behandlung von Krankheiten. Trotz dieser unterschiedlichen Ansätze und Blickrichtungen sieht Antonovsky die Salutogenese jedoch nicht als Widerspruch, sondern vielmehr als Ergänzung zu der Pathogenese. Seiner Meinung nach greift die Salutogenese das auf, was in der Pathogenese vernachlässigt wird: Es wird sich bewusst auf die gesunden Anteile des Menschen konzentriert und diese werden in den Vordergrund gestellt. Die Salutogenese formuliert nicht das Ziel, Gesundheit als einen absoluten Zustand (wieder) herzustellen und beizubehalten, denn wie in Punkt 3.2 beschrieben, existiert die absolute Gesundheit und Krankheit beim Menschen aus salutogenetischer Perspektive nicht, daher wäre dieses Ziel utopisch. Vielmehr steht die Frage im Mittelpunkt, wie der Mensch es schaffen kann, wieder *mehr* Gesundheit zu erlangen (vgl. Bengel et al. 2001, S. 24f.).

In der Traditionslinie der Medizin liegt der Krankenbehandlung eine eher pathogenetische Ausrichtung zu Grunde. Die Überlegungen von Medizinern, Pflegenden und Therapeuten fokussieren sich hauptsächlich auf die Beschwerden und Schmerzen des Patienten. Der Mensch wird folglich defizitär betrachtet. Die Krankheitsdiagnose steht im Zentrum der Betrachtung und Ziel ist es, den Patienten soweit es geht symptom- und beschwerdefrei zu therapieren. Da die Pathogenese davon ausgeht, dass der Mensch grundsätzlich im

homöostatischen Sinne in einer inneren und äußeren Stabilität lebt, müssen krank machende Faktoren beseitigt werden, um die Gesundheit wieder herzustellen. Krankheiten werden aus Sicht der Pathogenese durch (mikrobiologische, psychosoziale, chemische) Erreger ausgelöst. Bestimmte Erreger führen somit zu bestimmten Krankheiten. Zudem gibt es Stressoren, die beim Menschen ein so hohes Anspannungsniveau erzeugen, dass er stressbedingt psychisch oder somatisch erkrankt, da er den Anspannungszustand nicht mehr bewältigen kann (Antonovsky 1997, S. 24ff.).

Aus salutogenetischer Perspektive führt ein Stressor keineswegs regelhaft zu einer Überforderung oder Erkrankung des Menschen. Ein Stressor ist in erster Linie lediglich eine Anforderung an den Organismus. Ein physiologischer Anspannungszustand wird durch diese Anforderung erzeugt. Der Anspannungszustand ist dadurch zu begründen, dass der Stressor eine Situation herbeiführt, für die die Person keine automatisierte Handlung einsetzen kann, sondern im ersten Moment nicht weiß, wie sie reagieren soll. Die zentrale Aufgabe für den Organismus ist es, den Anspannungszustand zu bewältigen. Misslingt diese Anspannungsbewältigung, entsteht negativer Stress für die Person und dieser Distress kann sich ungünstig auf die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum auswirken. Gelingt eine Anspannungsbewältigung, hat dies hingegen eine gesundheitsfördernde Wirkung, da die Person die positive Bestätigung erhält, dass sie Anforderungen bewältigen kann (vgl. Bengel et al. 2001, S. 32f.).

Um eine Anspannungsreduktion herbeizuführen, müssen generalisierte Widerstandsressourcen wirksam werden. Diese generalisierten Widerstandsressourcen sind Ressourcen, die ein Mensch in allen Lebenslagen mobilisieren kann. Sie verhelfen dem Menschen dazu, die Anspannungen, die sich aus den Anforderungen und Problemen des alltäglichen Lebens ergeben, zu bewältigen - ohne von vornherein in die Stressbelastung zu geraten. Die generalisierten Widerstandsressourcen beziehen sich auf die individuellen Faktoren (z. B. die körperliche Konstitution der Person) wie auch auf die sozialen und kulturellen Faktoren (z. B. soziale Unterstützung und finanzielle Ausstattung). All diese Faktoren im Sinne der Widerstandsressourcen wirken als Potenzial, welches aktiviert werden kann

um Spannungszustände zu bewältigen (vgl. Lorenz 2005, S. 34ff.).

Der Mensch ist aus salutogenetischer Sichtweise demnach weniger ein passives Wesen, welches Krankheit schutzlos ausgeliefert ist und darauf angewiesen ist, dass es den Medizinerinnen und Therapeuten gelingt, die krank machenden Faktoren zu beseitigen. Vielmehr wird der Mensch als aktives Subjekt gesehen, welches über ein Repertoire von Widerstandsressourcen verfügt, mit denen er seine eigene Gesundheit aktiv beeinflussen kann (Höfer 2010, S. 58).

Des Weiteren unterscheidet sich die Salutogenese von der Pathogenese, da sie Entropie und Heterostase als fundamentale Charakteristika jedes lebenden Organismus begreift. Als Entropie ist die Tendenz des menschlichen Organismus zu verstehen, sich in einem Zustand der völligen Unordnung zu befinden. Antonovsky geht davon aus, dass der Mensch andauernd den Kräften dieser Entropie ausgesetzt ist und somit ist der Organismus kontinuierlich damit beschäftigt, ein Ungleichgewicht auszubalancieren und Ordnung wieder herzustellen. Folglich ist eine Krankheit kein abweichendes Ereignis, so wie es aus pathogenetischer Sicht der Fall wäre, sondern Krankheiten sind inhärente Bestandteile menschlicher Existenz und eine aktive Adaption des Organismus an die mit Stressoren gefüllte Umgebung des Menschen.

Es geht aus salutogenetischer Sicht nicht darum, eine „Wunderwaffe“ gegen eine Krankheit zu finden, sondern die Quellen zu entdecken, die eine aktive Adaption an die Umgebung erleichtern kann (vgl. Antonovsky 1997, S. 27ff.).

„Ich kann nun zusammenfassen, was unter der salutogenetischen Orientierung verstanden wird. Sie rührt aus dem fundamentalen Postulat, dass Heterostase, Altern und fortschreitende Entropie die Kerncharakteristika aller lebenden Organismen sind.“

(zit. n. Antonovsky 1997, S. 29)

3.4 Das Kohärenzgefühl

Wo sich ein Mensch gerade auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befindet, hängt nach Meinung von Antonovsky stark davon ab, welche Grundhaltung der Mensch gegenüber sich und der Welt hat. Antonovsky betont zwar, dass neben der eigenen Grundhaltung auch äußere Faktoren, wie z. B. prekäre Lebensverhältnisse, schlechte hygienische Zustände, Krieg etc. die Gesundheit gefährden und einen Einfluss auf die Lokalisation des Menschen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum haben, dennoch sind Menschen unterschiedlich gut in der Lage, unter ähnlichen schwierigen äußeren Rahmenbedingungen, sich dem positiven Pol des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums anzunähern.

Nach Antonovsky ist daher die individuelle kognitive sowie affektiv-motivationale Grundeinstellung von entscheidener Bedeutung dafür, wie gut der Mensch in der Lage ist, den Erhalt seiner Gesundheit und seines Wohlbefindens zu beeinflussen. Antonovsky hat dieser Grundhaltung die Bezeichnung „Kohärenzgefühl“ gegeben. Im englischen Original lautet die Bezeichnung „Sense of Coherence“, kurz „SOC“. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto gesünder sollte die Person sein bzw. desto eher sollte sie nach Meinung Antonovskys dazu in der Lage sein, schneller gesund zu werden und zu bleiben (vgl. Bengel et al. 2001, S. 28ff.).

Um herauszufinden, wie es dazu kommt, dass bestimmte Menschen über ein höheres Kohärenzgefühl als andere verfügen, führte Antonovsky eine Studie in Form von qualitativen Interviews mit 51 Personen durch. Alle in der Studie involvierten Personen waren sehr unterschiedlich, hatten jedoch zwei Gemeinsamkeiten. Zum einen hatten alle in der Vergangenheit ein schweres Trauma erlebt, zum anderen waren sie laut eigener Aussagen und laut Angaben Dritter bei relativ guter physischer und psychischer Gesundheit. Die Leitfrage des Tiefeninterviews war, wie die Personen ihr eigenes Leben betrachten. Bei der Auswertung der Interviews wurden zwei Extremgruppen gebildet: 16 Personen die über ein starkes Kohärenzgefühl verfügen und 11 Personen, die sich am anderen

Ende der Skala platzierten. Anhand der Interviewprotokolle betrachtete Antonovsky anschließend, welche Themen konsistent in der Gruppe mit dem starken SOC zu finden waren, die aber in der anderen Gruppe nicht auftauchten. Drei Themen konnte er deutlich herausfiltern, die er im weiteren Verlauf seiner Arbeiten als die drei zentralen Komponenten des SOC identifizierte: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (vgl. Antonovsky 1997, S. 34ff.).

„Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß

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

(zit. n. Antonovsky 1997, S. 36)

3.4.1 Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit

Die erste Komponente des Kohärenzgefühls, die *Verstehbarkeit*, beschreibt die Fähigkeit des Menschen, Lebensprobleme und die mit ihnen einhergehenden Stressoren in ihrer dimensionalen Ausprägung erfassen zu können. Es beschreibt damit das kognitive Verarbeitungsmuster des Menschen, mit Hilfe dessen Stimuli – auch wenn sie unbekannt sind und unvorhersehbar aufgetreten sind – als geordnete, strukturierte und konsistente Informationen verarbeitet werden können. Der Mensch kann das Problem kognitiv einordnen und der Stimuli erscheint ihm nicht als chaotisch, willkürlich oder unerklärlich. *Verstehbarkeit* stellt damit die Ebene der subjektiven Bewertung bzw. der subjektiven Probleminterpretation dar. Bevor Probleme kognitiv nicht erkannt und definiert werden, ist eine Bewältigung dieser nicht möglich.

Handhabbarkeit beschreibt die Fähigkeit des Menschen, darauf zu vertrauen, dass ein Problem generell zu bewältigen und lösbar ist. Zum einen bezieht es sich auf die Überzeugung des Menschen, dass er persönlichkeitsbezogene Ressourcen zur Verfügung hat, um das Problem zu lösen. Zum anderen umfasst es auch die Überzeugung des Menschen, dass andere Personen (oder eine höhere Macht) ihm helfen werden, Schwierigkeiten zu überwinden. Nach Antonovsky stellt *Handhabbarkeit* die kognitiv-emotionale Ebene dar: Das Vertrauen in die eigenen Ressourcen und Fähigkeiten wird ergänzt durch das Vertrauen auf Hilfestellungen aus dem sozialen Umfeld oder von höheren Kräften (vgl. Lorenz 2005, S. 37f.).

Die letzte Komponente, die *Bedeutsamkeit*, sieht Antonovsky als die wichtigste Komponente des Kohärenzgefühls an. Die Bedeutsamkeit ist weniger kognitiv orientiert, sondern tangiert vielmehr die emotionale Ebene und beschreibt

„das Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: daß wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, daß man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, daß sie eher willkommene Herausforderungen sind, als Lasten, die man gerne los wäre“
(zit. n. Antonovsky 1997, S. 35f.).

Nach Antonovsky ergibt sich insgesamt betrachtet kein hohes Kohärenzgefühl beim Menschen, wenn – trotz hoher Ausprägung der ersten beiden Komponenten – der Mensch nicht über ein ausgeprägtes Gefühl von *Bedeutsamkeit* verfügt. Er wird das Leben dann im Allgemeinen als eine Last empfinden und jede weitere Aufgabe, die ihm das Leben stellt, wird er als zusätzliche Qual verspüren. Demgegenüber wird ein Mensch, bei dem die Komponente Bedeutsamkeit sehr ausgeprägt ist, das Leben auch in schwierigen Zeiten weiterhin als grundsätzlich lebenswert empfinden und gestellte Aufgaben als neue Herausforderungen, Abwechslungen und Selbstverständlichkeiten der menschlichen Existenz begreifen (vgl. Lorenz 2005, S. 38f.).

Antonovsky betont bewusst, dass es sich bei dem Kohärenzgefühl um ein

dynamisches Gefühl des Vertrauens handelt und weist damit darauf hin, dass der SOC im alltäglichen Leben andauernd neuen Erfahrungen ausgesetzt ist und von diesen Erfahrungen beeinflusst wird. Ein Mensch mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl, ist in der Lage, flexibel auf neue Anforderungen des Lebens zu reagieren und für dessen Bewältigung adäquate Ressourcen zu aktivieren. Neue Herausforderungen können als sinnvoll interpretiert werden und neuen Lösungsmöglichkeiten wird offen gegenübergestellt. Ein gering ausgeprägtes Kohärenzgefühl führt hingegen dazu, dass der Mensch den Anforderungen im Leben eher starr und rigide gegenübersteht, da er weniger Ressourcen zur Bewältigung der Herausforderungen zur Verfügung hat bzw. da er seine vorhandenen Ressourcen weniger wahrnimmt. Er wird außerdem ein Gefühl der Nichtlösbarkeit von Anforderungen empfinden (vgl. Bengel et al. 2001, S. 29f.).

3.4.2 Die Entwicklung des Kohärenzgefühls und der Aufbau generalisierter Widerstandsressourcen

Laut Antonovsky entwickelt sich das Kohärenzgefühl im Laufe der Kindheit und Jugend, geprägt von den jeweiligen Erfahrungen, die der Mensch in dieser Zeit macht. Der Kindheitszeit spricht er die noch größere Bedeutung für den Aufbau des Sense of Coherence zu als der späteren Adoleszenz. Ab dem 30. Lebensjahr ist das Kohärenzgefühl nach Meinung Antonovskys ausgebildet und bleibt danach relativ veränderungsstabil. Allerdings haben Studien hierzu diese Annahme Antonovskys mittlerweile widerlegt und stattdessen empirisch belegen können, dass das Kohärenzgefühl auch noch bis ins hohe Alter modifizierbar ist (vgl. Franke 1997, S. 181f.).

Antonovsky identifizierte drei Variablen, die dafür ausschlaggebend sind, ob sich ein eher starkes oder eher schwaches Kohärenzgefühl ausbildet. Diese drei Variablen sind die bereits in Kapitel 3.3 erwähnten generalisierten Widerstandsressourcen. Antonovsky hat die Widerstandsressourcen deshalb *generalisiert* genannt, da sie in Situationen jeglicher Art wirksam werden. Widerstand bedeutet, dass die Ressource die Widerstandsfähigkeit der Person erhöht. Generalisierte

Widerstandsressourcen erfüllen zwei Aufgaben. Sie prägen die Lebenserfahrungen des Menschen und ermöglichen es ihm, kohärente und bedeutsame Lebenserfahrungen zu machen, die wiederum das Kohärenzgefühl aufbauen und stärken. Außerdem fungieren sie als Potenzial, welches aktiviert wird, wenn der Mensch einen Anspannungszustand bewältigen muss. Welche generalisierte Widerstandsressourcen vorhanden sind und in welchem Ausmaß sie vorhanden sind, ist von individuellen Faktoren (z. B. körperliche Gegebenheiten und Intelligenz) sowie vom jeweiligen soziokulturellen und historischen Kontext (z. B. kulturelle Stabilität und vorherrschende Erziehungsmuster) der Lebenswelt des Menschen abhängig (vgl. Bengel et al. 2001, S. 30ff.).

Nach Antonovsky umfasst die erste generalisierte Widerstandsressource das Repertoire an Erfahrungen der Konsistenz und Kontinuität, die ein Mensch beginnend in seiner frühen Kindheit mit seinen Bezugspersonen macht. Hat ein Mensch diese Art der Erfahrungen machen dürfen, wird er eine sichere Bindung mit seinen Bezugspersonen aufgebaut haben. Aufgrund der Verlässlichkeit und Konsistenz dieser Erfahrungen, wird er die Überzeugung aufgebaut haben, dass sich seine physikalische und soziale Welt nicht ständig ändert und Beziehungen nicht von Brüchen geprägt sind, sondern eine Stabilität vorhanden ist, auf die er vertrauen kann. Die inneren und äußeren Stimuli sowie die Reaktionen von Bezugspersonen, die er als Kind tagtäglich erlebt hat, werden für ihn einen verlässlichen und abschätzbaren Charakter bekommen haben. Auftretende Ereignisse konnten somit bereits als Kind zugeordnet und strukturiert werden und erscheinen nicht chaotisch und willkürlich, sondern sind nachvollziehbar und damit *verstehbar*.

Die zweite generalisierte Widerstandsressource ergibt sich aus allen Erfahrungen, die aus einer Balance von Überlastung und Unterforderung gekennzeichnet sind. Wenn der Mensch bereits als Kind chronischen Stressoren ausgesetzt war, hat er bereits früh die Erfahrung gemacht, dass er mit Herausforderungen chronisch überfordert ist und er sie nicht handhaben kann. War hingegen eine ausgewogene Balance gegeben zwischen Über- und Unterforderung, konnte sich bei ihm die Überzeugung ausbilden, dass er über genügend Fähigkeiten verfügt, um

den Anforderungen des Lebens gerecht zu werden. Ein Gefühl der *Handhabbarkeit* für Anforderungen und Situationen des Lebens kann sich herausbilden. Ein ausgewogenes Ausmaß an Erfahrungen der Über- und Unterforderung stellt damit die zweite generalisierte Widerstandsressource dar (vgl. Lorenz 2005, S. 46ff.).

Um die wichtigste Komponente des Kohärenzgefühls, die *Bedeutsamkeit*, ausbilden zu können, ist es entscheidend, dass der Mensch die Erfahrung machen konnte, dass er in Entscheidungen mit eingebunden wird und somit vermittelt bekommen hat, dass er als Person wahrgenommen wird. Im Idealfall konnte bei dem Menschen bereits als Kind die positive Selbstüberzeugung aufgebaut werden "ich bin wichtig und bedeutsam". Die Äußerungen des Kindes müssen hierzu von den Bezugspersonen wahrgenommen worden sein und es muss darauf reagiert worden sein, damit dem Kind die Botschaft übermittelt werden konnte, dass es gesehen, gehört und am Prozess beteiligt wird. Hierbei kommt der Qualität der Reaktion eine große Bedeutung zu. Sind die Reaktionen der Bezugspersonen überwiegend feindselig gewesen, hat das Kind zwar das Gefühl vermittelt bekommen, dass es wahrgenommen wird, aber es hat eine deutliche Botschaft der Abwertung erfahren. Wenn die Reaktionen überwiegend positiv und dem Kind gegenüber wohlwollend gewesen sind, konnte es hingegen die innere Überzeugung aufbauen, dass es als Mensch wertgeschätzt wird und als wichtig empfunden wird. Ein Gefühl der eigenen *Bedeutsamkeit* sowie der Bedeutsamkeit des Lebens im Allgemeinen kann sich herausbilden. Die Überzeugung, als Person wichtig zu sein und partizipativ an Entscheidungsprozessen beteiligt zu werden, ist die dritte und damit letzte generalisierte Widerstandsressource, die von Antonovsky für den Aufbau des Kohärenzgefühls identifiziert wurde (vgl. Antonovsky 1997, S. 97).

Zwischen Kohärenzgefühl und generalisierten Widerstandsressourcen besteht eine Rückbezüglichkeit, die schnell zum Teufelskreis werden kann. Wenn zu wenig generalisierte Widerstandsressourcen vorhanden sind, wird die Entstehung des Kohärenzgefühls negativ beeinflusst. Wiederum verhindert ein niedriges Kohärenzgefühl die optimale Nutzung der vorhandenen Widerstandsressourcen, was sich dann erneut negativ auf den Aufbau und Erhalt eines starken Kohärenz-

gefühls auswirken kann. Ein Mensch, der bereits ein starkes Kohärenzgefühl aufbauen konnte, ist hingegen in der Lage, aus einem großen Repertoire an generalisierten Widerstandsressourcen auszuwählen. Mehr generalisierte Widerstandsressourcen wirken sich wiederum positiv auf die Ausbildung bzw. den Erhalt eines starken Kohärenzgefühls aus (vgl. Bengel et al. 2001, S. 36).

Wie bereits ausgeführt, wird in der Kindheit der Grundstein für den Aufbau des Sense of Coherence gelegt. In der Phase der Adoleszenz wird das Kohärenzgefühl des Menschen weiter entwickelt. Beeinflusst von den bisher schon gemachten Erfahrungen wird in dieser Zeit noch einmal das Verständnis gefestigt, inwieweit das Leben als verstehbar, handhabbar und bedeutsam erlebt wird. Hierbei ist es wieder maßgeblich, ob der Mensch Erfahrungen mit seinen Mitmenschen machen kann, die konsistent sind, ob eine Balance zwischen Über- und Unterforderung gegeben ist und ob die Person in Entscheidungsprozesse innerhalb seines sozialen Umfeldes einbezogen wird (vgl. Lorenz 2005, S. 48f.).

3.4.3 Die SOC Skala

Um seine theoretischen Überlegungen praktisch anwenden zu können hat Antonovsky einen Fragebogen entwickelt, mit Hilfe dessen er den Kohärenzwert des Menschen (die Ausprägung des Kohärenzgefühls) messen kann. Dieser Fragebogen, die sogenannte SOC Skala, basiert auf der Auswertung der bereits in Kapitel 3.4 erläuterten Studie, für die 51 Personen zu ihrer Grundhaltung gegenüber dem Leben befragt wurden, mit dem Ziel, die dispositionelle Grundhaltung der Studienteilnehmer erfassen zu können. Alle befragten Personen kamen laut eigener Angaben mit ihrem Leben relativ gut zurecht, obwohl sie unter schwersten Belastungen lebten.

Im Ergebnis entstand die SOC Skala mit insgesamt 29 Items mit jeweils siebenstufigen Einschätzungsskalen. Es wurden die Konstrukte Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit erfasst. Die Skala ist transkulturell anwendbar und ist für die Befragung von erwachsenen Menschen konzipiert. Das

optimale Ergebnis wird erzielt, wenn der Punktestand im mittleren Bereich liegt. Ein sehr hoher Punktestand wird erreicht, wenn eine Person konsequent alles für verstehbar und vorhersagbar hält, was darauf schließen lässt, dass die befragte Person über zu wenig Realitätsanpassung verfügt. Ein Wert im unteren Punktebereich lässt auf ein gering ausgeprägtes Kohärenzgefühl schließen (vgl. Köppel 2007, S. 21f.).

In diversen Studien wurde untersucht, inwieweit es einen Zusammenhang zwischen dem Kohärenzwert (gemessen anhand der SOC Skala) und Parametern psychischer und physischer Gesundheit und Persönlichkeitseigenschaften gibt. Es konnte eindeutig belegt werden, dass es eine direkte Verbindung zwischen dem Kohärenzgefühl und der psychischen Gesundheit gibt. Es ergaben sich wiederholt hohe Korrelationen zwischen Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit – Indikatoren psychischer Gesundheit - und einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl. Menschen mit traumatischen Erfahrungen verfügen in der Regel über einen niedrigeren Kohärenzwert als Menschen ohne traumatische Erfahrungen (vgl. Lorenz 2005, S. 94ff.).

Außerdem gibt es eine sehr hohe negative Korrelation zwischen Ängsten und Depressionen und dem Kohärenzgefühl. Noch unbeantwortet ist die Frage, ob die SOC Skala vielleicht nur die Kehrseite der Konstrukte Angst und Depressionen darstellt. Ebenfalls fraglich bleibt, ob die SOC Skala im Stande ist, anderes oder mehr zu messen, als es andere gängige Instrumente zur Erfassung von psychischer Gesundheit bereits tun.

Des Weiteren belegten Studien, dass – entgegen der Annahme von Antonovsky - ein Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und der körperlichen Gesundheit nicht eindeutig nachgewiesen werden kann. Einzelne Studien haben gezeigt, dass es keinen direkten Einfluss des Kohärenzgefühls auf die physische Gesundheit gibt. Um abschließend beantworten zu können, ob und inwieweit das Kohärenzgefühl einen direkten Einfluss auf die körperliche Gesundheit haben kann, wären jedoch weitere Studien mit entsprechendem Forschungsdesign notwendig (vgl. Bengel et al. 2001, S. 41ff.).

4. Die Soziale Beratung im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit

Das Konzept der Salutogenese lässt sich konstruktiv in die Soziale Beratung integrieren, handlungsleitend ist hierbei das Konstrukt des Kohärenzgefühls. Bevor ich allerdings darauf eingehe, wie sich eine salutogenetisch orientierte Beratung konkret darstellen kann, möchte ich zunächst auf die Soziale Beratung im Allgemeinen im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit eingehen.

Bei der Sozialen Beratung handelt es sich um eine zentrale Handlungsmethode der Sozialen Arbeit. Die mit dem Beratungsprozess in Verbindung stehenden Interventionen dienen der Bewältigung von Alltagsproblemen (vgl. Ansen et al. 2004, S. 61). Mindestens zwei Interaktionspartner sind in dem Beratungsprozess involviert. Zum einen der Berater selbst und zum anderen die ratsuchende Person, die sich in einer psychosozialen Missslage befindet bzw. Hilfestellung bei der lebenspraktischen Alltagsbewältigung benötigt. Der Ratsuchende soll dabei unterstützt werden, zu einem für ihn gelingenderen Alltag (zurück) zu finden. Die Problemlagen, die hierzu bewältigt werden müssen, tangieren die kognitive, emotionale und/oder praktische Ebene (vgl. Ansen 2011, S. 19). Da es eine gegenseitige Beeinflussung der Ebenen des Körpers, der Psyche und des Sozialen gibt, sollte in der Sozialen Beratung berücksichtigt werden, dass all diese Ebenen virulent bei dem Ratsuchenden betroffen sein können und somit betrachtet werden sollten (vgl. Röh 2008, S. 42).

Beratung ist dann sinnvoll, wenn der Ratsuchende nicht mehr in der Lage ist, seine Probleme selbstständig zu lösen. Es wird allerdings ein Mindestmaß an Handlungsfähigkeit und persönlicher Kompetenz vorausgesetzt, da der Ratsuchende noch weitgehend in der Lage sein sollte, die Lösungen, die sich während der Beratung ergeben, in eigenständige Handlungsschritte umzusetzen (vgl. Poguntke-Rauer 2000, S. 105).

Die Soziale Beratung orientiert sich immer an der Lebenswelt der ratsuchenden Person. Die Problemlagen der ratsuchenden Person werden vor dem individuellen lebensweltlichen Hintergrund der Person betrachtet. Aufgrund dieser

Perspektive werden persönliche Problemzuschreibungen auf den Ratsuchenden relativiert. Die Beratungsangebote selber orientieren sich ebenfalls an der Lebenswelt der ratsuchenden Person, da sie verschiedene Bereiche des gesellschaftlichen Lebens zum Gegenstand haben, wie z. B. Erziehungsberatung, Schuldnerberatung, Beratung bei Drogenkonsum et cetera.

Der Berater muss über ein umfangreiches Fachwissen des Hilfesystems und über die damit in Verbindung stehenden gesetzlichen Grundlagen verfügen, um den Ratsuchenden adäquat beraten zu können. Es ist die Aufgabe des Beraters, sich in dem Prozess der Beratung auf die Realität und die Problemsicht des Ratsuchenden einzulassen. Dies bildet den Ausgangspunkt für den gemeinsam zu erarbeitenden Problemlösungsprozess (vgl. Schnoor 2006, S. 50f.).

Um den Ratsuchenden dabei zu unterstützen seine Probleme und Herausforderungen bewältigen zu können, ist es wichtig, dass in der Anfangsphase der Beratung gemeinsam geklärt wird, welche Themen und Anliegen Gegenstand der Beratung sein sollen. Die Klärung und das Eingrenzen der zu bearbeitenden Probleme sollen sicherstellen, dass zwischen Berater und Ratsuchendem ein Einverständnis darüber herrscht, was inhaltlich von der Beratung umfasst werden kann und wo sich das Leistungsspektrum der Beratung erschöpft. Der Beratung diesen klaren Rahmen zu geben, beugt Missverständnissen vor.

In diesem ersten Schritt werden die einzelnen Problemlagen des Ratsuchenden nicht nur erfasst, sondern darüber hinaus auch inhaltlich diskutiert und es können von dem Berater Aspekte aufgegriffen werden, die von der ratsuchenden Person bisher vielleicht übersehen worden sind. Es kann sich dadurch bereits ergeben, dass dem Ratsuchenden neue Sichtweisen auf belastende Situationen ermöglicht werden. Im Laufe der Beratung wird es weiterhin passieren können, dass sich die Sichtweise auf die Probleme beim Ratsuchenden verändert, da er neue Einsichten und Informationen im Beratungsprozess erhält. Die Klärung und Abgrenzung von Problemen ist somit ein Prozess, der sich durch die gesamte Zeit der Beratung ziehen kann (vgl. Culley 2002, S. 32ff.).

Um den Unterstützungsbedarf des Ratsuchenden umfassen zu können und geeignete Interventionen einsetzen zu können, bietet es sich an, drei diagnostische Kategorien im Blick zu haben. Die erste Kategorie ist die materielle Lebensgrundlage des Ratsuchenden. Vordergründig geht es hierbei um die Einkommenssicherung und die Wohnsituation. Sofern es Unterstützungsbedarf auf dieser Ebene gibt, sind die sozialadministrativen Kompetenzen des Beraters gefordert. Es ist die Aufgabe des Beraters, den Ratsuchenden über seine Ansprüche und Handlungsmöglichkeiten zu informieren und ihn bei der Realisierung zu unterstützen. Um die sozialen Sicherungsleistungen erschließen zu können, benötigt der Berater umfangreiche Kenntnisse der sozialen Gesetzgebung und Wissen über das örtliche und institutionelle Versorgungssystem.

Die zweite Kategorie bezieht sich auf die soziale Unterstützung des Ratsuchenden. Diesbezüglich wird eruiert welche Formen der Unterstützung bei der ratsuchenden Person bereits vorhanden sind und welche erschlossen werden sollten. Soziale Formen der Unterstützung beinhalten zum einen die informellen Unterstützungsangebote durch Familie und Freunde sowie die formellen Unterstützungsangebote durch z. B. Beratungs- und Hilfsangebote. Um die soziale Unterstützung zu verbessern, muss in der Beratung vornehmlich Netzwerkarbeit und gegebenenfalls auch Angehörigenarbeit geleistet werden. Die mit der Netzwerkarbeit in Verbindung stehenden Interventionsmöglichkeiten werden in Kapitel 4.3.2 eingehender beschrieben.

Die dritte Kategorie umfasst die persönlichen Fähigkeiten der ratsuchenden Person. Es geht darum, herauszuarbeiten, über welche Fähigkeiten und Kompetenzen der Ratsuchende verfügt, die ihm bei der Bearbeitung seiner Probleme hilfreich sein können. Hierzu ist es die Aufgabe des Beraters, dem Ratsuchenden zu neuen Kompetenzen zu verhelfen, indem er ihm Informationen vermittelt, die ihm zu einem konstruktiven Umgang mit seinen Problemen befähigen (vgl. Ansen 2008, S. 62ff.). Weitere Interventionsformen der Kompetenzfreilegung und -förderung werden in Kapitel 4.3.2 beschrieben.

4.1 Die Beziehungsgestaltung innerhalb der Sozialen Beratung

Für die Soziale Beratung ist das Zusammenspiel zwischen Sacharbeit und Beziehungsgestaltung bedeutsam. Die sachlichen Inhalte werden von dem Ratsuchenden eher angenommen, wenn die Kooperation mit dem Berater auf einer für sie hilfreichen Arbeitsbeziehung basiert. Es besteht hierbei eine Rückbezüglichkeit: hat die ratsuchende Person den Eindruck, dass der Berater für sein Anliegen ein kompetenter Gesprächspartner ist, wird er Vertrauen zu dem Berater aufbauen und sich mit weiteren Themen in die Beratung einlassen (vgl. Ansen 2011, S. 20).

Es ist die Aufgabe des Beraters, die Bedingungen für eine gute Arbeitsbeziehung zu schaffen. Eine gute Arbeitsbeziehung zeichnet sich zum einen dadurch aus, dass der Berater den Ratsuchenden wertschätzt. Dies bedeutet, dass die ratsuchende Person ernst genommen wird und ihm mit Respekt begegnet wird. Die ratsuchende Person wird in seiner Vielseitigkeit wahrgenommen, seine Individualität und Eigensinnigkeit wird respektiert. Es ist nicht ausreichend, dem Ratsuchenden nur das Gefühl geben zu wollen, dass er wertgeschätzt und ernst genommen wird, denn dies wird für den Gesprächspartner vermutlich spürbar sein und er wird sich – zu Recht – missverstanden und manipuliert fühlen. Den Ratsuchenden ernst nehmen zu wollen, ihm mit Respekt zu begegnen und ihn als gleichwertigen Partner innerhalb der Beratung wertzuschätzen, muss ein authentisches Anliegen und eine Grundhaltung des Beraters sein und sie bildet die Basis einer gelingenden Arbeitsbeziehung (vgl. Herwig-Lempp 2002, S. 46f.).

Es gibt Techniken die auf der Ebene der Gesprächsführung für den Aufbau und die Aufrechterhaltung einer guten Arbeitsbeziehung förderlich sind. Hierzu gehört es, dem Ratsuchenden durch eindeutige Signale mitzuteilen, dass man präsent ist und ihm zuhört. Der Berater kann dies durch eine entsprechende Körperhaltung, durch Augenkontakt, seiner Mimik und seiner Körperhaltung zum Ausdruck bringen. Außerdem sollte der Berater über reflektierende Fertigkeiten verfügen. Hierzu gehört, dass der Berater während des Gespräches bestimmte zentrale Äußerungen des Ratsuchenden wiederholt, um die ratsuchende Person

zu weiteren, tiefergehenden Äußerungen zu motivieren. Dies kann entweder wortwörtlich geschehen oder in Form der Paraphrase, bei der das Gesagte vom Berater in eigenen Worten wiedergegeben wird. Der Berater kann sich durch das Paraphrasieren vergewissern, dass er die Botschaft des Ratsuchenden richtig verstanden hat und er signalisiert der ratsuchenden Person außerdem, dass er aufmerksam zuhört und ihn versteht. Um eine moralische Bewertung geht es bei der Paraphrase ausdrücklich nicht. Um mögliche Schwerpunkte zu setzen und dem Gespräch Struktur zu geben, bietet es sich außerdem an, dass der Berater Sequenzen des Gesprächs zusammenfasst. Bei der Zusammenfassung kann gemeinsam mit dem Ratsuchenden noch einmal auf die bisherige Arbeit zurückgeblückt werden und es bietet eine Möglichkeit, zentrale Inhalte des Gesprächs hervorzuheben und Missverständnisse zu korrigieren (vgl. Culley 2002, S. 64ff.).

Bezüglich der Haltung des Beraters ist es nach *Carl Rogers* außerdem wichtig, dass der Berater kongruent bzw. echt ist. Der Berater muss Authentizität beweisen und darf sich nicht hinter einer Maske verstecken. Er muss sich seinen eigenen Empfindungen bewusst sein und mit diesen reflektiert umgehen können. Alles, was der Berater sagt, sollte mit dem was er tatsächlich denkt und fühlt übereinstimmen. Das bedeutet keineswegs, dass der Berater alles aussprechen sollte, was er denkt und fühlt. Vielmehr sollte er in der Lage sein abwägen zu können, welche Gedanken er der ratsuchenden Person mitteilen sollte und welche Gedanken nicht ausgesprochen werden sollten. Aber die Gedanken und Anregungen, die er letztendlich ausspricht, müssen echt und wahrhaftig sein. Neben dieser kongruenten Haltung sollte der Berater der ratsuchenden Person außerdem mit Empathie begegnen. Eine empathische Haltung setzt die Bereitschaft des Beraters voraus, sich in die Lebenswelt der ratsuchenden Person einfühlen zu wollen und sich in ihre Situation hineinversetzen zu wollen (vgl. Adam 2011, S. 52f.). In Kapitel 4.3.3 werden ergänzende Ausführungen hinsichtlich einer empathischen Haltung gemacht.

Eine Haltung, die durch Wertschätzung, Echtheit und Empathie charakterisiert ist, sowie ein Kommunikationsstil der reflektierende Fertigkeiten und aufmerksames zuhören umfasst, bilden das Fundament für den Aufbau einer guten Arbeits-

beziehung zwischen dem Berater und dem Ratsuchenden. Eine gute Arbeitsbeziehung wird sich, wie bereits erwähnt, wiederum positiv auf die Bearbeitung der Probleme des Ratsuchenden auswirken und somit Synergieeffekte für die Sacharbeit haben.

4.2 Besonderheiten der Sozialen Beratung im Krankenhaussozialdienst

Soziale Beratung, eingebettet in die Gegebenheiten eines Krankenhauses, steht der speziellen Herausforderung gegenüber einerseits eine adäquate, auf die individuellen Bedürfnissen des Patienten zugeschnittene Soziale Beratung gewährleisten zu wollen und andererseits dem starken Ökonomisierungsdruck, den jedes Krankenhaus mit sich bringt, standzuhalten. Das Krankenhaus muss den Patienten dann entlassen, wenn die somatische Behandlung abgeschlossen ist. Somit steht die Beratungstätigkeit des Sozialdienstes fast immer unter Zeitdruck (vgl. Gödecker-Geenen 2005, S. 24f.). Deshalb ist der Berater unter diesen Bedingungen noch einmal mehr gefordert eine reibungslose Kooperation und zeitnahe Vernetzung mit anderen Dienstleistern und Institutionen des Gesundheitswesens herzustellen (vgl. Ansen 2002, S. 102).

Neben der Herausforderung in einem wirtschaftlich orientierten Kontext zu agieren, stellt es eine weitere Besonderheit der Sozialen Beratung im Krankenhaussozialdienst dar, dass sich die Beratung ausschließlich an Adressaten (und deren Angehörige) richtet, die somatisch erkrankt sind. Die Ratsuchenden sind zum Teil mit schwerwiegenden Diagnosen konfrontiert und sie entwickeln Ängste hinsichtlich des Verlaufs und der Erfolgsaussicht ihrer Erkrankung. Sie sind verunsichert wie sich ihre eigene und familiäre Zukunft entwickeln wird (Ansen et al. 2004, S. 36f.). Der Beratungsbedarf der Patienten ist vielfältig, dominierend sind jedoch die Themenkomplexe Rehabilitation, Anschlussheilbehandlung und die weitere ambulante oder stationäre Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Um den Patienten für diese Themen ein kompetenter Ansprechpartner zu sein, muss der Berater über spezielle Kompetenzen verfügen. Er sollte zum einen über ein Grundverständnis für medizinische Fragen

verfügen und des Weiteren muss er sozialrechtliche und institutionelle Kenntnisse bezüglich Krankheiten und Behinderungen haben. Darüber hinaus benötigt er Kompetenzen der Gesprächsführung mit gesundheitlich beeinträchtigten Menschen (vgl. Gödecker-Geenen 2005, S. 27ff.).

Da eine Erkrankung Auswirkungen auf das Wahrnehmungsmuster des Patienten haben kann, muss der Berater dafür sensibilisiert sein, dass es zwischen der objektiv diagnostizierten Erkrankung und dem subjektiven Erleben des Patienten eine große Diskrepanz geben kann. Es kann sich während der Sozialen Beratung herausstellen, dass das subjektive Krankheitserleben des Patienten eventuell nicht im Verhältnis zu der Diagnose steht. So löst zum Beispiel eine Tumorerkrankung bei einem Patienten Todesängste aus (subjektives Krankheitserleben) obwohl die Tumorerkrankung aus medizinischer Sicht gut therapierbar ist (vgl. Ansen et al. 2004, S. 64f.). Umgekehrt reagieren andere Patienten, die eine im Verlauf sehr riskante, chronische Erkrankung haben, mit einer Ausblendung der Gefahren und Folgen dieser Erkrankung. Aufgabe des Beraters ist es dann, das subjektive Krankheitserleben des Patienten zu würdigen und durch eine empathische Haltung Anschluss an diese Sichtweise zu erhalten und den Patienten in einem weitergehenden Schritt dabei zu unterstützen, eine angemessene Wahrnehmung seiner Erkrankung zu entwickeln. Eine realistische und angemessene Wahrnehmung der Erkrankung wird unmittelbare Auswirkungen auf das Bewältigungsverhalten und somit auf den weiteren Krankheitsverlauf haben (vgl. Ansen 2008, S. 54).

4.3 Die praktische Umsetzung der Salutogenese in der Sozialen Beratung im Krankenhaussozialdienst

Wie ich in Kapitel 4 bereits angedeutet habe, lässt sich das Konzept der Salutogenese konstruktiv für die Soziale Beratung im Krankenhaussozialdienst verwenden, da es wichtige Impulse für die Unterstützung des Patienten bei seiner persönlichen Krankheitsbewältigung enthält. Die Erkrankung bedroht das Kohärenzgefühl des Patienten, da es ein Stressor ist, für den die Person nicht

seine gewohnten Bewältigungsmuster abrufen kann. Häufig ist die Erkrankung ein spontan auftretendes Ereignis, auf das sich der Patient nicht vorbereiten konnte und er ist dementsprechend orientierungs- und ratlos. Es ist demnach das Ziel der Sozialen Beratung, den Patienten bei der Stärkung des Kohärenzgefühls zu unterstützen, um ein möglichst hohes Maß an Gesundheit wiederzuerlangen (vgl. Brieskorn-Zinke 2010, S. 178ff.).

Festzustellen ist allerdings, dass das Konzept der Salutogenese kaum eigenständige Methoden oder Techniken für die Soziale Beratung bereitstellt. Der Wert des Salutogenese Konzepts für die Soziale Beratung im Krankenhaussozialdienst ist vielmehr, dass es dem Berater ein strukturiertes Gerüst für den Beratungsprozess anbietet. Die drei Ebenen des Kohärenzgefühls fungieren hierbei als roter Leitfaden, an dem sich der Berater orientieren kann.

In der nun nachfolgenden Transferleistung, bei der ich die Salutogenese in die Soziale Beratung integriere, werde ich somit die drei Ebenen des Kohärenzgefühls als strukturellen Rahmen für das beraterische Vorgehen verwenden. Die Methoden und Techniken derer ich mich bedienen werde und für den Beratungsprozess vorschlagen werde, entnehme ich verschiedenen Konzepten (z. B. dem Empowerment Konzept), die sich exemplarisch für das Konzept der Salutogenese verwenden lassen und sich bereits als bedeutsam für die Soziale Beratung im Krankenhaussozialdienst und die Soziale Arbeit im Allgemeinen etabliert haben.

Hinsichtlich der Beziehungsgestaltung zwischen Berater und Ratsuchenden haben die Ausführungen des Kapitel 4.1 - die sich auf die Soziale Beratung im Allgemeinen beziehen - gleichermaßen uneingeschränkte Gültigkeit und Relevanz für eine salutogenetisch fundierte Soziale Beratung.

4.3.1 Die Soziale Beratung auf der Ebene der Verstehbarkeit

Grundvoraussetzung für eine salutogenetisch fundierte Beratung ist eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Ratsuchendem und Berater, die auf

Augenhöhe stattfindet und bei der eine klare subjektorientierte Perspektive eingenommen wird. Es ist keine einseitige Beratungssituation, in der der Berater die alleinige Expertenrolle einnimmt. Es treffen sich hingegen zwei Experten. Der Patient ist Experte seines eigenen Lebens und seiner Lebenswelt und der Berater ist der Experte einer fundierten Beratung hinsichtlich seines Fachwissens über das soziale Versorgungssystem und seiner Kompetenz, Menschen bei der Krankheitsbewältigung zu begleiten (vgl. Lorenz 2005, S. 176).

Im ersten Beratungsabschnitt bezieht sich die Beratung auf die kognitive Ebene – die Ebene der Verstehbarkeit - denn

*„man kann einen Stressor nicht in Angriff nehmen,
ehe man nicht das Gefühl hat, eine kognitive „Landkarte“
vom Ausmaß und der Art des Problems zu haben“*

(zit. n. Antonovsky 1991, S. 127).

Mit Hilfe der subjektiv orientierten Gesprächsführung wird die individuelle Probleminterpretation des Patienten erfasst. Ängste und Sorgen des Patienten werden angesprochen, die Folgen der Erkrankung werden thematisiert. In einem gemeinschaftlichen Prozess wird somit - um im Sprachjargon Antonovskys zu bleiben - eine Landkarte erstellt, in der die Schwierigkeiten, die durch die Erkrankung verursacht wurden und die Probleme, die die Erkrankung herbeigeführt hat, erfasst werden. Der Patient bekommt damit die Möglichkeit, die aufgetretenen Stressoren benennen zu können und einen geordneten Überblick über seine Probleme zu erhalten. Da der Patient in diesem ersten Schritt seine Probleme sortieren und einordnen kann, erscheinen sie ihm nicht mehr (oder zumindest weniger) willkürlich oder zufällig (vgl. Brieskorn-Zinke 2010, S. 179).

Es kann für den Patienten hilfreich sein, wenn der Berater auch seine eigene Sichtweise in diesen Prozess einbringt und die Probleminterpretation des Patienten ergänzt bzw. ihr eine alternative Interpretation gegenüberstellt und diese neue Problemdeutung offen mit dem Patienten diskutiert. Dieses „Reframing“ betont dabei in der Regel die Chancen und positiven Aspekte einer

Situation, die der Patient eventuell in seiner aktuellen Verfassung nicht wahrnimmt. Es bietet dem Patienten die Möglichkeit, bestimmte Umstände, die er als Problem interpretiert, von einer anderen Perspektive aus zu betrachten. Bei der Umdeutung von Problemen darf der Patient allerdings keinesfalls das Gefühl bekommen, dass der Berater seine Aussagen und Sorgen nicht ernst nimmt. Den Patienten ernst zu nehmen und ihm mit einer empathischen Haltung, die in Kapitel 4.3.3 ausführlicher beschrieben wird, zu begegnen, ist die Grundvoraussetzung für das Reframen von Problemen und für die Beratung im Allgemeinen. Man kann dem Patienten nur Vorschläge machen, wie man Situationen auch anders wahrnehmen kann, am Ende ist immer die Sicht und Probleminterpretation des Patienten ausschlaggebend (vgl. Pantucek 1998, S. 18).

Der Berater wird im Laufe dieses ersten Beratungsabschnitts erkennen, wo sich der Patient gerade hinsichtlich seiner Krankheitsbewältigung befindet und welche Informationen er benötigt, um den Problemen begegnen zu können. Die benötigten Informationen werden von dem Berater an den Ratsuchenden weitergegeben. Hierbei ist es wichtig, dass der Berater entsprechend der aktuellen Verfassung des Patienten und unter Berücksichtigung seiner Lernmöglichkeiten die Informationen aufbereitet. Der Patient darf mit den Informationen nicht überhäuft werden und es sollten nur relevante Informationen weitergegeben werden, um eine Überfrachtung mit Details zu vermeiden. Der Berater muss allerdings auch gewährleisten, dass er den Patienten nicht unterfordert und ihm ausreichend Informationen zur Verfügung stellt. Er muss außerdem darauf achten, dass der Patient die Informationen auch kognitiv verarbeiten kann. Der Berater sollte also ein Gefühl dafür haben, wie viel er dem Patienten zumuten kann, wie groß der Informationsbedarf des Patienten ist und welche Informationen eventuell ausführlicher besprochen werden sollten (Reinicke 2001a, S. 67).

Die Informationen, die von dem Berater an den Ratsuchenden weitergegeben werden, beziehen sich häufig auf Leistungsansprüche der sozialen Sicherung, auf die Krankheit im Allgemeinen und auf weiterführende Einrichtungen bzw. ambulante Dienste, die mit der Behandlung der Erkrankung in Verbindung stehen. Die Weitergabe dieser Informationen vom Berater zum Ratsuchenden hat nicht

ausschließlich einen sachdienlichen Charakter, es wirkt sich auch auf die Beziehungsebene der beiden Gesprächspartner aus. Wenn der Ratsuchende das Gefühl hat, dass der Berater ein kompetenter Ansprechpartner für sein Anliegen ist, wird das förderlich sein für die Beziehung und das Vertrauensverhältnis zwischen beiden (vgl. Ansen 2002, S. 113f.).

In diesem ersten Beratungsabschnitt lernt der Patient seine Erkrankung und die damit verbundenen Probleme kognitiv zu verstehen. Da ihm für die Bewältigung dieser Probleme hilfreiche Informationen auf adäquate Art und Weise vom Berater vermittelt werden, wird ihm die Erkrankung und die damit verbundenen Schwierigkeiten eher handhabbar erscheinen, da ihm die Krankheit weniger als unabwendbares, willkürliches Schicksal vorkommen wird, dem er hilflos ausgeliefert ist (Ningel 2011, S. 18).

4.3.2 Die Soziale Beratung auf der Ebene der Handhabbarkeit

Eine salutogenetisch fundierte Beratung wird sich im nächsten Beratungsabschnitt auf die Ebene der Handhabbarkeit konzentrieren. Der Patient soll dabei unterstützt werden, geeignete Ressourcen zu mobilisieren, um die Probleme, die er im ersten Beratungsabschnitt herausgearbeitet hat, bewältigen zu können bzw. besser mit ihnen umgehen zu können. Es geht hierbei sowohl um die persönlichen Ressourcen des Patienten sowie auch um die externen Ressourcen, die in Form von Hilfef Potenzial des sozialen und institutionalisierten Umfeldes des Patienten mobilisiert werden können (vgl. Brieskorn-Zinke 2010, S. 180f.).

Jeder Mensch verfügt über Ressourcen. Aber insbesondere bei kritischen Lebensereignissen ist der Mensch anfälliger dafür, den Blick auf die eigenen Stärken zu verlieren. In dem Beratungsgespräch sollen dem Patienten seine eigenen Ressourcen wieder bewusst gemacht werden. Häufig verspürt der Patient bereits die erste Entlastung, sobald er im Beratungsgespräch dazu ermutigt wird, von seiner problemorientierten Perspektive abzurücken und sich vielmehr seinen Ressourcen und Potenzialen zuzuwenden (vgl. Lorenz 2005, S.

124f.). Diese Blickwinkelveränderung bietet dem Patienten die Möglichkeit, sich selbst wieder von seiner positiven Seite zu erleben und dadurch das eigene Selbstwertgefühl aufzuwerten und das Vertrauen in sich selber wiederzuerlangen (vgl. Wahren 2008, S. 183).

Um die persönlichen Ressourcen zu identifizieren, bietet es sich an, möglichst offene Fragen in dem Beratungsgespräch zu stellen. Beispielsweise kann der Patient gefragt werden, wie er in der Vergangenheit kritische Ereignisse bewältigt hat oder was zum jetzigen Zeitpunkt, trotz der Erkrankung, gut läuft in seinem Leben. Der Patient kann auch ganz direkt gefragt werden, über welche Stärken er seiner Meinung nach verfügt und woher er die Kraft nimmt, sich der Behandlung für die Erkrankung zu unterziehen. Wichtig ist, dass der Patient dazu ermutigt wird den Blickwinkel zu verschieben, indem nicht die mit der Krankheit verbundenen Defizite thematisiert werden, sondern ganz bewusst gemeinsam herausgearbeitet wird, welche Stärken der Patient hat und auch in der Vergangenheit bereits hatte (vgl. Wilm 2006, S. 54f.). Die Aufdeckung geeigneter Ressourcen und die Erinnerung daran, dass der Patient bereits in der Vergangenheit dazu in der Lage war mit problematischen Situationen umzugehen, kann das Gefühl bei ihm stärken, dass er auch jetzt in der Lage sein wird mit der Erkrankung und den Folgen der Erkrankung umgehen zu können (vgl. Brieskorn-Zinke 2010, S. 180).

Neben den persönlichen Ressourcen ist es wichtig, dass auch die bereits erwähnten externen Ressourcen erschlossen werden. Dies sind zunächst die sozialen Netzwerke, zu denen die primären Netzwerke (Familie und Freunde des Patienten) und die sekundären Netzwerke (Vereine und Selbsthilfegruppen) des Patienten gehören. Diese Kontakte bieten dem Patienten Unterstützung durch emotionalen Beistand, Ermutigungen und dem Gefühl von Nähe und Vertrautheit. Soziale Netze bieten außerdem praktische und materielle Unterstützung. Wenn der Patient über ein gut ausgebildetes Netzwerk verfügt, welches ihm Unterstützungsangebote zur Verfügung stellen kann und der Patient in der Lage ist, diese Unterstützung auch zu erkennen und anzunehmen, kann dies die Bewältigung von Belastungen erleichtern und zur Reduktion der Stressbelastung beitragen (vgl. Ningel 2011, S. 21).

Die zentrale Bedeutung der Unterstützung durch soziale Netzwerke im Prozess des Bewältigungshandelns konnte in mehreren Studien belegt werden. Patienten können chronische Erkrankungen nachweislich besser ertragen, wenn sie über ein gut aufgestelltes soziales Netzwerk verfügen, welches sie auffängt und auf das sie vertrauen können. Eine psychische Erkrankung tritt seltener auf oder kann schneller überwunden werden, wenn ein soziales Netzwerk vorhanden ist. Gleiches gilt für die Überwindung anderer Belastungs- und Krisensituationen (vgl. Lenz 2002, S. 27).

Da das soziale Netzwerk einen so wichtigen Stellenwert bei der Bewältigung von Krankheitsfolgen hat, sollte es ein Ziel der Beratung sein, das soziale Netzwerk zu fördern, wenn es nicht ganz stabil oder zu schwach ausgeprägt ist. Hierfür kann es hilfreich sein, mit dem Patienten eine Netzwerkkarte anzufertigen, um einen ersten Überblick zu erhalten, welche Personen für den Patienten wichtig sind und welche Art der Unterstützung sie dem Patienten bieten (vgl. Budde & Früchtel 2009). Anhand dieser Netzwerkkarte kann mit dem Patienten eine Netzwerkberatung erfolgen, bei der gemeinsam geschaut wird, ob es Verbindungen zu Menschen gibt, die sich mit der Zeit gelockert haben und die wieder intensiviert werden sollten, da der Kontakt dem Patienten wichtig ist und ihm gut tut. Ebenso können auch dysfunktionale Beziehungen analysiert werden und mit dem Patienten gemeinsam überlegt werden, ob der Kontakt zu dieser Person vielleicht abgebrochen oder pausiert werden sollte.

Aufgrund der Individualisierung der Lebenswelt und der damit vielfach verbundenen Vereinsamung der Menschen kann es in Hinblick auf die Netzwerkförderung auch die Aufgabe des Beraters sein, den Patienten darin zu ermutigen, neue Netzwerkverbindungen aufzubauen. Dies kann zum Beispiel die Vermittlung einer Selbsthilfegruppe sein, in der der Patient soziale Integration in einer Gruppe mit Menschen mit ähnlichen Krankheitserfahrungen erfährt. Oder, wenn im Gespräch deutlich wird, dass der Patient das Interesse hätte, vereinsmäßig eingebunden zu sein, können Kontakte zu entsprechenden Vereinen hergestellt werden (vgl. Herriger 2002, S. 5).

Die Netzwerkarbeit wird durch die Erschließung tertiärer Netze komplementiert. Diese Netze beziehen sich auf eine Vielzahl von institutionalisierten Hilfsangeboten wie z. B. Heimplätze, Kliniken für Anschlussheilbehandlungen und Beratungsstellen (Ningel 2011, S. 21).

Die persönlichen Ressourcen sowie die Unterstützung durch die sozialen und institutionalisierten Netzwerke sind entscheidend dafür, dass der Patient das Vertrauen entwickelt, dass ihm genügend Ressourcen zu Verfügung stehen um den gestellten Anforderungen begegnen zu können. Er erlebt sich wieder eher als fähig, Probleme und Anforderungen handhaben zu können (vgl. Lorenz 2005, S. 124).

4.3.3 Die Soziale Beratung auf der Ebene der Bedeutsamkeit

Dem Patienten auf der letzten Ebene des Kohärenzgefühls, der Ebene der Bedeutsamkeit, zur Seite zu stehen, stellt die größte Herausforderung dar. Diese Ebene drückt aus, inwieweit der Mensch das Leben als sinnvoll empfindet und insbesondere diese Ebene ist beim Auftreten einer ernsthaften Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit oft schwer erschüttert. Der Berater wird während der Beratungsgespräche eventuell mit sehr belastenden Aussagen des Patienten konfrontiert. Es gibt Patienten die dem Berater mitteilen werden, dass sie nicht mehr wissen, warum das Leben noch lebenswert sein sollte, sie anderen doch nur zu Last fallen und vom Leben schlichtweg erschöpft sind. Mit solchen pessimistischen Aussagen umzugehen und auf sie eingehen zu können, ist eine sehr anspruchsvolle Aufgabe für einen Berater.

Hierbei ist es besonders wichtig, dass der Berater eine empathische Haltung gegenüber dem Ratsuchenden einnimmt. Eine empathische Haltung ist generell eine wichtige Grundhaltung im Beratungsprozess, bekommt aber in Beratungssituationen mit hoch belasteten Patienten, die den Sinn im Weiterleben und dem Leben im Allgemeinen anzweifeln, eine besondere Notwendigkeit (vgl. Brieskorn-Zinke 2010, S. 181). Der Berater muss für diese Patienten neben einem fachlich

kompetenten Gesprächspartner auch ein menschlicher Begleiter sein. Ihm muss bewusst sein, dass sein Gegenüber ein Mensch ist, dem durch seine Erkrankung die Themen Endlichkeit und Sterblichkeit eventuell zum ersten Mal in seinem Leben ins Bewusstsein dringen. Es reicht dann nicht aus dem Patienten ausschließlich auf der kognitiven Ebene zu begegnen. Der Patient braucht auch einen Gesprächspartner auf der emotionalen Ebene und der Berater muss eine emotionale Öffnung des Patienten zulassen und fördern. Die Empathie des Beraters setzt eine Haltung voraus, die durch Respekt, Achtsamkeit und Wertschätzung geprägt ist. Wahrgenommene Gefühlserebnisse und emotionale Reaktionen des Patienten, erfahren eine angemessene wertschätzende Aufmerksamkeit. Der Patient wird als autonome Persönlichkeit wahrgenommen und respektiert, unabhängig davon, ob die Assoziationen und Lösungsintentionen des Beraters von denen des Gesprächspartners differieren. Die Perspektive und Belange des Patienten stehen im Mittelpunkt. Der Berater versucht, durch seine empathische Haltung, eine Atmosphäre der Vertrautheit zu schaffen und bringt dem Patienten aufrichtige Anteilnahme entgegen (Riedel 2011, S. 105f.).

Durch Aktives Zuhören ist es dem Berater möglich die Emotionen beim Patienten zu erkennen. Der Berater konzentriert sich ganz auf die Erzählungen des Patienten und verzichtet weitestgehend darauf, vorschnelle Ratschläge zu erteilen. Durch verbale oder nonverbale Äußerungen wird dem Patienten signalisiert, dass man aufmerksam zuhört und gedanklich ganz beim Patienten ist. Auch Pausen müssen dem Patienten zugestanden und vom Berater ausgehalten werden. Die Zurückhaltung und Geduld des Beraters ist ein Zeichen des Respekts davor, dass der Patient sich in seiner belasteten Situation dem Berater öffnet und er sein eigenes Tempo hat, um über seine Probleme sprechen zu können (vgl. Pantucek 1998, S. 7). Durch Paraphrasieren kann der Berater sich vergewissern, dass er die Botschaften des Patienten richtig verstanden hat. Die Paraphrase dient auch als Reflexion, da der Berater nicht nur wiederholt was der Patient verbal geäußert hat, sondern auch das ausspricht, was der Patient nonverbal, zum Beispiel durch seine Körpersprache und seine Mimik, zum Ausdruck gebracht hat. Der Berater stellt damit seine subjektive Wahrnehmung offen zur Diskussion (vgl. Adam 2011, S. 72f.).

Mit einer empathischen Haltung, dem Aktiven Zuhören und dem Paraphrasieren wird dem Patienten die Botschaft mitgeteilt, dass er gehört und verstanden wird und man ganz für ihn da ist. Äußert der Patient gegenüber dem Berater beispielsweise, dass er das Leben nur noch als eine Qual empfindet, wäre es eine empathische Haltung des Beraters, wenn er auf einen vorschnellen Rat-schlag verzichtet („es gibt gute palliative Pflegedienste die über ein großes Sortiment schmerzstillender Medikamente verfügen“) und stattdessen der Aus-sage erst einmal mit einer empathischen Frage begegnet. Der Berater kann den Patienten beispielsweise ganz direkt fragen, *warum* er das Gefühl hat, dass das Leben nur noch eine Qual ist. Die Antwort des Patienten wird eine Gelegenheit bieten, näher auf die Beweggründe dieser Äußerung, den Gefühlen und Ängsten des Patienten, einzugehen. Ein Gespräch für bestimmte Themen zu öffnen inkludiert immer die Möglichkeit, andere Sichtweisen und verborgene positive Aspekte gemeinsam aufdecken zu können (Volkenandt 2012, S. 2ff.).

Die Einstellung des Patienten, dass das Leben grundsätzlich noch lebenswert ist, ist existenziell. Nur aufgrund dieser Einstellung wird er überhaupt die Motivation haben Energie in die Überwindung von Problemen und Anforderungen investieren zu wollen. Wenn in dem Beratungsgespräch deutlich wird, dass von dem Patienten der Sinn des Lebens in Frage gestellt wird, ist es deshalb die zentrale Aufgabe des Beraters, mit Hilfe einer empathischen und sensiblen Gesprächs-führung herauszufinden, wie die Motivation und Lust am Leben wieder lebendig werden könnte (vgl. Brieskorn-Zinke 2010, S. 181).

„Hat mein sein warum? des Lebens, so verträgt man sich fast mit jedem wie“

Friedrich Wilhelm Nietzsche

5. Fazit

Entsprechend meiner ursprünglichen Intention, befasst sich der Hauptinhalt meiner Arbeit mit dem Salutogenese Konzept und dessen praktischer Anwendung in der Sozialen Beratung. Meiner Meinung nach wirken Konzepte generell in ihrer

Ausarbeitung und Detaillierung oftmals sehr technisiert und zeitweise auch starr. Auch bei meiner Ausarbeitung des Salutogenese Konzepts und dem darauf folgenden Praxistransfer ist mir aufgefallen, dass es sich zum Teil wie ein Leitfaden liest, der abgearbeitet werden kann um zu einem „guten“ Beratungsergebnis zu kommen. Ohne näher darauf eingehen zu wollen, was überhaupt ein „gutes“ Beratungsergebnis ist – denn hierzu ließen sich sicherlich mannigfaltige Definitionen und Ansichten einbringen – möchte ich bemerken, dass mir zweifellos bewusst ist, dass sich Beratung im Endeffekt niemals standardisieren oder technisieren lässt. Jeder Patient ist einzigartig und somit wird ein Beratungsprozess immer wieder Überraschungen mit sich bringen und Anforderungen stellen, die neu und nicht voraussehbar sind. Das macht Beratung letztendlich auch zu einem spannenden Prozess.

Ich erwarte und konstatiere demnach in keiner Weise, dass eine salutogenetisch fundierte Soziale Beratung *die* geeignete Vorgehensweise für eine Soziale Beratung ist. Dennoch bin ich nach eingehender Bearbeitung dieses Themas davon überzeugt, dass die Salutogenese einen wertvollen Beitrag für die Soziale Beratung leisten kann.

Zu Beginn meiner Ausarbeitung bin ich allerdings davon ausgegangen, dass das Salutogenese Konzept mehr eigenständige Methoden und Techniken für die Soziale Beratung bereitstellt. Erst während meiner intensiven Auseinandersetzung mit dem Konzept habe ich festgestellt, dass sich die Salutogenese größtenteils Techniken und Methoden anderer Konzepte bedient. Diese Erkenntnis ist zum einen ein Zwischenergebnis meiner Arbeit und zum anderen habe ich auf dieser Erkenntnis aufgebaut, indem ich im weiteren Verlauf herausgearbeitet habe, welche Bedeutung das Konzept für die Soziale Beratung im Krankenhaussozialdienst dennoch haben kann, auch wenn es eben keine revolutionären Beratungstechniken und -methoden bereitstellt. Wie ich im Kapitel 4.3 einleitend bereits ausgeführt habe, eignet es sich zum einen sehr gut dazu, dem Berater ein strukturierendes Gerüst für den Beratungsprozess anzubieten.

Zudem habe ich aber noch eine weitere Qualität des Salutogenese Konzepts

erkannt, die sich insbesondere im Handlungsfeld der Sozialen Beratung im Krankenhaussozialdienst entfaltet. Das Konzept der Salutogenese ist wie ein fortwährender Aufruf dazu, innerhalb des Beratungsprozesses vornehmlich eine *gesundheitsorientierte* Perspektive einzunehmen. Gerade in der Institution Krankenhaus, wo das Thema Krankheit im Mittelpunkt des Interesses steht und die Defizite, die sich aus der Erkrankung ergeben, dem Patienten tagtäglich vor Augen geführt werden, ist es eine Errungenschaft, wenn sich zumindest eine Profession im Krankenhaus etabliert, die den defizitären Blickwinkel konsequent in Richtung einer gesundheitsorientierten Perspektive verschiebt. Dies bedeutet nicht, dass Krankheiten und deren Folgen vollständig ausgeblendet werden sollen, das würde dem Professionsverständnis einer Sozialen Beratung durch den Krankenhaussozialdienst auch in keiner Weise entsprechen. Aber die Soziale Beratung kann einen großen Teil dazu beitragen, Menschen auf Ressourcen aufmerksam zu machen, sich die Mühe zu geben, dort Potenziale ausfindig zu machen, wo es auf dem ersten Blick vielleicht keine mehr zu geben scheint und auch bei schwerwiegenden Diagnosen, sich dem Patienten anzubieten, gemeinsam zu erörtern wohin die Reise gehen kann und herauszufinden was sich in den Ressourcenkoffer für diese Reise einpacken lässt. Es lässt sich immer was finden, aber es kostet eventuell mehr Kraft, Zeit und Ausdauer, an dieser Perspektive zu arbeiten und sie beizubehalten.

Eine gesundheitsorientierte Perspektive ist ausdrücklich in Einklang zu bringen mit dem Professionsverständnis der Sozialen Arbeit im Allgemeinen, da wir uns ohnehin dem Auftrag verpflichten, ressourcenorientiert zu arbeiten und in unserer Grundhaltung das Menschenbild eines mündigen, fähigen Ratsuchenden vertreten. Speziell auf den Krankenhauskontext bezogen bedeutet es des Weiteren, dass wir uns dem defizitären Blick der Medizin nicht unterordnen und auch unter Arbeitsbedingungen die durchaus ökonomisch ausgerichtet sind und einen engen zeitlichen Rahmen vorgeben, uns selbstbewusst positionieren und uns fortwährend dafür einsetzen, dass die Bedingungen geschaffen werden (und/oder erhalten bleiben), unseren Patienten eine adäquate Soziale Beratung gewährleisten zu können.

Literaturverzeichnis

Adam, Gottfried (2011): Grundlagen der Kommunikation. In: Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden. 2. Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

Ansen, Harald (2002): Theoretisch-systematische Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit im Gesundheitswesen. In: Gödecker-Geenen, Norbert / Nau, Hans (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Eine Positionsbestimmung. Münster – Hamburg – London: LIT Verlag

Ansen, Harald (2008): Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit. In: Klinische Sozialarbeit. Konzepte. Praxis. Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag

Ansen, Harald (2011): Methodik der Sozialen Beratung zwischen Wissen und Können. In: standpunkt : sozial 2+3/2011. Gib Worte deinem Schmerz. Beratung in der Sozialen Arbeit

Ansen, Harald / Gödecker-Geenen, Norbert / Nau, Hans (2004): Soziale Arbeit im Krankenhaus. München: Ernst Reinhardt Verlag

Antonovsky, Aaron (1991): Meine Odysee als Stressforscher. In: Jahrbuch für kritische Medizin. Hamburg: Argument-Sonderband. AS 196

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt Verlag

Bengel, Jürgen / Strittmatter, Regine / Willmann, Hildegard (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmacher und Hildegard Willmann im Auftrag der BzGA. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA)

Bienz, Barbara / Reinmann, Arlette (2004): Sozialarbeit im Krankenhaus. Aufgaben. Methoden. Ziele. Bern – Stuttgart – Wien: Haupt Verlag

Brieskorn-Zinke, Marianne (2010): Salutogenese in der Pflege. Zur Integration des Konzepts in pflegerische Handlungsfelder. In: Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 4. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag

Culley, Sue (2002): Beratung als Prozeß. Lehrbuch kommunikativer Fertigkeiten. Aus dem Englischen übersetzt und bearbeitet von C. Wolfgang Müller. Unveränderter Nachdruck. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (Hrsg.) (2001): Tradition hat Zukunft. Stationen zur Entwicklung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG). Berlin: DVSG Eigenverlag

Franke, Alexa (1997): Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenesekonzepts. In: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt Verlag

Franken, Ulla (2010): Emotionale Kompetenz. Eine Basis für Gesundheit und Gesundheitsförderung. Ein gesundheitswissenschaftlicher Beitrag zur Grundversorgung von Menschen mit psychogenen Störungen und Erkrankungen. Norderstedt: Books on Demand GmbH

Franzkowiak, Peter / Homfeldt, Hans Günther / Mühlum, Albert (2011): Lehrbuch Gesundheit. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Frewer, Andreas / Bruns, Florian / Rascher, Wolfgang (Hrsg.) (2011): Gesundheit, Empathie und Ökonomie. Kostbare Werte in der Medizin. Würzburg: Königshausen und Neumann

Gödecker-Geenen, Norbert (2005): Sozialarbeit im Krankenhaus. In: Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Stuttgart: Schneider Verlag Hohengehren

Gödecker-Geenen, Norbert / Nau, Hans (Hrsg.) (2002): Klinische Sozialarbeit. Eine Positionsbestimmung. Münster – Hamburg – London: LIT Verlag

Gödecker-Geenen, Norbert / Nau, Hans / Weis, Ilse (Hrsg.) (2003): Der Patient im Krankenhaus und sein Bedarf an psychosozialer Beratung. Eine empirische Bestandsaufnahme. Münster: LIT Verlag

Herwig-Lempp, Johannes (2002): Beziehungsarbeit ist lernbar. Systemische Ansätze in der Sozialpädagogischen Familienhilfe. In: Systemische Praxis. Modelle. Konzepte. Perspektiven. Freiburg: Lambertus Verlag

Höfer, Renate (2010): Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung. Überlegungen zur Verknüpfung salutogenetischer und identitätstheoretischer Konzepte. In: Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 4. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag

Jork, Klaus / Peseschkian, Nossrat (Hrsg.) (2006): Salutogenese und positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber

Köppel, Monika (2007): Salutogenese und Soziale Arbeit. Lage: Jacobs Verlag

Layer, Hans / Mühlum, Albert (2003): Krankenhaussozialarbeit aus Sicht der Patienten. Evaluationsstudie im Auftrag der DVSK. In: Der Patient im Krankenhaus und sein Bedarf an psychosozialer Beratung. Eine empirische Bestandsaufnahme. Münster: LIT Verlag

Lenz, Albert (2002): Empowerment und Ressourcenaktivierung. Perspektiven für

die psychosoziale Praxis. In: Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen: dgvt Verlag

Lenz, Albert / Stark, Wolfgang (Hrsg.) (2002): Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen: dgvt Verlag

Lorenz, Rüdiger (2005): Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag

Ningel, Rainer (2011): Methoden der Klinischen Sozialarbeit. Stuttgart: Haupt Verlag

Ortmann, Karlheinz / Waller, Heiko (Hrsg.) (2005): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren

Ortmann, Karlheinz / Röh, Dieter (2008): Klinische Sozialarbeit. Konzepte. Praxis. Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag

Poguntke-Rauer, Markus (2000): Beratung als Hilfe. Kritische Anmerkungen zu einem reduzierten Verständnis sozialer Beratung. Beispiel Pflegeversicherungsgesetz. In: Blätter der Wohlfahrtspflege. Beratung. 5+6 Mai/Juni 2000. 147. Jahrgang. Stuttgart: Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit

Reinicke, Peter (1998): Soziale Krankenhausfürsorge in Deutschland. Von den Anfängen bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs. Opladen: Leske + Budrich

Reinicke, Peter (2001a): Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag

Reinicke, Peter (2001b): Tradition hat Zukunft. In: Tradition hat Zukunft. Stationen zur Entwicklung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und der

Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG).
Berlin: DVSG Eigenverlag

Riedel, Annette (2011): Empathie im Kontext der Ethikberatung. Überlegungen zu einer förderlichen Grundhaltung. In: Gesundheit, Empathie und Ökonomie. Kostbare Werte in der Medizin. Würzburg: Königshausen und Neumann

Rogall-Adam, Renate / Josuks, Hannelore / Adam, Gottfried / Schleinitz, Gottfried (2011): Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden. 2. Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

Röh, Dieter (2008): Konzept und Methodik sozialarbeiterischer Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. In: Klinische Sozialarbeit. Konzepte. Praxis. Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag

Schnoor, Heike (2006): Psychosoziale Beratung und Psychotherapie. Annäherungen. Abgrenzungen. Ergänzungen. In: Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Tröster, Heinrich (2009): Früherkennung im Kindes- und Jugendalter. Strategien bei Entwicklungs-, Lern- und Verhaltensstörungen. Göttingen: Hogrefe Verlag

Wahren, Juliane (2008): Klinische Sozialarbeit in einer Frauenzufluchtswohnung. In: Klinische Sozialarbeit. Konzepte. Praxis. Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag

Wilm, Stefan (2006): Der Patient, sein Allgemeinarzt und ihre salutogenetische Beziehung. In: Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber

Wydler, Hans / Kolip, Petra / Abel, Thomas (Hrsg.) (2010): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 4. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag

Internetquellen

Budde, Wolfgang / Früchtel, Frank (2009): Eco-Maps und Genogramme als Netzwerkperspektive. In: sozialraum.de. Ausgabe 2/2009. Verfügbar unter: http://www.sozialraum.de/eco-maps-und-genogramme-als-netzwerkperspektive.php#11EcoMapping_1 (Zugriff am: 08.10.2014)

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (o.J.): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Psychosoziale Beratung, Begleitung und Unterstützung. Verfügbar unter: http://dvsg.org/fileadmin/dateien/01Die_DVSG/DVSG_760_Flyer-Soziale%20Arbeit%20im%20Geswe.pdf (Zugriff am: 28.07.2014)

Herriger, Norbert (2002): Brückenschläge zur Gesundheitsförderung. In: Loseblattwerk. Gesundheit. Strukturen und Arbeitsfelder. Ergänzungslieferung 4. Neuwied: Luchterhand Verlag. Verfügbar unter: <http://www.empowerment.de/empowerment.de/files/Materialie-2-Empowerment-Brueckenschlaege-zur-Gesundheitsfoerderung.pdf> (Zugriff am: 14.11.2014)

Pantucek, Peter (1998): Techniken der Gesprächsführung. St. Pölten: Skriptum Bundesakademie für Sozialarbeit. Verfügbar unter: <http://www.pantucek.com/seminare/200709avalon/gespraechskript.pdf> (Zugriff am: 22.11.2014)

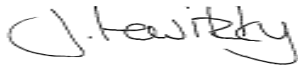
Stangl, Werner (2011): Distress. Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Verfügbar unter: <http://lexikon.stangl.eu/4138/distress/> (Zugriff am: 10.07.2014)

Volkenandt, Matthias (2012): Wie sage ich es meinen Patienten? Empathische Kommunikation als Schlüssel zum Erfolg. München: Fortbildungsveranstaltung „Therapie und Kommunikation“ Verfügbar unter: http://volkenandt.com/pdf/Seminar_Forest_Lab_Muenchen_2012.pdf (Zugriff am: 07.11.2014)

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, insbesondere keine anderen als die angegebenen Informationen aus dem Internet. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Diejenigen Paragraphen der für mich gültigen Prüfungsordnung, welche etwaige Betrugsversuche betreffen, habe ich zur Kenntnis genommen. Der Speicherung meiner Bachelorarbeit zum Zweck der Plagiatsprüfung stimme ich zu. Ich versichere, dass die elektronische Version mit der gedruckten Version inhaltlich übereinstimmt.



Jana Lewitzky

Hamburg, den 7. Januar 2015