

2 Einführung

Das europäische Krankheitswesen ist durchweg pathogenetisch ausgerichtet und erforscht seit mehr als 300 Jahren Krankheiten, deren Risikofaktoren und Symptome. Die Krankheitsentstehung wird dabei sehr einseitig, nämlich „von außen kommend“, betrachtet. Damit wird der Patient in eine passive Rolle gedrängt und entmündigt. In seinem Glauben, dass alles Krankmachende von außen kommt, seien es Viren, Bakterien oder der ungerechte Chef, der untreue Partner etc., sucht er die Schuld für die eigenen Probleme und auch die Hilfe dafür im Außen – allzu oft durch die unterstützende Einnahme allopathischer Medikamente. Die dadurch erzeugte Abhängigkeit und Ohnmacht lässt keinen Raum für persönliche Entwicklung, schwächt und fördert letztendlich Krankheit.

- Geht die Medizin als Wissenschaft von der richtigen Maxime aus?
- Sind wir all den Belastungen wirklich nur passiv ausgesetzt?
- Gilt es, neben körperlichen Zuständen eines Patienten nicht auch dessen seelisch-geistige Verfassung zu berücksichtigen, die ihn als ganzen Menschen ausmacht?

Das Fundament einer Gesundheitsreform muss eine Bewusstseinsbildung in Bezug auf die Bedeutung der psychischen Gesundheit für das allgemeine Wohlbefinden sein. Psychisches Wohlbefinden trägt wesentlich zur Lebensqualität der Bevölkerung bei und ermöglicht ein als sinnvoll erfahrenes Leben. Die Förderung der psychischen Gesundheit muss auf die ganze Bevölkerung ausgerichtet sein und das psychische Wohlbefinden aller steigern. Psychische Gesundheit fördern heißt Lebensweisen stärken, die dem psychischen Wohlbefinden dienlich sind.

Die Bedeutung von psychischer Gesundheit für die Bevölkerungsgesundheit wird zunehmend anerkannt. Laut WHO (Europäische Ministerielle WHO-Konferenz, 2006) sind psychische Gesundheitsprobleme für rund 20 % der gesamten Krankheitslast in der Europäischen Union verantwortlich. Jede vierte Person ist mindestens einmal im Leben von psychischen Gesundheits-

problemen betroffen. Eine verbesserte psychische Gesundheit ist daher gegenwärtig die wohl größte Herausforderung im Bereich Public Health.

Alle Länder der EU müssen mit begrenzten Mitteln auskommen. Die Posten für psychische Gesundheit machen lediglich 5,4 % der Gesamtausgaben für Gesundheit aus. Die meisten Ressourcen fließen in die Akutversorgung. Aktivitäten der Psychiatrie konzentrieren sich ausschließlich auf die Behandlung und Einweisung von Menschen mit schweren und anhaltenden psychischen Erkrankungen. Viele irrige Vorstellungen, wie zum Beispiel:

- „Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind gewalttätig und gefährlich.“
 - „Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind arm und weniger intelligent.“
 - „Persönliche Schwäche ist die Ursache von psychischen Gesundheitsproblemen.“
 - „Psychische Erkrankungen können nicht behandelt werden.“
- (WHO Regionalbüro für Europa, 2006, S. 40p.),

führen zu Stigmatisierung und fördern diskriminierende Verhaltensweisen. Die mit psychischen Gesundheitsproblemen verbundene Stigmatisierung verhindert eine Politik zur frühzeitigen Prävention. Nur verschwindend kleine Beträge werden in die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention investiert.

Angesichts der humanen, sozialen und wirtschaftlichen Kosten psychischer Gesundheitsbeeinträchtigungen bedarf es nicht weniger als einem Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik, mit höherer Priorität für Gesundheitsförderung. Demzufolge lautet die Kernstrategie des Bereichs der Öffentlichen Gesundheit, dass

„nicht in erster Linie ein immer weiterer Ausbau der medizinischen Behandlung zu einer Absenkung der Krankheitslast in der Bevölkerung führt, sondern vielmehr die Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten, die nur durch Etablierung von „Gesundheit“ als Handlungsziel in einer Vielzahl von Politikbereichen erreicht werden kann.“ (vgl. Hurrelmann, Razum, 2012, S. 676p.)

Der amerikanische Gesundheitswissenschaftler Breslow (1999) bezeichnet die hier angesprochene Interventionsstrategie der Gesundheitsförderung als

„dritte Public-Health-Revolution“. War die „erste Public-Health-Revolution“ durch den erfolgreichen Kampf gegen Infektionskrankheiten gekennzeichnet und die zweite durch die Erkenntnis getragen, dass sich gesundheitsschädliche Risikofaktoren durch die Beeinflussung des individuellen gesundheitsrelevanten Verhaltens zurückdrängen lassen, so rückt das Handlungsziel der Förderung von Gesundheit durch eine Stärkung von Schutzfaktoren in der dritten Public-Health-Revolution in den Vordergrund (vgl. Hurrelmann, Razum, 2012, S. 677p.).

Der mehrdimensionale Interventionsansatz der Gesundheitsförderung setzt bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale gesunder Menschen in verschiedenen Lebenssituationen an und ist sowohl auf individuelle, soziale und umweltbezogene Faktoren gerichtet. Dabei kommt den individuellen und sozialen Ressourcen eine gleichgewichtige Bedeutung zu. Auf der individuellen Ebene sollen Individuen befähigt werden, durch selbstbestimmtes Handeln ihre Gesundheitschancen zu erhöhen. Ein höheres Maß an Selbstbestimmung wirkt sich positiv auf die Lebensqualität aus (vgl. Hurrelmann, Razum, 2012, S. 677pp.).

Nach Kickbush (2003) ist Gesundheit, wie auch Krankheit, zu einem Wirtschafts- und Dienstleistungsangebot geworden. Die Gesundheitsförderung müsse sich dieser Entwicklung stellen und sich als Profession erst bewähren. Kritisch stellt er dabei fest, dass sich die Gesundheitsförderung im zweiten Gesundheitsmarkt noch ungenügend etabliert hat:

„Noch nicht ausgeschöpft sind die Potentiale der Gesundheitsförderung im privatwirtschaftlichen Sektor“ (vgl. Kickbush, 2003, S. 189p.; in: Hurrelmann, Razum, 2012, S. 681p.)

Ein probates Mittel zur Senkung lebensstilbedingter Gesundheitskosten im privatwirtschaftlichen Sektor ist das Wellness-Konzept. Der Begriff „Wellness“ ist in Europa mit zahlreichen Fehlwahrnehmungen verbunden. Eine nähere Auseinandersetzung mit den Ursprüngen dieses Terminus zeigt jedoch dessen sinngemäße Bedeutung und somit das Potenzial im Zusammenhang mit dieser wissenschaftlichen Arbeit.

Nach Miller (vgl. Miller, 2005, S. 84pp.) haben sowohl der Begriff als auch das Konzept „Wellness“ eine lange und komplexe Vergangenheit hinter sich, mit Wurzeln verschiedenen Ursprungs: Zum einen lassen sich Anknüpfungs-

punkte zu religiösen und kulturellen Bewegungen des neunzehnten Jahrhunderts finden, zum anderen zu Promotionsstrategien in den 1950-iger Jahren zur Förderung eines aktiven, gesundheitsbewussten Lebensstils.

Entgegen dem laienhaften Verständnis, Wellness sei ein zusammengesetztes Modewort aus der Kombination der beiden Begriffe „well-being“ (Wohlbefinden) und „fit-ness“ (körperliche Leistungsfähigkeit), ist der Begriff Wellness in der Literatur erstmals 1654 als Zitat des schottischen Lords Wariston erfasst, der damit seine Dankbarkeit zum Ausdruck bringen wollte, dass seine Tochter nicht länger krank ist:

„I (...) blessed God... for my daughter's wealnesse“ (Oxford English Dictionary).

In diesem Sinne bezeichnet der Begriff „Wellness“ einen aktiven Prozess guter Gesundheit und ist somit Synonym für ein positiv geprägtes Verständnis von Gesundheit – im Sinne der Weltgesundheitsorganisation und der Salutogenese-Forschung.

„REAL wellness is a positive approach to living designed to enhance quality of life.“ (Ardell, 2010, S. 5)

Historisch gesehen beruht der Wellnessgedanke auf dem politischen Boden des Liberalismus und der Selbstverantwortung für das Leben, die Gesundheit und das Glück.

Als Promotionsstrategie zur Förderung eines gesundheitsbewussten Lebensstils fungierte die Idee ‚Wellness‘ erstmals 1950 in den Vereinigten Staaten. Den Grundstein für die amerikanische Wellnessbewegung setzte Dr. Halbert Dunn mit seinem Werk „High Level Wellness“. Ardell, Travis und Hettler bauten das Konzept in den 70er und 80er Jahren weiter aus. Motiviert waren diese Forschungsbemühungen durch die explosionsartig steigenden Krankheitskosten infolge des amerikanisch geprägten, wenig gesundheitsförderlichen Lebensstils. Konzeptionelles Ziel der Wellnesspropaganda war damals wie heute eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Den Höhepunkt erfuhr die Wellnessbewegung in den 70iger Jahren, als eine informell organisierte Gruppe von Menschen sowohl den Begriff als auch das Konzept in den USA tatkräftig verbreitete. Wellness wurde als ein positives und ganzheitliches Gesundheitskonzept mit körperlichen, geistigen und

spirituellen Dimensionen propagiert. Einige der Ideen des neunzehnten Jahrhunderts sind bis heute bestehen geblieben.

Als werbewirksames Marketinginstrument hat der Begriff in Europa wie in Amerika eine zunehmende Verwässerung erfahren und wurde unter anderem auch mit esoterischen Inhalten beladen. Im 19. Jahrhundert wurde der Begriff Wellness durch die sogenannte „Neugeistbewegung“ (New Thought Movement), insbesondere inspiriert durch die philosophischen Lehren Phineas Parkhurst Quimby und der Transzendentalen Philosophie von Ralph Waldo Emersons, und der daraus hervorgegangenen Christlichen Wissenschaft nach Mary Baker Eddy mit Mystik und Spiritualität in Verbindung gebracht. Die Neugeist-Lehre bekennt sich zu metaphysischen Möglichkeiten des Heilens und damit zu Geheimlehren der Hermetik, der Feinstofflichkeit und damit auch zu der fernöstlichen Karma-Lehre. Die schöpferische Kraft des Menschen speist sich gemäß der neugeistlichen Philosophie aus der schöpferischen Kraft des Glaubens und geistiger Gesetzmäßigkeiten (Primat des Geistes). Krankheit, Armut und Leid sind Ausdruck mangelhaften Bewusstseins und können nur durch einen Wandel im Denken und Glauben in Gesundheit umgekehrt werden.

Ein weiterer Einfluss des 19. Jahrhunderts stammt von Horace Fletcher (1849–1919), einem amerikanischen Ernährungsreformer, der den Leitsatz „die Natur wird diejenigen bestrafen, die nicht gründlich kauen“, prägte. Wie Quimby ist auch Fletcher der Meinung, dass positives Denken ausschlaggebend für richtiges Verhalten und damit auch für Gesundheit ist. Krankheit ist demzufolge Ausdruck von Sünde bzw. falschem Verhalten. Der einst übergewichtige Kunsthändler verbreitete seine Überzeugung über die gesundheitsförderliche Wirkung der Vorverdauung durch Kauen sehr wirksam, indem er dadurch selbst innerhalb von drei Monaten zwanzig Kilos abnahm. Er forderte auch den Verzicht auf Fleisch, Alkohol und Tee. John Harvey Kellogg war ein Anhänger Fletcher's und entwickelte die Idee des „clean living“ und „clean thinking“ weiter. Somit wurden diätetische, ernährungsspezifische Aspekte sowie körperliche Fitness feste Bestandteile des Wellness-Konzepts.

Halbert Louis Dunn (1896–1975) hatte – verglichen mit Kellogg, Quimby, Eddy und Fletcher – den maßgeblichsten Einfluss auf die Entstehung des originären Wellness-Konzepts. Beeinflusst durch zeitgemäße psychologische

Werke von Carl Roger, Erich Fromm, Gordon Allport und Abraham Maslow propagierte er als Erster eine positive Zugangsweise zu einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis, ganz im Sinne der Weltgesundheitsorganisation. Für ihn war Gesundheit weit mehr als nur der Kampf gegen Krankheit. In seinem Werk „High Level Wellness“ definiert er Gesundheit als holistisches Konstrukt mit dem Endziel der Potenzialmaximierung im Sinne von Selbstverwirklichung. Dunn legte dabei besonderen Wert auf die ganzheitliche Wahrnehmung der „Körper-Geist-Seele-Einheit“. Für Dunn war der menschliche Körper die energetische Manifestation des Geistes und der Seele. Die Verbundenheit dieser drei Dimensionen brachte er anschaulich in dem High-Level-Wellness-Symbol zum Ausdruck.

Während bereits Dunn der Eigenverantwortlichkeit für die Gesundheit große Beachtung geschenkt hat, wurde die Idee von seinem Nachfolger John Travis weiter ausgebaut und sehr erfolgreich in die Praxis umgesetzt. John Travis gründete 1943 ein Wellness-Center in Kalifornien, das sich insbesondere dadurch von anderen Gesundheitszentren unterschied, dass es Klienten dazu befähigte, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu entwickeln. Travis entwickelte eine Wellness-Diagnostik mit insgesamt zwölf Dimensionen (Travis 2004) und reduzierte das Vier-Felder-Grid von Dunn auf ein zweidimensionales Kontinuum. John Travis initiierte auch die Akademisierung des Wellness-Konzepts und etablierte es als Campus-Programm an der University of Wisconsin, Steven Point.

Als dritter populärer Protagonist der Wellness-Bewegung ist Donald Ardell zu nennen. Die Popularität des gesundheitswissenschaftlich fundierten Begriffs ‚Wellness‘ ist letztendlich seinem Verdienst zuzuschreiben. Er machte in seinem Buch „High Level Wellness. An Alternative to Doctors, Drugs, and Disease“ (1977) die bereits entwickelten Ideen durch eine leicht verständliche Schreibweise einer breiten Bevölkerungsschicht zugänglich.

Das Wellness-Konzept „REAL wellness“ von Donald Ardell (2010) ist das derzeit populärste Wellness-Modell weltweit und soll an dieser Stelle kurz dargestellt werden. Ardell, einer der bedeutendsten Experten der Wellness-Bewegung, wurde dafür mit dem Life Achievement Award ausgezeichnet. Der Terminus REAL steht in seinem Konzept stellvertretend für vier zentrale Konzeptelemente, nämlich für

„reason, exuberance, athleticism, and liberty.“ (vgl. Ardell, 2010, S. 5p.)

REAL Wellness umfasst rationales, kritisches Denken, Enthusiasmus und überschwängliche Lebensfreude, Athletik im Sinne einer entsprechenden Lebensführung sowie eine liberale Geisteshaltung der Welt und der Lebensgestaltung gegenüber. Mit den Dimensionen *reason*, *exuberance* und *liberty* legt Ardell den Fokus schwerpunktmäßig auf die geistige Ebene. REAL Wellness betrifft somit nicht nur den Körper, sondern vor allem auch den Geist! Wohltuende, körperbezogene Anwendungen sind hilfreich, aber nicht nachhaltig. Die Wirkung verfliegt schnell. Nachhaltiges Wohlbefinden beginnt im Kopf. Durch mentale Erlebnisse, wie zum Beispiel durch die bewusste Erfahrung von Alltagsglück, soll die Wahrnehmung der Lebensqualität spürbar positiv verändert werden und Menschen so aus ihrer deprimierenden Normalität herausführen.

Weiterhin zeichnet sich das REAL-Wellness-Konzept durch vier Qualitätsmerkmale aus:

- „1. It is evidence-based (reason), rational and consistent with science – not testimonials or anecdotes of effectiveness.
2. It encourages joy, pleasure, fun and delight – not coping.
3. It promotes and entails maximum choice, freedom and liberty – not rules and restrictions.
4. It focuses on advances in quality of life – not risk reduction, illness management or life extension.“ (vgl. Ardell, 2010, S. 6p.)

In diesem Sinne reicht REAL Wellness weit über „spa wellness“, „medical wellness“, „problem amelioration wellness“ und „risk reduction wellness“ (vgl. Ardell, 2010, S. 6p.) hinaus. Das nachhaltige Ziel besteht darin, die als allgemein gesundheitsfördernd erwiesenen Verhaltensweisen und Einstellungen in den individuellen Lebensalltag so zu integrieren, dass spürbar aktuelles und langfristiges Wohlbefinden, ja, Freude, Lebenslust und Begeisterung resultieren. Dabei werden unterschiedliche Wohlbefindens-Dimensionen differenziert und in ein ausgeglichenes Verhältnis gebracht:

„Social:

- It is better to contribute to the common welfare of our community than to think only of ourselves.

- It is better to live in harmony with others and our environment than to live in conflict with them.

Occupational:

- It is better to choose a career which is consistent with our personal values interests and beliefs than to select one that is unrewarding to us.
- It is better to develop functional, transferable skills through structured involvement opportunities than to remain inactive and uninvolved.

Spiritual:

- It is better to ponder the meaning of life for ourselves and to be tolerant of the beliefs of others than to close our minds and become intolerant.
- It is better to live each day in a way that is consistent with our values and beliefs than to do otherwise and feel untrue to ourselves.

Physical:

- It is better to consume foods and beverages than enhance good health rather than to those which impair it.
- It is better to be physically fit than out of shape.

Intellectual:

- It is better to stretch and challenge our minds with intellectual and creative pursuits than to become self-satisfied and unproductive.
- It is better to identify potential problems and choose appropriate courses of action based on available information than to wait, worry and contend with major concerns later.

Emotional:

- It is better to be aware of and accept our feelings than to deny them.
- It is better to be optimistic in our approach to life than pessimistic.“ (vgl. Hettler, National Wellness Institute, n.d.; in: Miller, 2005, S. 98p.)

Professionelle Trainer, Berater und Therapeuten unterstützen bei der Erstellung individueller Maßnahmenplanung, einer qualifizierten Prozessbegleitung sowie einer Verlaufs- und Erfolgskontrolle.

Eine entsprechende Verständniserweiterung des Wellness-Begriffs auf europäischer Ebene wäre durchaus chancenreich und für die Gesundheit und Lebensqualität des Einzelnen, aber auch der Gesellschaft in ihrer Gesamtheit sehr nützlich. Das europäische Verständnis von Wellness ist stark verkürzt und reicht über vorwiegend passive, verwöhnende Anwendungen und Behandlungen sowie Aufenthalte in Luxushotels, Day Spas oder Clubs nicht

hinaus. Unter dem Deckmantel „Wellness“ angewandte Methoden und Angebote sind unter gesundheitswissenschaftlichem Maßstab äußerst kritisch zu beurteilen. Das europäische Konzept legt besonderen Wert auf die Vermarktung der Wohlfühlkomponente („pleasure principles“), aber auch auf den Marketing-Megatrend Schönheit („Beauty“). Die Produkte und Dienstleistungen, die unter dem Begriff Wellness vertrieben werden, haben nur im weitesten Sinne mit professioneller Gesundheitsförderung zu tun.

Obwohl das Konzept Wellness durchaus als wissenschaftlich fundiertes Gesundheitsförderungsprogramm angesehen werden kann, erzeugt der Begriff Wellness bis heute eine zweideutige Botschaft, nämlich neben einer gesundheitsförderlichen Botschaft auch eine Botschaft esoterischen bzw. quasi-religiösen Inhalts, die der Wissenschaftlichkeit dieses Terminus eher abträglich ist. So haben sich die meisten europäischen und amerikanischen Wissenschaftler, die sich mit dem Thema Gesundheitsförderung auseinandersetzen, von dem Begriff Wellness weitgehend distanziert. Joseph Donelly, Professor für Gesundheitswissenschaften an der Montclair Universität in New Jersey, resümiert daraus sehr folgerichtig:

„The term wellness is now the kiss of death for academic programmes in the United States.“ (vgl. personal interview in Montclair, New Jersey, May 20, 2004; in: Miller, 2005, S. 99p.)

Diese Tatsache könnte jedoch für die Scientific Society durchaus auch als Herausforderung verstanden werden. Die konsequente Verbreitung und Anwendung der originären Wellness-Philosophie im europäischen Raum beinhaltet das Potenzial, eine erstrebenswerte Wende in unserem Gesundheitssystem herbeizuführen, indem es die Selbstverantwortung für die Gesundheit zurück auf ihre Inhaber verlagert und dem Erhalt und der Verbesserung der Gesundheit eine positive, erstrebenswerte Richtung (Saluto-Genese) gibt. Durch die Vermittlung von positiven Anreizen, Sinnhaftigkeit und Kompetenzen für einen balancierten, gesunden Lebensstil wird sich positive Gesundheit in der Bevölkerung nachhaltig herstellen lassen. Menschen sind in zunehmendem Maße bereit, Selbstverantwortung zu übernehmen und gesünder zu leben. Wellness bietet ihnen einen geeigneten Rahmen zu lernen, wie sie das am besten umsetzen und beibehalten können.

Wellness ist nicht unter dem Aspekt der Kuration zu verstehen. Wellness-Konzepte betonen vielmehr die Mehrdimensionalität des Gesundheitsprozesses und zeigen *das Potenzial jenseits der Symptommfreiheit* auf. Ziel der Wellness-Interventionen ist nicht Symptommfreiheit zu erlangen, sondern eine Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Diese bezieht sich laut einer Studie des Axel-Springer-Verlags für Konsumenten auf sieben Dimensionen:

- körperliche Aktivität,
- Lust auf und an Genuss,
- Körpersensibilität,
- Stressabbau,
- Selbstbesinnung,
- Leben im Einklang von Körper und Geist,
- Natur

und manifestiert sich als deutliches Plus in der physischen, psychischen und sozialen Befindlichkeit.

Während *reaktive Angebote* auf die Lösung von Problemen ausgerichtet sind, dienen *proaktive Angebote* zur Steigerung der Lebensqualität. Wellness-Protagonisten plädieren daher für eine deutliche Verschiebung des Verhältnisses zugunsten proaktiver Wellness-Angebote. Das tiefe Credo der originären Wellness-Bewegung lautet: Wir müssen selber etwas tun! Der Mensch mit seinem Potenzial, sich selbst helfen zu können, steht im Mittelpunkt des Denkens und Handelns. Wellness ist somit kein Zustand, der von außen erzeugt wird, sondern ein innerer Prozess, eine Lebenshaltung, eine Mentalität, sich im Sinne seiner eigenen Natur und seiner Potenziale bis zum letzten seiner Tage zu entfalten und dies bewusst und in vollen Zügen zu genießen. Die Nebeneffekte sind Zufriedenheit, Wohlbefinden und Genuss.

Das Wellness-Konzept ist im Grunde als Lebensstil-Konzept zu verstehen, das Gesundheit und Genuss miteinander in Verbindung setzt. Die positive Verknüpfung zwischen einem gesundheitsförderlichen Lebensstil und Dimensionen des Wohlbefindens konstituiert das Kernmerkmal aller professionellen Wellness-Konzepte. Die von Wellness-Experten vermittelte Änderung der Lebensweise, die durch spezifische Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten sowie durch bestimmte Verhaltensmuster im Umgang mit mentalen,

emotionalen oder sozialen Belastungen gekennzeichnet ist, wird nur dann erfolgen, wenn die persönliche Kosten-Nutzen-Rechnung positiv ausfällt, sprich wenn damit Genuss und Freude sowie ein Zugewinn an subjektiv empfundener Lebensqualität verbunden ist. Fällt die persönliche Kosten-Nutzen-Rechnung hingegen negativ aus, so ist eine nachhaltige Änderung von Gewohnheiten und Verhaltensmustern eher nicht zu erwarten. Der gesundheitsförderliche Aspekt der Miteinbeziehung positiver Emotionen, wie zum Beispiel Spaß, Lust und Genuss (pleasure principles), ist wissenschaftlich fundiert und basiert insbesondere auf den Erkenntnissen der Neuropsychimmunologie und Neuroendokrinologie.

Innovationen zur Schaffung von Gesundheit, insbesondere zur proaktiven Förderung psychosozialer Kompetenzen, sind nach dem Informationsexperten Neofiodow der treibende Motor des nächsten großen Wirtschaftszyklus. Dabei lassen sich Freizeit, Tourismus und Wellness als drei aufeinander aufbauende Megatrends des sogenannten „sechsten Kondratieffs“ auffassen (vgl. Nahrstedt, 2008, S. 51pp.): Der Megatrend „Freizeit“ ist auf die sukzessive Arbeitszeitverkürzung infolge der Rationalisierung der Arbeit im Laufe des 19. Jahrhunderts zurückzuführen. Aufgrund der dadurch entstandenen Wochenfreizeit haben sich soziale Strukturen, Verhaltensweisen und Konsumgewohnheiten in Europa, wie in den USA, drastisch verändert. Parallel dazu hat sich auch der Urlaubsanspruch erhöht, was sich wiederum auf den zweiten Megatrend „Tourismus“ positiv auswirkt. Schließlich haben die Megatrends Freizeit und Urlaubstourismus den Megatrend Wellness und damit eine schrittweise Förderung der Gesundheit für zunehmend breite Bevölkerungsschichten ermöglicht. Auch Huber, prominenter Querdenker des deutschen Gesundheitssystems („Liebe statt Valium“), spricht auf dem ersten Deutschen Wellness-Gipfel von einer „Gesundheitsgesellschaft“, in der die Förderung der Gesundheitsressourcen zur treibenden Kraft unserer gesellschaftlichen und ökonomischen Entwicklung wird. Wie Neofiodow stellt er dabei die Ausbildung psychosozialer Fähigkeiten in den Vordergrund. Für eine erfolgreiche Umsetzung dieses Wandels seien neue Denkmuster gefragt.

Ist es Zeit für einen Paradigmenwechsel? Stößt die kurative Ausrichtung unseres Gesundheitssystems nicht bereits an ihre Grenzen? Nach Hurrelmann et al. (vgl. Hurrelmann et al., 2010, S. 19pp.) geben nicht nur finanzielle Engpässe dringenden Anlass zur Umstellung der Gesundheitspolitik, son-

dern vor allem auch Veränderungen im Krankheitsspektrum, insbesondere ein beträchtlicher Anstieg chronischer Erkrankungen, wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, usw. Trotz dieser maladaptiven Entwicklungen und einer zunehmenden Gewichtung des präventiven Gedankenguts in der Medizin spielen Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung strukturell noch eine untergeordnete Rolle. Dabei verbreiten sich krankheitspräventive Ansätze sehr viel schneller als gesundheitsförderliche Ansätze.

Das Konzept der Gesundheitsförderung ist nicht mit dem Konzept der Krankheitsprävention gleichzusetzen. Der entscheidende Unterschied besteht darin, dass sich die jeweilige Eingriffslogik auf grundlegend unterschiedliche theoretische Grundlagen stützt: Während Interventionsmaßnahmen zur Vermeidung des Eintretens oder des Ausbreitens von Krankheiten auf einer Kenntnis pathogenetischer Dynamiken beruhen, beruht die Gesundheitsförderung zur Stärkung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung auf salutogenetischen Wirkungsweisen. Gesundheitsförderung nimmt nicht wie die Prävention Krankheiten in den Blickpunkt, sondern Determinanten für Gesundheit und Wohlbefinden. Anders als im Rahmen der Krankheitsprävention geht es bei gesundheitsförderlichen Maßnahmen nicht darum, Risiken für Krankheiten zurückzudrängen bzw. zu vermeiden, sondern darum, gesundheitsförderliche Ressourcen zu stärken. In diesem Sinne handelt es sich bei der Gesundheitsförderung um eine

„Promotionsstrategie, bei der Menschen durch die Verbesserung ihrer Lebensbedingungen eine Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten erfahren sollen.“ (vgl. Hurrelmann et al., 2010, S. 13p.)

Auch die Medizin war historisch gesehen die Lehre der Gesundheit. Gesundheitslehren gingen der Konzentration auf Krankheit und deren Behandlung voraus. Gesundheit wurde primär der persönlichen Verantwortung zugeschrieben und galt bis ins Mittelalter als Resultat der rechten Lebensführung. Zunehmend wurden auch soziale und gesellschaftliche Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit mitberücksichtigt.

Der Begriff „Gesundheitsförderung“ ist – trotz langer Tradition – ein relativ „junger“ Begriff in den Gesundheitswissenschaften. Er wurde erst wieder im Zuge der Diskussion über Umsetzungsstrategien des Gesundheitsbegriffs im

Rahmen der WHO-Konferenz in Ottawa aufgegriffen. Laut WHO wird Gesundheit wie folgt definiert:

„Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ (WHO 1946)

Gemäß dieser Definition wird Gesundheit nicht länger als bloße Störungsfreiheit definiert, wie dies für das westlich-industrielle Medizinwesen charakteristisch ist, sondern um die wichtige subjektive Komponente des Wohlbefindens erweitert. Was konkret unter dem Konstrukt „Wohlbefinden“ zu verstehen ist, wurde erst 2004 verlaublich. Seelische Gesundheit und Wohlbefinden sind demnach

„ein Zustand, in dem Menschen ihre Fähigkeiten realisieren können, normalen Arbeitsstress gut bewältigen, produktiv arbeiten und ihren Beitrag zum gesellschaftlichen Leben leisten.“ (WHO, 2004. <http://www.who.int/en>)

Andere Verlautbarungen der WHO ergänzen diese Definition um gesellschaftliche Rahmenbedingungen:

„Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.“ (WHO 1986)

Nach Seligman (2011) ist Wohlbefinden ein Konzept mit höchster politischer Relevanz. Als zeitgemäßer Wertemaßstab für gesellschaftlichen Wohlstand kommt ihm heute eine zumindest ebenso große Bedeutung zu wie objektiven Wertemaßstäben, wie beispielsweise dem Bruttoinlandsprodukt (BIP). Das BIP gibt in wohlhabenden Gesellschaften nur unzureichend Auskunft darüber, wie gut es einer Gesellschaft geht. Zwischen dem BIP und dem Wohlbefinden gibt es eine große Diskrepanz. So steigern etwa „nicht wohlstandsfördernde Aufwendungen“, wie zum Beispiel Scheidungen, Autounfälle oder Zigarettenverkäufe etc., das BIP, die Lebensqualität von Bürgern hingegen nicht – ganz im Gegenteil. War das BIP ein adäquater Wohlstandsparameter in Zeiten, als die einfachen Bedürfnisse einer Gesellschaft noch nicht ausreichend befriedigt waren, gibt es in modernen Gesellschaften keinerlei Auskunft darüber, wie gedeihlich Bürger ihr Leben empfinden. So fördert Reichtum nicht zwangsläufig auch Lebensqualität, Lebensqualität jedoch hingegen

immer auch Reichtum: Menschen mit einer hohen psychischen Gesundheit arbeiten effektiv, weisen weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten auf, erbringen bessere Schul- und Studienleistungen, erfüllen im privaten Bereich ihre Aufgaben und Verpflichtungen gewissenhaft und ohne externe Hilfe. Sie haben bessere soziale Fähigkeiten und tragen somit wesentlich zu einer besseren Gesellschaft und letztendlich auch zu gesellschaftlichem Wohlstand bei. Wohlstand und Reichtum sind zwei Maßstäbe mit unterschiedlichen, einander ergänzenden Qualitätskriterien, die gemeinsam den „Neuen Wohlstand“ (Seligman, 2011, S. 333) abzubilden vermögen (vgl. ebd., S. 311pp.).

„It is now widely accepted that the way people experience their lives is inherently valuable information in itself, and an important determinant of policy-relevant behaviour. It may even be a more important determinant than the objective facts of their lives such as their income, housing, and the availability of resources. (...) Some people have a sense of well-being even when their objective circumstances are harsh, while others feel their lives are empty or stagnant despite very favourable circumstances. There is a need to measure how citizens experience their lives in order to supplement objective measures such as GDP, health, social and environmental indicators.“ (vgl. Huppert, So, 2009, S. 1p.)

Der an Gesundheit orientierte Ansatz führt zu der zentralen Frage „Wie entsteht Gesundheit?“, d.h. „Wie bleiben wir gesund?“ bzw. „Wie werden wir wieder gesund, wenn wir krank sind?“. Dabei wird auch die einseitige Betrachtungsweise des Patienten als Objekt hinterfragt. Es wird postuliert, dass der Mensch in seiner Patientenrolle nicht nur Objekt, sondern zugleich auch Subjekt und damit zur Übernahme von Aktivität und Eigenverantwortung aufgefordert ist. Dadurch erfährt das pathogenetische Prinzip unseres Krankheitswesens eine wichtige Ergänzung und das Potenzial, sich zu einem Gesundheitswesen hin zu entwickeln.

Die Hinwendung von der Krankheitsvorsorge in Richtung REAL Wellness birgt auch für das traditionelle Verständnis der Psychotherapie chancenreiche Erweiterungen. Der Mainstream der Psychotherapieforschung fokussiert den Bereich von Null bis minus einhundert des Wellness-Kontinuums von Ardell (vgl. Abb. 1).

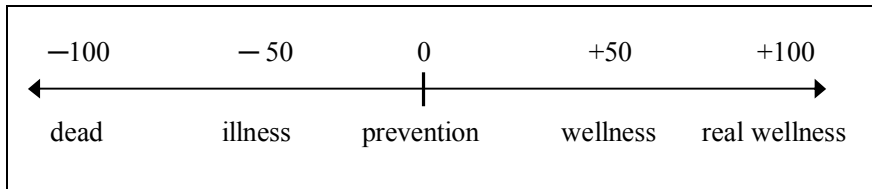


Abbildung 1: Kontinuum von der Prävention zu REAL Wellness (vgl. Ardell, 2010, S. 8p.)

Im Zentrum der Betrachtung stehen Krankheiten (Symptome), deren Beseitigung sowie allenfalls deren Prävention. Ziel einer psychotherapeutischen Behandlung ist per Gesetz (§1. (1) Psychotherapiegesetz, 7. Juni 1990) vorgegeben und beinhaltet

„(...) die umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen (...) mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern (...)“ (siehe Pritz, 1996, S. 1).

Dieser einseitige Fokus auf die „Krankenbehandlung“ ist darauf zurückzuführen, dass Krankenkassen nur für bereits erkrankte Versicherte Finanzmittel zur Verfügung stellen. Krankenkassen werden erst tätig, wenn objektive Kriterien einer psychischen Krankheit vorliegen. Weder Prävention noch Gesundheitsförderung werden von den Krankenkassen unterstützt. Dadurch sind psychotherapeutische Maßnahmen primär pathogenetisch ausgerichtet, sodass die Bezeichnung Psychopathologie die wohl angemessenere Bezeichnung als Psychotherapie wäre.

Die beiden populärsten Klassifikationssysteme für psychische Störungen sind das ICD-10 (WHO) und das von amerikanischen Psychiatern entwickelte DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen). Im deutschsprachigen Raum finden beide Klassifikationen Anwendung, wobei im klinischen Bereich das ICD-10 häufiger angewendet und das DSM-IV in der psychologischen und psychiatrischen Forschung bevorzugt wird. Das multiaxiale System des DSM-IV macht eine Beurteilung auf insgesamt fünf Achsen notwendig, die neben körperlichen und psychischen Auffälligkeiten auch psychosoziale Belastungsfaktoren umfassen (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Achsen des DSM-IV (Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 2003, S. 39)

Achse I	klinische Störungen andere Klinisch Relevante Probleme
Achse II	Persönlichkeitsstörungen geistige Behinderung
Achse III	medizinische Krankheitsfaktoren
Achse IV	psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme
Achse V	globale Beurteilung des Funktionsniveaus

Die positiven Anteile und Fähigkeiten von Patienten werden in traditionellen psychotherapeutischen Ansätzen sowie in der gesetzlichen Verankerung gewöhnlich übersehen bzw. als vernachlässigbar betrachtet.

Wendet man sich der ursprünglichen Bedeutung des Begriffs Psychotherapie zu, so kann man erkennen, dass diese durchwegs positiv konnotiert ist. Das Wort Psychotherapie stammt ursprünglich aus dem Altgriechischen und bedeutet:

„das Leben, die Seele, den Verstand, das Gemüt sorgfältig ausbilden.“ (vgl. Pritz, 1996, S. 2p.)

Dieser originären Definition zufolge ist nicht nur die Vermeidung von Krankheit, sondern auch die positive Förderung von Gesundheit Ziel der Psychotherapie. Es geht um Selbstverwirklichung bzw. um die Ausbildung von Potenzialen zur Erreichung einer maximalen Lebensqualität. Damit wäre der Bereich von Null bis plus einhundert des REAL-Wellness-Kontinuums angesprochen, der gleichberechtigter Bestandteil einer modernen Psychotherapie sein sollte.

Im Sinne der Gesundheitsförderung ist auch der letzte Beisatz des oben zitierten Paragraphen (§1.(1)) des Psychotherapiegesetzes (1990) zu verstehen. Demnach ist es ebenso Aufgabe der Psychotherapie,

„(...) die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.“ (vgl. Pritz, 1996, S. 2p.)

Eine stärkere gesundheitspolitische Verankerung im Bereich der Psychotherapie ist nur im Rahmen einer umfassend modifizierten Gesellschafts- und

Sozialpolitik durchsetzbar. Letztendlich kann die Rolle der proaktiven Gesundheitsförderung in der Psychotherapie nur dann gestärkt werden, wenn die Finanzierung nicht überwiegend bei den Krankenversicherungen hängen bleibt. Ein wachsendes Gesundheitsbewusstsein auf gesellschaftlicher Ebene schafft Chancen für den sogenannten „zweiten Gesundheitsmarkt“, der sich über privat finanzierte Gesundheitsprodukte und Dienstleistungen definiert. Insbesondere bei den höher gebildeten Bevölkerungsschichten ist die Bereitschaft zur Übernahme gesundheitlicher Eigenverantwortung stark ausgeprägt. Würde es gelingen, auch Menschen mit einem geringeren Bildungsniveau von der Erkenntnis zu überzeugen, dass eine positive Gesundheit zu einer Verbesserung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit führt, könnte man mit einem erstarkenden zweiten Gesundheitsmarkt die Kostenexplosion in den Versorgungsleistungen gut in den Griff bekommen.

Kritisch ist an dieser Stelle zu vermerken, dass gemäß der „Habitus­theorie“ Lebensstile immer eine Folge des sozio-ökonomischen Status sind. Die „These der Verfestigung“ (vgl. Hurrelmann, Razum, 2012, S. 712p.) besagt, dass benachteiligte Gruppen Kompetenz- und Handlungsmuster ausbilden, die nicht dazu befähigen, die benachteiligte Lebenslage zu überwinden. Der Möglichkeitsspielraum von Gesundheitsförderung in unteren sozialen Milieus ist infolgedessen eingeschränkt. Das Gesundheits- und Vorsorgeverhalten ist in diesen sozialen Schichten kein Bestandteil der Alltagspraktiken und den Menschen des gehobenen sozialen Milieus vorbehalten. Gesundheitswissenschaftlich orientierte Sozialraumanalysen weisen auch auf die biografische Verfestigung von Handlungs­routinen hin.

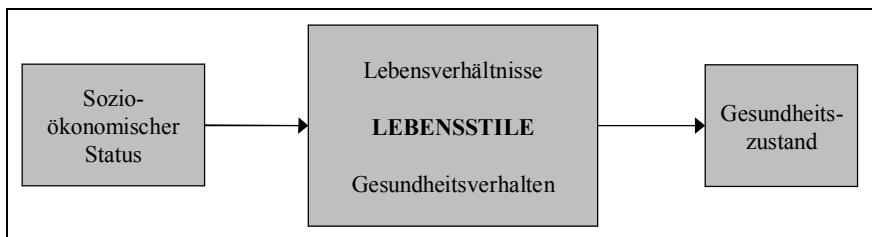


Abbildung 2: Die Vermittlungsfunktion des Lebensstils zwischen individuellem Gesundheitszustand und sozio-ökonomischem Status (vgl. in Anlehnung an Mielck 2000, S. 251; in: Hurrelmann, Razum 2012, S. 707p.)

Diese werden auch dann beibehalten, wenn sie dysfunktional und selbstschädigend sind (vgl. Hurrelmann, Razum, 2012, S. 716p.).

„Damit wird voluntaristischen Lebensstilkonzepten eine Absage erteilt, die Handlungspraktiken als Ausdruck autonomer Intentionalität und Lebensstile als Ausdruck rein subjektiver Präferenzen betrachten.“ (vgl. Hurrelmann, Razum, 2012, S. 706p.)

Um der Verfestigung und Veränderungsträgheit grundlegender Verhaltensdispositionen entgegenzuwirken, ist Gesundheitsförderung im Sinne der Ressourcenstärkung nur zu einem möglichst frühen Entwicklungszeitpunkt erfolgversprechend. Je größer die soziale Benachteiligung, desto frühere und intensivere Formen der Förderung und Begleitung sind notwendig.

Sofern Psychotherapie nicht nur als ein Heilungs-, sondern auch als Gesundheitsprozess verstanden wird, müssen sich neben Vermeidungs-Therapiezielen dringend auch positive Therapieziele, im Sinne von Annäherungszielen, etablieren. Dabei müssen all die Aspekte in den Blick genommen werden, die den Zustand psychischer Gesundheit konstituieren. Welche Eigenschaften und Attribute kennzeichnen psychisch gesunde Menschen? Was ist psychische Gesundheit?

Es ist erstaunlich, wie wenig erforscht und differenziert der Begriff „Gesundheit“ in der psychotherapeutischen Literatur bisher ist. Vergleicht man die differenzierten Leitlinien der Diagnostik von psychischen Krankheiten mit jenen von positiven Erlebens- und Verhaltensweisen, ist ein großer Forschungsbedarf zu konstatieren. Will man innerhalb der Psychotherapie neben problemorientierten Zielen auch spezifische Wohlbefindens-Ziele berücksichtigen, muss vermehrt der Frage nachgegangen werden, was unter glücklichen, lebenszufriedenen und psychisch gesunden Menschen zu verstehen ist. Welche Erlebens- und Verhaltensweisen kennzeichnen Wohlbefinden aus der Sicht der Psychologie? Um welche Fähigkeiten des Erlebens und Verhaltens geht es, wenn Menschen dabei unterstützt werden sollen, ihr Wohlbefinden, ihr Glück und ihre Lebenszufriedenheit in stabiler Weise zu verbessern? Bei der Beantwortung dieser Fragen geht es keineswegs um subjektive Vorstellungen, als vielmehr um wissenschaftlich fundierte Kenntnisse darüber.

Fragen des Wohlbefindens bedürfen auch nach Margraf, Schneider (2009a, S. 246) dringend einer breiteren Basis. Weiter betonen sie die Notwendigkeit, eine angemessene Therapietheorie zu entwickeln, um eruieren zu können, welche Faktoren letztendlich eine erfolgreiche Therapie ausmachen. Frank (2010) weist ebenfalls auf empirische und konzeptionelle Mängel hin:

„Die Wohlbefindens Forschung ist bisher wenig theoriegeleitet. Es gibt sehr viel Grundlagenforschung, bei der aber die Implikationen für die praktische Anwendung vielfach noch nicht aufgezeigt werden. Bei den vielfältigen und sehr unterschiedlichen Interventionen zur Verbesserung von Wohlbefinden ist die Wirksamkeit nur zum Teil nachgewiesen.“ (Frank, 2010, S. 25)

Zu den ersten Wissenschaftlern, die sich mit salutogenetischen Fragen auseinandergesetzt haben, zählt Erich Fromm (1900-1980), Begründer der humanistischen Psychologie und Psychotherapie. Die humanistische Psychotherapie versteht sich als Weiterentwicklung der humanistischen Psychologie und stellt das persönliche Wachstum, das heißt die Entfaltung und Entwicklung von Ressourcen und Fähigkeiten von Menschen in den Mittelpunkt des Interesses. Diesbezüglich kommt der Eigenmotivation, Eigenarbeit und der Selbstauseinandersetzung des Behandelten eine besondere Rolle zu. Das zugrundeliegende Menschenbild ist ressourcenorientiert und in der humanistischen Philosophie verankert.

Weitere psychologische Wurzeln sind in den Beiträgen von

- Jung (1933) mit dem Konzept der Individualpsychologie,
- Victor Frankl (1959) mit der Existenzanalyse,
- Abraham Maslow (1962, 1977) mit seinem Konzept der Selbstaktualisierung,
- Carl Rogers (1961) mit dem Konzept der „fully functioning person“ und Erikson (1963) mit dem Konzept einer lebenslangen, kontinuierlichen Entwicklung,

verankert (vgl. Frank, 2010, S. 115p.).

Abraham Maslow (1908–1970) befragte zahlreiche gesunde Menschen, welche Eigenschaften für Gesundheit und Selbstverwirklichung notwendig sind, und kam zu folgendem Ergebnis:

„Die wirklich gesunden Menschen nehmen die Realitäten des Lebens besser wahr als andere. Sie können Menschen und Sachverhalte richtig beurteilen und sich selbst und andere sowie auch die Natur so akzeptieren, wie sie sind. Sie haben keine Schutzforderung, keine Verteidigung, keine Pose. Sie haben eine Abneigung gegen Gewissenlosigkeit, Lüge und Heuchelei. Sie besitzen Natürlichkeit, Spontaneität und Einfachheit. Sie sind problem-, sach- und zielorientiert. Sie haben ein Bedürfnis nach Privatheit und können ohne Unbehagen Eigenverantwortung übernehmen. Sie sind autonom, wachstumsorientiert und besitzen eine unverbrauchte Wertschätzung anderen gegenüber. Sie sind fähig zu Gefühlen der Ehrfurcht, der Freude und des Staunens. Sie verfügen über Gemeinschaftsgefühl, Humor und Kreativität. Die entscheidende Lektion jedoch, die er von diesen Leuten gelernt hat, war, dass sie oft berichteten, ein mystisches Erlebnis gehabt zu haben, Momente intensiven Glücks, der Verzückung, der Seligkeit.“ (Glöckler, Schiffer, Schürholz, 2007, S. 4p.)

Roland Grossarth-Maticek entwickelte das Gesundheitskonzept in den 70er Jahren weiter und stellte in seinen Untersuchungen „*die Fähigkeit zur Selbstregulation*“ in den Mittelpunkt. Für ihn zeichnen sich gesunde Menschen insbesondere dadurch aus, durch sinnvolle Eigenaktivität ein seelisch-geistiges Wohlbefinden zu erzeugen und damit Krisen und Krankheiten besser zu bewältigen. Diese Hypothese wurde in seiner Studie von über 30.000 Personen eindeutig verifiziert. Gossarth-Maticek untersuchte weiterhin den Einfluss von insgesamt 17 Einzelfaktoren, wie z. B. gute Erbmasse, gesunde Ernährung, regelmäßige Bewegung, gute soziale Einbindung, genügend Schlaf, gutes Stressmanagement, Begeisterungsfähigkeit usw., auf die Gesundheit und kam zu zwei wichtigen Erkenntnissen:

- 1) Die untersuchten Einzelfaktoren haben nur in ihrem Zusammenwirken einen positiven Einfluss auf die Gesundheit.
- 2) Der Bezug zur geistigen Welt ist der wichtigste Gesundheitsfaktor.

Aktive Gesundheitsarbeit zu leisten, bedeutet daher, das Leben auf der Ebene des Körpers, der sozialen Beziehungen und der geistigen Welt in die Hand zu nehmen.

Auch Aaron Antonovsky (1923-1994), Begründer der Salutogenese-Forschung, nimmt engen Bezug zur geistigen Dimension und stellt das Kohärenzgefühl bzw. den Kohärenzsinn in das Zentrum seiner Aufmerksamkeit. Er postuliert, dass ein bewusster und aktiver Bezug zur Welt ohne Sinn-

perspektive nicht möglich sei. Entscheidend für die Aufrechterhaltung und Herstellung von Gesundheit sei damit die Fähigkeit, den Sinn des Daseins und den Zusammenhang mit der Welt (wieder) zu finden. Im Sinne Antonovsys führt der Begriff Salutogenese zurück zu der Frage, warum es sich überhaupt lohnt, dieses Leben zu leben – zurück zum Ursprung der Lebensfreude.

Pionierarbeit leistete auch Martin Seligmann, ursprünglich in der Depressionsforschung tätig und bekannt durch seine Theorie der erlernten Hilflosigkeit. Als ehemaliger Präsident der American Psychological Association (APA) setzte er sich dafür ein, dass die Psychologie nicht darauf beschränkt sein sollte, Menschen von ihrem Leiden zu befreien, sondern auch eingesetzt werden sollte, um gesunde Menschen glücklich zu machen.

„Psychology is not just the study of disease, weakness, and damage. It also is the study of happiness, strength and virtue.“ (Seligmann, 2002; in: Frank, 2011, S. 4)

Damit initiierte er die *Positive Psychologie Bewegung*, die bereits viele wertvolle Erkenntnisse in Bezug auf positive psychische Gesundheit geliefert hat.

Neuere Ansätze der positiven Psychologie, wie zum Beispiel das Konzept des „Flourishing“ von Keyes und Haidt (vgl. Keyes, Haidt, 2013), liefern vermehrt Beiträge zu Konzepten und Befunden des Konstrukts „Lebensqualität“ bzw. „gesundheitsbezogene Lebensqualität“. Der Begriff „Flourishing“ beschreibt den Zustand positiver seelischer Gesundheit am umfassendsten und bedeutet soviel wie gedeihliche, gut gelingende Lebensführung. Als multidimensionaler dynamischer Prozess integriert er die Dimensionen emotionales Wohlbefinden (positive Grundstimmung, Glück und Lebenszufriedenheit), positives Funktionieren („psychological wellbeing“) sowie auch soziales Wohlbefinden. Die europäische Auffassung darüber, was unter einer guten Lebensführung zu verstehen ist, stimmt mit der amerikanischen Konzeptualisierung nicht ganz überein. In den Vereinigten Staaten werden intellektuelle, soziale, emotionale und physische Faktoren zur Operationalisierung des Konstrukts herangezogen (vgl. Frank, 2011, S. 6pp.). Seelische Gesundheit wird im Rahmen dieses Konzepts als Fähigkeit definiert, nämlich als Fähigkeit, externe und interne Anforderungen zu bewältigen. Neben der Verhaltenskontrolle wird seelische Gesundheit als wichtigster Persönlichkeitsfaktor angesehen.

Begründer und Vertreter der Salutogenese-Forschung fordern mit ihren Postulaten und Erkenntnissen zu einem neuartigen Verständnis von Gesundheit auf. Sie definieren Gesundheit als etwas hoch Individuelles, fernab von jeder gesellschaftlichen Norm oder WHO-Definition. Gesundheit wird weder als Dichotomie noch als andauernder Zustand verstanden, sondern vielmehr als aktiver, selbstgesteuerter Prozess, eine Vielzahl von Stresssituationen und Krankheitstendenzen erfolgreich zu bewältigen. In diesem Sinne ist Gesundheit eine *Fähigkeit*, nämlich die Fähigkeit, sich mit Problemen, Ängsten und Frustrationen sinnvoll auseinanderzusetzen. Wie jede andere Fähigkeit ist auch diese Fähigkeit erlernbar, sodass konsequenterweise jeder Mensch die Möglichkeit zur Gesundheitsentwicklung hat. Für den einzelnen bedeutet dies die Übernahme von Verantwortung und die Bereitschaft, beständige Gesundheitsarbeit zu leisten.

Keyes und Haidt (2013) entwickelten ein zweidimensionales Modell seelischer Gesundheit und Krankheit (Abb. 3) und legten es der MIDUS-Studie (vgl. Frank, 2010, S. 81pp.) zugrunde. Dabei stellte sich heraus, dass von den 85,9 % der Personen, die nicht die diagnostischen Kriterien einer psychischen Krankheit (hier: Depression) erfüllten, nur 17,2 % (!) vollkommen psychisch gesund (Flourishing) sind.

56,6 % der befragten Personen wiesen eine moderate psychische Gesundheit auf und 12,1 % zeichneten sich durch eine deutliche Mattigkeit, Trägheit und Lustlosigkeit („languishing“) aus (vgl. Frank, 2010, S. 81pp.). Eine Gruppe europäischer Wissenschaftler (European Social Survey, EES) (vgl. So, Huppert (2009); in: Frank, 2010, S. 71pp.) konnte nachweisen, dass auch in Europa der Anteil der Menschen mit mäßiger bis schlechter psychischer Gesundheit (languishing) beträchtlich ist. Nur 12 % der europäischen Gesamtbevölkerung zählen zu den gut gedeihenden Menschen.

Es gibt vier große Kategorien von Schutzfaktoren:

- „1. **Soziale und wirtschaftliche Faktoren**, insbesondere gute Bedingungen am Arbeitsplatz und eine gute sozio-ökonomische Lebenslage
2. **Umweltfaktoren**, insbesondere gute Luft- und Wasserqualität, gute Wohnbedingungen und gute soziale Netzwerke (Freunde, Nachbarschaft)

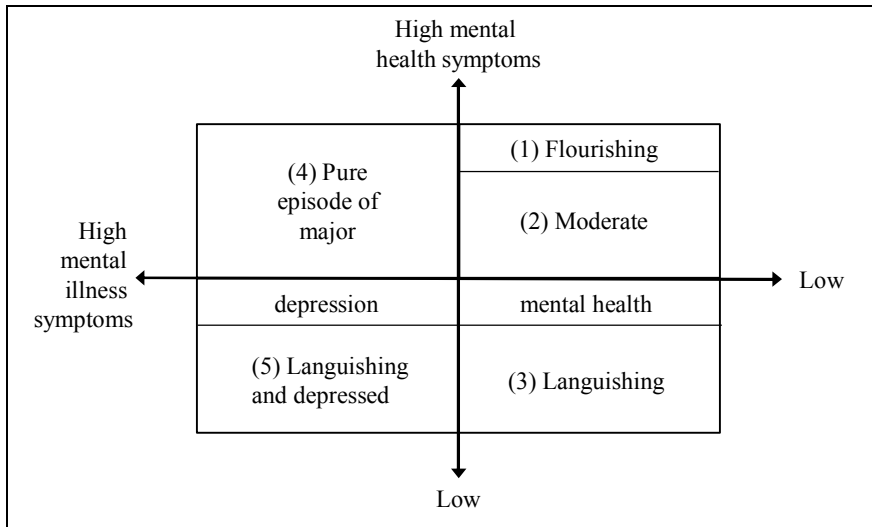


Abbildung 3: Das Modell der psychischen Gesundheit und deren diagnostischen Leitlinien (vgl. Keyes, Haidt, 2013, S. 6245p.)

3. behaviorale und psychische Faktoren, insbesondere angemessene Bewegung, Ernährung und Spannungsbewältigung, reduzierter Konsum von legalen und illegalen Drogen, sicheres Gefühl von Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit, Eigenverantwortung, Optimismus, Resilienz und Schutzmotivierung

4. Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen, insbesondere zu Bildungs- und Sozialeinrichtungen, Transport- und Freizeitmöglichkeiten, aber natürlich auch zu Einrichtungen der Krankenversorgung, Pflege und Rehabilitation.“ (Hurrelmann et al., 2010, S. 16)

Aufgrund der disziplinären Anbindung an das Fach der Psychotherapiewissenschaften wird ausschließlich auf den dritten Bereich, also auf den Bereich der behavioralen und psychischen Faktoren, eingegangen.

„Menschen, die um eine Psychotherapie ansuchen, klagen über psychische Störungen unterschiedlicher Art. Sie beschreiben mehr oder weniger nachdrücklich Symptome, die sie belasten. (...) Im praktischen Ablauf einer Therapie ist es in unserem Gesundheitssystem zunächst erforderlich, dass der Therapeut (...) eine Störungsdiagnose gemäß ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) stellt. Dabei wird ausschließlich die Symptomatologie, d.h. das Störende und das im negativen Sinne Auffällige betrachtet.“ (vgl. Frank, 2011, S. 4p.)

Die hier vorliegende Arbeit hat nun das Ziel, zur Stärkung der Rolle der „Gesundheitsförderung“ in unserem europäischen Gesundheitssystem beizutragen und letztendlich Wege und Möglichkeiten aufzuzeigen, wie durch gesundheitsförderliche Maßnahmen das allgemeine Niveau der Bevölkerungsgesundheit angehoben werden kann. In Anlehnung an Martin Seligmanns Forderung wird von der Autorin die einseitige Beachtung der Störungs- und Defizitperspektive innerhalb der Psychotherapiewissenschaft kritisiert und eine gleichberechtigte Beachtung gesundheitsförderlicher Aspekte gefordert.

„Die Positive Psychologie sieht die Psychotherapie nicht nur als Ort, an dem es um schwerwiegende Probleme, Frustrierendes, Misslungenes, um Angst, Ärger, Neid und Missgunst, um Trauer, Leid und tiefe Depressionen geht, sondern gerade auch als Ort, an dem aktiv Hoffnung und Optimismus erzeugt werden muss, Dankbarkeit eine Rolle spielt, Selbst- und Handlungskontrolle in Gang gebracht wird, menschliche Stärken unterstützt und Aspekte der emotionalen und sozialen Intelligenz gefördert werden.“ (vgl. Frank, 2010, S. 117pp.)

Dabei reicht es nicht aus, nur den *Blickwinkel* zu erweitern, vielmehr muss ganz bewusst die *Blickrichtung* geändert werden: Psychisch kranke Menschen können ihre Aufmerksamkeit nicht ohne weiteres von ihrem Missbefinden ablenken. Dysfunktionale Denkweisen und eine eingeschränkte Selbstwahrnehmung hindern sie daran, sich ihrem Wohlbefinden zuzuwenden. Bei der Mehrzahl ressourcenorientierter Therapieformen, wie zum Beispiel bei meditativen Techniken mit Achtsamkeit und Akzeptanz, bei narrativen Ansätzen, dem Selbstinstruktionsansatz von Staveman (2013), der kognitiven Therapie oder dem Training emotionaler Kompetenzen, der Stressbewältigung oder der Erhöhung der Spannungstoleranz etc., handelt es sich um störungsspezifische Trainingsmaßnahmen. Ihr therapeutisches Ziel besteht darin, psychisch beeinträchtigten Menschen dabei zu helfen, ihre Aufmerksamkeit von einem Zustand des Missbefindens abzulenken. Salutogenetische Ansätze setzen Fähigkeiten, wie zum Beispiel Genuss- oder Entspannungsfähigkeit etc., bereits voraus. Der Blick in Richtung Ressourcenperspektive wird also erst frei, wenn man sich gänzlich von der Störungs- perspektive abwendet. Damit sollen bisherige Ansätze jedoch keinesfalls abgewertet werden! Die Intention der Autorin ist es vielmehr, eine verstärkte Beachtung positiver Aspekte menschlichen Erlebens und Verhaltens anzuregen.

Der Fokus der hier vorliegenden Studie richtet sich auf Merkmale und Bedingungen, die zu einem glücklichen und zufriedenen Leben führen. Das Interesse konzentriert sich dabei insbesondere auf das Evaluationskriterium der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Menschen mit uneingeschränkten Erlebens- und Verhaltensweisen.

Nach Brickman und Campbell (1971; in: Frank, 2011, S. 11p.) sind alle Bemühungen Glück und Wohlbefinden zu steigern, von vorne herein zum Scheitern verurteilt. In ihrer „Hedonic Treadmill“-Theorie postulieren sie, dass das Glücks- und Zufriedenheitserleben lediglich ein kurzfristiges Erleben ist und beständig neuer Anreize bedarf, um über einen längeren Zeitraum hinweg erhalten zu bleiben. Den relativ rasch eintretenden Gewöhnungseffekt nennen sie „hedonischen Setpoint“.

Die Theorie der Hedonic Treadmill ist mittlerweile mehrfach falsifiziert worden, wie zum Beispiel von Diener, Lucas und Scollon (2006), die mit folgenden fünf Befunden nachweisen, dass der sogenannte hedonische Set-Point durchaus verschiebbar ist:

- „1. Es ist empirisch gut belegt, dass der „Set-Point“ emotionalen Erlebens nicht im neutralen, sondern im positiven Bereich liegt.
2. Es gibt keinen konstanten „Set-Point“, der gleichermaßen für alle Menschen gilt. Je nach Temperament unterscheiden sich Menschen bezüglich ihrer „Set-Points“.
3. Eine Person kann entsprechend der unterschiedlichen Komponenten des Wohlbefindens (Glück, Zufriedenheit) verschiedene „Set-Points“ haben, da sich das Erleben von angenehmen, unangenehmen Emotionen und Lebenszufriedenheit unterschiedlich entwickelt.
4. Die „Set-Points“ können sich durch Lebensinflüsse durchaus über die Zeit hinweg verändern.
5. Menschen unterscheiden sich darin, wie sie sich an Ereignisse adaptieren. Einige verändern ihre „Set-Points“ abhängig von äußeren Ereignissen, andere nicht. Aufmerksamkeitsprozesse spielen dabei eine wesentliche Rolle.“ (vgl. Frank, 2011, S. 11pp.)

Auch John Shlien (1991), Klienten-zentrierter Psychotherapeut, warnte vor den Gefahren für die Psychotherapie beim Zugrundelegen des Glücks als

Therapieziel, haben doch bereits Generationen von Dichtern und Philosophen auf die Unbeständigkeit des Glücks hingewiesen. Dabei verabsäumte er es jedoch, zwischen guten und schädlichen Lustquellen zu unterscheiden. Shliens's Definition von Glück gründet auf einer hedonistischen Sichtweise des Glücks, wie sie insbesondere von Locke (1999) entwickelt und unter anderem auch von Freud aufgegriffen wurde. Eine hedonistische Lebensphilosophie muss zwischen guten und schlechten Lustquellen differenzieren (Epikur) oder eine Haltung der Gleichgültigkeit gegenüber Lust und Leid einnehmen (Stoizismus), da nicht alle Lusterfahrungen unbedingt auch glücklich machen. Bestimmte Lusterfahrungen, wie zum Beispiel Sex und Alkohol, können zwar kurzfristig durchaus sehr angenehm sein, aber langfristig auch negative Konsequenzen nach sich ziehen und einem glücklichen Leben abträglich sein.

Zwischen Lusterleben und Glücklichkeit besteht ein wesentlicher qualitativer Unterschied! Wahres Glück gründet auf einer Lebensphilosophie, die auf das Gute ausgerichtet ist und eine umfassende Lebenszufriedenheit nach sich zieht. Diese Art von Glück darf nicht mit flüchtiger Lusterfahrung verwechselt werden.

Frank (2011) differenziert drei Arten des Glücks:

„Glück als günstiger Zufall, gelungenes Leben und Erfahrung tiefer Freude.“
(Frank, 2011, S. 47)

Daraus zieht sie wichtige Schlussfolgerungen für die Psychotherapie. Während das Glück aufgrund eines günstigen Zufalls nicht durch psychotherapeutische Maßnahmen beeinflusst werden kann, trifft dies sehr wohl auf die beiden anderen Definitionen von Glück zu. Wichtigstes Ziel der Psychotherapie sollte es sein, Klienten dabei zu unterstützen, sich in Richtung eines guten und gelungenen Lebens zu bewegen.

Wellnessfaktor psychische Gesundheit
Gesundheitsförderung durch Ressourcenaktivierung
Jerich, L.
2016, XV, 308 S. 25 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-658-12927-9