

Gesundheitsförderung als Identitätsarbeit

Keupp, Heiner

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

Verlag Barbara Budrich

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Keupp, H. (2006). Gesundheitsförderung als Identitätsarbeit. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*, 7(2), 217-238. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-277954>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

Heiner Keupp

Gesundheitsförderung als Identitätsarbeit

Health promotion – an issue of active identity formation

Zusammenfassung:

Neuzeitliche Gesundheitsdiskurse folgen der Logik der Dialektik der Aufklärung. In dem Maße, wie sich mit der Herausbildung eines neuzeitlichen Menschen- und Weltverständnisses Vorstellungen der Beeinflussbarkeit von Gesundheit und Krankheit durch individuelle und soziale Aktivitäten entwickelten, begann auch der Siegeszug der modernen Medizin, die zunehmend die gesellschaftliche Regie über Gesundheit und Krankheit übernahm. Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta bemüht sich um eine Perspektive der Wiedergewinnung von Selbst- und Sozialwirksamkeit der Subjekte in Bezug auf Gesundheitshandeln. In der Verknüpfung von Konzepten der Gesundheitsförderung mit der aktuellen sozialwissenschaftlichen Identitätsforschung ergeben sich innovative gesundheitswissenschaftliche Perspektiven. Vor allem das salutogenetische Grundkonzept hat mit seiner Fokussierung auf das Kohärenzprinzip eine wichtige Brückenfunktion übernommen. Allerdings muss es im Sinne einer reflexiv-modernen Theorieentwicklung aus den Rahmungen traditioneller Identitätskonzepte herausgeführt werden.

Schlagworte: Ottawa Charta, Empowerment, Gesundheitsdiskurse und Modernisierung, Ambivalenz der modernen Medizin, Selbstwirksamkeit, Salutogenese, Identitätsarbeit, Kohärenz, Ressourcen

Abstract:

Modern health discourses have adopted the dialectic of enlightenment. When, with the emergence of a modern understanding of man and world, health and illness were increasingly seen as amenable to the influence of individual and social action, this also marked the beginning of the rise of modern medicine as the agent of societal control over health and illness. Health promotion in terms of the Ottawa Charta seeks to re-invest subjects with health-gear self-efficacy and social agency. Concepts of health promotion combined with research on identity formation currently conducted in the social sciences have favoured the emergence of innovative perspectives in the health sciences, with the concept of salutogenesis and its focus on the principle of coherence as a major link. This concept, however, needs to be re-framed in terms of modern reflexive theory, as opposed to the frameworks of traditional identity concepts.

Keywords: Ottawa Charta, empowerment, health discourses and modernization, ambivalence of modern medicine, self-efficacy, salutogenesis, active identity formation, coherence, resources

Gelegentlich entwickeln sich wissenschaftliche Arbeitsfelder in einer *splendid isolation* voneinander. Journale, Tagungen und die ihr zugeordneten fachlichen *Communities* entfalten eigenständige Diskurse, die kaum aufeinander Bezug nehmen. So sah das auch lange Zeit für die Gesundheits- und Identitätsforschung aus. Das ist insofern erstaunlich, als das klassische Identitätskonzept von Erik H. Erikson einen impliziten Gesundheitsdiskurs enthielt. Sein Stufenmodell der Identitätsentwicklung sah als Zentralkomponente einen normativ-positiven Entwicklungspfad vor, der zugleich immer auch die Möglichkeit des Scheiterns thematisierte. Die zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben auf jeder Stufe wurden von Erikson als Polarität formuliert (z.B. Urvertrauen vs. Misstrauen, Autonomie vs. Scham und Zweifel, Identität vs. Identitätsdiffusion). Unzureichende Lernprozesse bei der Bewältigung der Entwicklungsphasen waren pathogenetisch relevante Faktoren. Bei aller Prominenz, die das Eriksonsche Konzept erlangt hat, ist trotzdem kein größerer Ideentransfer von der einen Fachszene in die andere vollzogen worden.

In meinem eigenen Forschungsprozess hat deshalb auch eher ein Zufallsbefund die Aufmerksamkeit auf eine sinnvolle Verknüpfung von Gesundheits- und Identitätsforschung gelenkt. Bei unserer Längsschnittstudie zur Identitätsentwicklung von jungen Erwachsenen in der spätmodernen Gesellschaft (vgl. Keupp/Ahbe/Gmür et al. 2006³) ließen wir neben anderen Erhebungsinstrumenten auch einen Fragebogen zu belastenden Lebensereignissen mitlaufen, der auch gesundheitliche Belastungen enthielt. Zu unserer eigenen Überraschung gaben sehr viele unserer Befragten an, im abgelaufenen Jahr sehr viele gesundheitliche Probleme gehabt zu haben. Das hat dann in einer nachfolgenden Studie zur Gesundheit von Jugendlichen dazu geführt, dass wir genauer erfassen wollten, in welcher Weise Bedingungen, die für eine gelingende Identitätsentwicklung relevant sind, zugleich auch gesundheitsförderlich wirken. Als gesundheitswissenschaftliches Paradigma stützten wir uns auf das salutogenetische Modell von Aaron Antonovsky (1997) und bei ihm stießen wir auch wieder auf die Spur von Erikson, denn er sieht die Herausbildung der von ihm als zentral konzeptualisierten Gesundheitsressource, dem „Kohärenzgefühl“ einen Entstehungsprozess, dessen Modellierung der Identitätsentwicklung im Eriksonschen Sinne folgt. Aus diesem Lernprozess folgte für uns die Einsicht, dass Identitätsarbeit und Gesundheitsförderung einen zentralen gemeinsamen Schnittbereich haben, der entscheidend durch die Kohärenzgewinnung bestimmt ist. Es schloss sich aber auch die Frage an, ob die kritischen Konsequenzen, die wir aus unseren empirischen Befunden in bezug auf spätmoderne Identitätsarbeit gezogen haben und die eine kritische Absetzbewegung vom Klassiker Erikson zur Folge hatten, nicht ebenso konsequenzenreich für das salutogenetische Modell sein müssten. Zumindest was die Annahme betrifft, dass mit abgeschlossener Adoleszenz auch das Kohärenzgefühl einen Stabilitätswert gewonnen hätte, der im weiteren biographischen Ablauf nicht mehr verändert werden würde.

Zur spezifischeren Hinführung zu meiner Thematik nutze ich eine amtliche Autorität in Sachen Gesundheit: die Weltgesundheitsorganisation. In ihrer Ottawa-Charta aus dem Jahre 1986 (vgl. Trojan/Stumm 1992) heißt es:

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch,

daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“.

Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung hat mit einer solchen Formulierung eine tragfähige Basis gefunden, die sowohl empirische Plausibilität auf ihrer Seite hat, als auch einen wichtigen normativen Bezugspunkt setzt. Für diesen könnte ich auch den Begriff Empowerment setzen oder Ermutigung zum aufrechten Gang. Die Ottawa-Charta begründet vor allem die Perspektive einer gesundheitsbezogenen Gestaltung des Sozialen, die es ermöglicht, das Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung aus der Dominanzkultur der Biomedizin herauszuführen.

1. Gesundheit als höchstes Gut

Die Gesundheit wird von den BürgerInnen der Bundesrepublik als ihr höchstes Gut betrachtet. Vor allen anderen Bereichen wie Familie, Einkommen, Arbeit, Umweltschutz, beruflichen Erfolg nennen sie Gesundheit als wichtigsten Bereich für ihr subjektives Wohlbefinden. Das gilt für Frauen und Männer, Jugendliche und alte Menschen, bei denen die Wertschätzung der Gesundheit in absoluten Spitzenwerten zum Ausdruck kommt.

War das nicht immer so? Gesundheit als Inbegriff für Wohlbefinden, Glück oder erfülltes Leben ist ein moderner Begriff. In der Tradition des mittelalterlichen Christentums waren Gesundheit, Krankheit, Sterben und Tod Teil einer göttlichen Schöpfungsordnung. Gesundheit und Krankheit erhielten ihren Sinn in einer Ordnung der Dinge, die von Gott so eingerichtet war und auf die Menschen ohnehin wenig Einfluss nehmen können. Die Gesundheit des einzelnen war kein persönliches Gut, sondern Ausdruck seiner Integration in die von Gott bestimmte Ordnung. Mit der entstehenden Neuzeit, die von Aufklärung, Industrialisierung und einem selbstbewussten Bürgertum geprägt war, kam es zu einem grundlegenden Wandel in der Schöpfungsordnung und der in ihr gegebenen menschlichen Handlungsmöglichkeiten. Gesundheit wird anfänglich nach wie vor als göttliche Fügung begriffen, aber sie erfordert zunehmend auch die Eigenleistung des Subjekts. Die Gottgefälligkeit des individuellen Lebens erweist sich zunehmend in einer sozialnützlichen Lebensweise. Gesundheit wird zum Gradmesser einer gott-gefälligen Lebensweise. Gesundheit ist nicht nur Schicksal, sondern Ausdruck eines individuellen Lebensstils. Sie ist gebunden an Mäßigkeit der Lebensführung, an einen sparsamen und effektiven Umgang mit Lebensressourcen und sie wird zunehmend mit Arbeitsfähigkeit gleichgesetzt. Arbeitsamkeit ist der Inbegriff einer methodischen Lebensführung. Die BürgerInnen unterliegen der Pflicht, alle ihre Energien für die Realisierung eines nützlichen Lebens zu mobilisieren.

Die BürgerInnen der Neuzeit haben ihre Vorstellungen von Vollkommenheit und Glückseligkeit zunehmend mit irdischer Gesundheit gleichgesetzt. Gesundheit wurde zur zentralen Voraussetzung für die Realisierung diesseitiger Utopien. Mit der zunehmenden bürgerlichen Vorstellung der Selbstverantwortung für das eigene seelisch-körperliche Wohlbefinden verliert der Glaube an eine von Gott stabil geordnete Welt, in der auch Gesundheit und Krankheit vorbestimmt sind, an Bindekraft. Gesundheit wird immer weniger als von Gott geschenkt auf-

gefasst. Gesundheit wird nun so verstanden, dass sie durch den Menschen selbst produziert werden kann; sie wird mit Selbst-Tun assoziiert; sie drückt den rationalen Umgang jedes einzelnen mit sich selbst aus.

Diese Säkularisierung von Heilserwartungen in diesseitig gerichtete Vorstellungen vom „guten Leben“ haben den Wert von Gesundheit ungeheuer gesteigert. Er hat seit der Aufklärung ständig an Bedeutung zugenommen. Gesundheit ist die unabdingbare Voraussetzung für eine optimale Entfaltung unserer Leistungsfähigkeit und mit den wachsenden Anforderungen an die Arbeitsfähigkeit und Leistungskraft wachsen auch die Ansprüche an die Gesundheit. Aber auch die Nutzung nicht-arbeitsbezogener Angebote in der Freizeit, in der Konsumwelt, der Kultur und im Privaten setzen Gesundheit voraus. In der folgenden Werbung für ein marktgängiges Therapeutikum kommt diese Gesundheitsphilosophie eingängig zum Ausdruck: „Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Sie ist die beste Voraussetzung für Arbeits- und Lebensfreude. Es lohnt sich, sie zu bewahren oder bei Beschwerden rasch und auf möglichst natürliche Weise wiederherzustellen.“

Gesundheit wünschen sich die Menschen für sich selbst am meisten und sie steht ganz oben bei dem, was sich Menschen bei Geburtstagen und zum Jahreswechsel wünschen. Sie hat einen religionsähnlichen Status. Unser „Heil“ hängt von ihr ab.

Der beschriebene Perspektivenwechsel von einer außerirdischen zu einer innerweltlichen Heilserwartung ist eng gekoppelt an den Aufstieg der modernen Medizin und den an sie geknüpften Erwartungen und Hoffnungen. Die erfahrungswissenschaftlich fundierte moderne Medizin und ihre Erfolge bestätigen die Grundüberzeugung des aufgeklärten bürgerlichen Bewusstseins, das ein gezieltes Eingreifen in naturhafte und gesellschaftliche Prozesse für möglich und notwendig hält. Mit ihren unstrittigen Erfolgen hat die Medizin nicht nur den Beweis angetreten, dass menschliches Handeln dem „blinden Walten“ des Schicksals und der Natur eine eigene handelnde Vernunft entgegensetzen kann, sondern sie ist zugleich zum Kristallisationskern der innerweltlichen Heilserwartungen geworden. Die dominierende Alltagsreligion ist die Gesundheit geworden und ihre Priesterschaft rekrutiert sich aus der Medizin.

Im kulturellen Selbstverständnis der Moderne repräsentiert die Medizin einerseits die Idee der Aufklärung, nämlich die Überwindung blinder Abhängigkeiten und den Versuch, scheinbar unberechenbare Gefahren der Natur einer rationalen Kontrolle zu unterziehen. Andererseits bindet die Medizin in ihrem Heilungspotential auch eine innerweltliche Heilserwartung, die Menschen passiv macht. In diesem Sinne werden Menschen durch die moderne Medizin zugleich ihrer Gesundheit und ihrer Krankheiten enteignet. Sie werden der mit Allmacht ausgestatteten Medizin abgetreten. In ihrem biomedizinischen Krankheitsbegriff kommt die Medizin dieser delegierenden Entäußerung vieler Menschen entgegen. Er transportiert ein Menschenbild, das die psychosozial bestimmte Identität des Menschen von seinem Organismus abtrennt, für dessen biologische Abläufe und vor allem ihre krankheitsbedingten Störungen die Biomedizin die Zuständigkeit hat.

KritikerInnen der modernen Medizin betonen, dass sie den Menschen zwar aus der totalen Abhängigkeit von naturhaften Wirkmächten und Gefahren befreit habe, aber um den Preis einer erneuten Abhängigkeit von einer biomedizinisch-technischen Logik. Diesen Widerspruch muss eine zeitgemäße Perspektive der Gesundheitsförderung erkennen und zu überwinden versuchen. Notwendig ist die Förderung einer Vorstellung von Gesundheit, die das aktive und selbsttätige

Subjekt betont und dies auch gegenüber den Passivität fördernden Tendenzen der biomedizinisch-technischen Medizin.

2. Modernisierung und Gesundheit

Die Skepsis gegenüber den Segnungen der Industrialisierung wächst. Unser Bewusstsein hat sich für neue Risikolagen geschärft. Bei aller berechtigten Skepsis gegenüber einem ungebremsten Industrialismus bleibt doch festzuhalten, dass die Moderne den Menschen eine gesteigerte Lebenserwartung und das heißt, eine Eindämmung von Krankheiten, z. T. eine vollständige Bewältigung früher bedrohlicher Krankheiten, gebracht hat.

Die Geschichte des ausgehenden 20. Jahrhunderts ließe sich problemlos als eine Siegesgeschichte der Medizin schreiben. Die „Geißeln Gottes“ früherer Zeitepochen sind überwunden: Mindestens in den Industrieländern des Westens sind Seuchen, Epidemien und Infektionskrankheiten weitgehend bewältigt oder unter Kontrolle. Die Folge ist ein dramatischer Anstieg der Lebenserwartung der Menschen. Die durchschnittliche Lebenserwartung für Männer stieg seit Beginn dieses Jahrhunderts um 27,39 auf heute 72,21 Jahre und für Frauen noch dramatischer um 30,35 Jahre auf 78,68 Jahre. Ein erheblicher Teil des noch vorhandenen Krankheitspotentials kann als Ausdruck der erhöhten Lebenserwartung gedeutet werden: Werden Menschen im Durchschnitt älter, dann erhält auch der Anteil altersbedingter degenerativer Erkrankungen ein größeres Gewicht. Diese Erkrankungen, die natürlich für den einzelnen Leiden und Schmerzen bedeuten, müssen deshalb unter dem Aspekt der gesundheitlichen Gesamtsituation nicht beunruhigen. Bei weiter steigender Lebenserwartung (für das Jahr 2018 wird ein mittleres Sterbealter in Deutschland von 85 Jahren geschätzt) ließe sich sagen, dass sich die durchschnittliche Lebenserwartung den biologischen Grenzen menschlichen Lebens überhaupt nähert (vgl. Wemmer/Korczak 1994).

Diese Perspektive eines linearen Fortschritts der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung gerät bei einigen aktuellen Problemen in Erklärungsnotstand (nach Sagan 1992; Kleiber 1992):

1. Es gibt eine erkennbare Diskrepanz zwischen Daten, die auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung hinweisen und dem subjektiven Gefühl von Gesundheit und Wohlbefinden. Gesundheit ist für viele Menschen mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Zunehmend wird auch deutlich, dass neben den biomedizinisch erfass- und behandelbaren Krankheitsursachen Persönlichkeitsfaktoren, der Lebensstil und die soziale Integration der Menschen von zentraler Bedeutung für Gesundheit und Krankheit sind.
2. Die Medizin hat weitgehend erfolgreich die infektiösen Wege der Krankheitsentstehung unter ihre Kontrolle bringen können, aber sie tut sich schwer mit Prozessen der Krankheitsentstehung und -bewältigung, die außerhalb biomedizinischer Abläufe liegen. Lebensqualität ist auch und gerade dann ein zentrales Bedürfnis, wenn Menschen mit chronischen Krankheiten ein Lebensarrangement finden wollen. Und wir wissen, dass der Verlauf von Krankheiten wesentlich auch von dem Lebensgefühl der Menschen, ihren sozialen Beziehungen und der trotz und mit der Krankheit möglichen Lebenssouveränität abhängt.

3. Die positiven Effekte der medizinischen Modernisierung lassen sich vor allem bei älteren Menschen sowie bei Säuglingen und Kindern nachweisen: Gemessen an der Steigerungsrate der Lebenserwartung haben ältere Menschen seit 1900 in fast gleichem Umfang von ihr profitiert wie die ganz jungen. Bei Erwachsenen lassen sich bei den meisten Erkrankungen rückläufige Mortalitätswerte aufzeigen. Bei Jugendlichen ist der Trend allerdings gegenläufig. Das wirft die Frage auf, welche gesundheitlichen Belastungen der Modernisierungsprozess selbst in den westlichen Gesellschaften erzeugt. Jugend repräsentiert den sensibelsten Teil einer Gesellschaft (vgl. Hurrelmann 1988).
4. Das fortgeschrittenste Land der westlichen Hemisphäre, die USA, die regelmäßig die meisten NobelpreisträgerInnen in der Medizin stellen und deren BürgerInnen sich lange zu Recht an der Spitze auch des medizinischen Fortschritts einordneten, stagniert in seiner Entwicklung und ExpertInnen sprechen von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der amerikanischen Bevölkerung (z.B. fallen die USA auf der Rangskala im Rückgang der Säuglingssterblichkeit vom 7. auf den 17. Platz zurück). Dies gilt, obwohl die Aufwendungen für Gesundheit in ihrem Anteil am Bruttozialprodukt wachsen (von 4,4 % im Jahre 1950 auf 11 % im Jahre 1984). Hier tut sich eine wachsende Schere zwischen der Leistungsfähigkeit der Biomedizin und dem Gesundheitszustand der Menschen auf, der die Frage nahe legt, wie förderlich gesellschaftliche Modernisierungsprozesse letztlich für die Lebensqualität der Menschen sind.

3. Psychosoziale Lebensqualität als Bedingung für Gesundheit

Wenn es nicht der medizinische Fortschritt allein ist, wovon hängt sonst der Gesundheitszustand der Bevölkerung ab? Die aktuelle sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung hat unsere Aufmerksamkeit auf Veränderungen der sozialen Lebensverhältnisse gerichtet und zeigen können, dass eine Reihe von Verbesserungen in der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, die zunächst ganz selbstverständlich der modernen Medizin als Erfolg zugerechnet wurden, auf allgemeine Verbesserungen der Lebensbedingungen zurückgeführt werden müssen. Historische Analysen zeigen, dass nicht einmal der Rückgang der Todesraten von Tuberkulose, Keuchhusten und Masern dem Erfolg von Impfprogrammen zugeschrieben werden kann, sondern dass die entscheidenden Senkungen der Sterberaten bereits vor Einführung von Impfprogrammen erfolgt waren.

In aller Regel wird ein hygienisch erweitertes medizinisches Modell herangezogen, um die Verbesserungen der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung zu erklären. Zweifellos haben sich hygienische Maßnahmen zur Verbesserung der Nahrungs- und Trinkwasserversorgung günstig auf die Gesundheit ausgewirkt, doch auch hier wird das Bild eines linearen medizinischen Fortschritts durch historisch-sozialmedizinische Befunde relativiert. Vor allem kann gezeigt werden, dass der Rückgang der Sterberaten schon vor der großen Hygienebewegung des 19. Jahrhunderts begann. Außerdem ist der Rückgang der Mortalität nicht ent-

scheidend durch den Rückgang der Infektionen verursacht worden, sondern durch einen Rückgang der Todesraten bei Menschen, die sich infiziert hatten.

Vieles scheint dafür zu sprechen, dass sich die Resistenz der Menschen im Zuge der Stabilisierung der modernen Industriegesellschaften und der Entstehung wohlfahrtstaatlicher Systeme zunehmend verbessert hat. Der bekannte nordamerikanische Epidemiologe Leonard A. Sagan (1992) stellt die These auf, dass Menschen in prämodernen Gesellschaften aufgrund permanenter und nicht-kontrollierbarer Belastungssituationen eine geringere Resistenz gegen Infektion und Tod hatten und führt dazu aus:

„Wir unterschätzen den Stress, der mit Armut und Ungewissheit prämoderner Gesellschaften einhergeht, erheblich – die eingeschränkte Fähigkeit von Analphabeten und Hoffnungslosen zur Konfliktbewältigung, die Resignation und den Fatalismus, die Angehörige traditioneller Gesellschaften kennzeichnen“ (Sagan 1992, S. 66).

In dieser Formulierung wird eine Sicht von Gesundheit und Krankheit erkennbar, die in der zeitgenössischen Gesundheitsforschung an Bedeutung gewinnt. Auf der Basis epidemiologischer, medizinhistorischer, soziologischer und psychologischer Befunde kommt Sagan zu dem Schluss, dass Zuwächse in der durchschnittlichen Lebenserwartung nur zu einem geringen Teil dem medizinischen Versorgungssystem gutgeschrieben werden dürfen. Auch verbesserte Hygienebedingungen hätten nicht das Gewicht, das ihnen meist zugemessen wird. Die zentrale Rolle bei der Verbesserung der „Überlebensfähigkeit“ oder der gesundheitlichen Situation in den fortgeschrittenen Industrieländern schreibt er Faktoren von Lebensqualität wie „ein Gefühl der Erfüllung, der persönlichen Entfaltung, der Freude und der Kreativität“ zu, die spezifische Formen der Lebensbewältigung ermöglichen und entscheidend bedingt sind durch den sozialen Status, durch den Bildungsstand und vor allem den sozialen Rückhalt im familiären und engeren sozialen Umfeld.

Bei einer solchen Sichtweise überrascht es dann auch nicht, dass bei der oben aufgeworfenen Frage, warum sich die gesundheitliche Situation einer fortgeschrittenen Industriegesellschaft im Weltmaßstab zu verschlechtern beginnt, die Antwort nicht im Zustand der medizinischen Versorgung alleine gesucht werden kann. Einen Teil der Antwort wird man im inneren Zustand der Gesellschaft und ihrer spezifischen Wandlungsdynamik zum Ausgang des 20. Jahrhunderts selbst suchen müssen. Sie wird in allen „fortgeschrittenen“ Industriegesellschaften zunehmend als „Risikogesellschaft“ (vgl. Beck 1986) beschrieben.

In einer Gesellschaft, der zunehmend einheitliche Ziele und Werte abhandeln kommen, die von der Pluralisierung der Lebensstile gekennzeichnet ist und in der sich die sozialstrukturell gegebenen objektiven Lebenschancen höchst unterschiedlich bieten, wird die Lebensgestaltung zu einem risikoreichen Unternehmen, bei dem sich das Subjekt immer weniger auf vorgegebene Normen und Modelle beziehen kann. Verschärft wird diese Situation noch durch wachsende Ungleichheiten im Zugang zu materiellen, sozialen und ideellen Ressourcen. Die verallgemeinerbare Grunderfahrung der Subjekte in den fortgeschrittenen Industrieländern heute ist die „ontologische Bodenlosigkeit“, eine radikale Enttraditionalisierung, der Verlust von unstrittig akzeptierten Lebenskonzepten, übernehmbaren Identitätsmustern und normativen Koordinaten. Subjekte erleben sich als Darsteller auf einer gesellschaftlichen Bühne, ohne dass ihnen fertige Drehbücher geliefert würden. Genau in dieser Grunderfahrung wird die Ambivalenz der aktuellen Lebensverhältnisse spürbar. Es klingt natürlich für Subjekte

verheißungsvoll, wenn ihnen vermittelt wird, dass sie ihre Drehbücher selbst schreiben dürften, ein Stück eigenes Leben entwerfen, inszenieren und realisieren könnten. Die Voraussetzungen dafür, dass diese Chancen auch realisiert werden können, sind allerdings bedeutend. Die erforderlichen materiellen, sozialen und psychischen Ressourcen sind oft nicht vorhanden und dann wird die gesellschaftliche Notwendigkeit und Norm der Selbstgestaltung zu einer schwer erträglichen Aufgabe, der man sich gerne entziehen möchte. Die Aufforderung, sich selbstbewusst zu inszenieren, hat, ohne Zugang zu der erforderlichen Ressourcen, etwas zynisches.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass gesundheitsförderliche Bedingungen vor allem in den allgemeinen gesellschaftlichen und psychosozialen Lebensbedingungen zu suchen sind. Die moderne Gesellschaft hat im Durchschnitt die Lebensqualität für die Menschen verbessert und ihre Ressourcen in der Auseinandersetzungen mit Belastungen und Krisen des alltäglichen Lebens verbessert. Eine neue Phase tief greifender gesellschaftlicher Wandlungsdynamik schafft jedoch neue gesundheitliche Risiken. Die spätmodernen Lebensverhältnisse sind von einem unaufhaltsamen Individualisierungsschub bestimmt, der für spezifische Bevölkerungsgruppen zu einer Verknappung der erforderlichen Bewältigungsressourcen führt.

4. Individuelle Gesundheitspotentiale

Der Ausgangspunkt unserer Überlegungen war, dass Menschen Gesundheit als ihr höchstes Gut ansehen, aber es gleichzeitig immer noch fälschlicherweise als Produkt einer riesigen Gesundheits- oder Krankheitsindustrie, des medizinisch-industriellen Komplexes. Es spricht sehr viel dafür, die eigentlichen Bedingungen für Gesundheit in spezifischen Lebensweisen zu sehen. Wir wissen, dass Menschen permanent gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind und wir wissen auch, daß ihr biologisches und ihr psychosoziales Immunsystem letztlich dafür entscheidend sind, welche Resistenz gegenüber spezifischen Gefährdungen und Risiken entwickelt werden kann.

Wenn man das Problem von Gesundheit und Krankheit so formuliert, führt das zu der Fragestellung: Was sind die Bedingungen dafür, gesund zu bleiben, wieder gesund zu werden oder trotz spezifischer chronischer krankheitsbedingter Lebens Einschränkungen „gut“ zu leben. Ob kritische Lebensereignisse, akute oder chronische Belastungen (z.B. Tod der PartnerInnen, Scheidung, Verlust des Arbeitsplatzes oder der Wohnung, aber auch die vielen kleinen Ärgernisse und Pannen im Alltag) zu gesundheitlichen Einschränkungen führen, hängt wesentlich davon ab, wie solche Belastungen erlebt und verarbeitet werden können. Nicht jeder Stress macht krank, und was für die eine oder den einen ein belastendes Ereignis ist, stellt für die andere oder den anderen eine Herausforderung dar, in der sie oder er sich beweisen will.

Was wissen wir nun über psychologische Bedingungen für gesundheitsförderliche Umgangsweisen mit den Risiken und Chancen individueller Lebensgestaltung? Folgende Bedingungen werden durch die entsprechende Forschung als grundlegend für „psychische Widerstandskraft“ herausgearbeitet:

- a) Ein hohes Maß an Selbstachtung und ein Vertrauen auf die Chance, das eigene Geschick kontrollieren und lenken zu können. Solche Menschen sehen sich nicht als Spielball der Götter, einflussreicher anderer Menschen oder des Zufalls, sondern sind überzeugt davon, dass sie mit ihren eigenen Entscheidungen den Gang ihres Lebens steuern können.
- b) Veränderungen werden weniger als Bedrohung von alledem erlebt, was das Leben stabil und berechenbar macht, sondern als eine Herausforderung. Voraussetzungen dafür sind die Bereitschaft und Fähigkeit, Ungewissheiten auszuhalten zu können, Neues zu suchen und zu erkunden und flexibel und experimentell auf Probleme reagieren zu können.
- c) Engagement und Zukunftsorientierung führen dazu, sich auf Aktivitäten zu verpflichten, die über den unmittelbaren situativen Konsum hinausgehen. Unmittelbare Befriedigung kann zugunsten künftiger Chancen und Möglichkeiten zurückgestellt werden. Es besteht eine hohe Motivation, an der eigenen Person zu „arbeiten“, vor allem in Bildung zu investieren.
- d) Beziehungsfähigkeit als Bedingung für den Aufbau vertrauensvoller und für sich und andere förderlicher sozialer Netze, in denen emotionale, kognitive und identitätsbezogene Unterstützung geholt und gegeben werden kann.
- e) Genussfähigkeit und eine positive Einstellung zum Leben wird gegen eine asketische Verzichtshaltung gesetzt.

Aus solchen gesundheitspsychologischen Überlegungen werden gelegentlich fragwürdige verallgemeinerte Aussagen und Ratschläge abgeleitet. „Gesund ist, was Spaß macht“, heißt ein aktuelles Buch (Ernst 1992), das für diesen Trend steht. Es soll zeigen,

„daß unsere beste Gesundheitsfürsorge darin besteht, uns schrittweise von selbstaufgelegten oder fremden Zwängen, Verboten und Verhaltensregeln zu befreien und herauszufinden, was uns gut tut. Wenn Gesundheit die Grundlage für all das ist, was das Leben lebenswert macht, dann ist es doch paradox, sich diese Lebensfreude in stetiger, konzentrierter Anstrengung erkämpfen zu wollen und nur mit schlechtem Gewissen vom geistigen Trimpfad mit seinen vielen Gebotstafeln abzuweichen“ (Ernst 1992, S. 7).

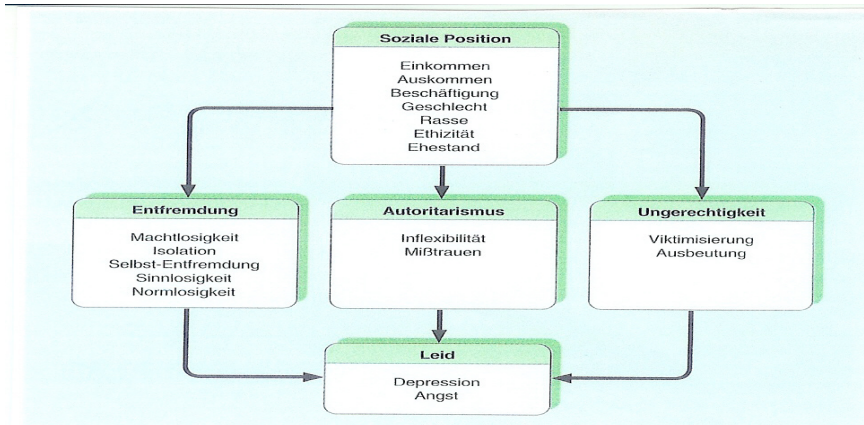
Mit einer gewissen Häme wird gefragt: „Warum werden manche Gesundheitsfanatiker trotz ihrer asketischen und ‚vernünftigen‘ Lebensweise früh dahingerafft?“ (ebd. S. 155). Die Antwort lautet, dass sie das hedonistische Credo nicht gelernt hätten, „das Schöne und die Genüsse nicht als ‚Belohnung‘ für irgendwelche Anstrengungen und Kämpfe zu betrachten, sondern als den eigentlichen Sinn des Lebens“ (ebd. S. 154).

Dieses bedingungslose und verallgemeinerte Setzen auf Lebenslust und Hedonismus übersieht die gesellschaftlichen Voraussetzungen, die für die Ausbildung solcher Lebenseinstellungen bedeutsam sind. Die genannten individuellen Bedingungen für psychische Widerstandsfähigkeit und Stressresistenz sind genau besehen Fähigkeiten, die nicht unabhängig von spezifischen objektiven gesellschaftlichen Lebensbedingungen sind. Menschen aus eher privilegierten sozialen und materiellen Lebenslagen werden eher die Chance haben, solche Bewältigungspotentiale auszubilden.

5. Strukturelle Hindernisse selbstbestimmter Lebensgestaltung

Wenn man sich den Zusammenhang von gesellschaftlichen Lebensbedingungen und Persönlichkeitsentwicklung mit dem Blick auf unterprivilegierte gesellschaftliche Gruppen vergegenwärtigt, dann entdeckt man ein eindrucksvolles empirisches Gegengift gegen die ideologische Beschwörung der ungeahnten Chancen, die jede und jeder in unserer Gesellschaft hätten, etwas aus ihrem Leben zu machen und gestärkt und optimistisch aus Krisen und Belastungen hervorzugehen. Die neuere epidemiologische Forschung ist bei ihren Gemeindestudien auf ein Phänomen gestoßen, das als „Demoralisierung“ bezeichnet wurde. Es beinhaltet Einstellungen und Grundhaltungen, die durch ein geringes Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, unbestimmte Zukunftsängste und allgemein gedrückter Grundstimmung geprägt sind. Für die USA liegen folgende Ergebnisse vor: Demoralisiert in dem beschriebenen Sinne wurde etwa ein Drittel der Bevölkerung eingeschätzt. Die Demoralisierungsrate von Frauen liegt um 10 % höher als bei Männern. Etwa die Hälfte der Angehörigen der untersten sozialen Schicht erwies sich als demoralisiert. Etwa die Hälfte des Bevölkerungsanteils, der als demoralisiert eingeschätzt wurde, wies klinisch auffällige Symptome auf. Bei dieser Gruppe hatten die verfügbaren Ressourcen offensichtlich nicht ausgereicht, um mit Lebensproblemen und Krisen produktiv umgehen zu können. Das Demoralisierungssyndrom bringt zum Ausdruck, dass ein erheblicher Anteil der Bevölkerung für sich keinen Sinn mehr darin sieht, sich für oder gegen etwas einzusetzen. Diese Personen lassen Ereignisse fatalistisch auf sich zukommen und über sich hereinstürzen, weil sie nicht mehr daran glauben, dass sie wirksam etwas gegen diese unternehmen könnten (vgl. Keupp 1992).

In diesem Zusammenhang kann man auch an den klassischen Begriff der „Entfremdung“ anknüpfen. Er ist geeignet, jene Bedingungen genauer zu benennen, die zu passiven und fatalistischen Reaktionen auf belastende Lebensereignisse führen. Entfremdung lässt sich in den folgenden fünf unterschiedlichen Konstellationen zusammenfassen, für die es jeweils beweiskräftige Befunde gibt (nach Mirowsky/Ross 1989): Subjektive Erfahrungen von „Machtlosigkeit“, „Selbst-Entfremdung“, „Isolation“, „Sinnlosigkeit“ und „Normverlust“ sind ausgeprägter, je weiter wir in der sozialen Hierarchie nach unten gehen. Die Erfahrung von „Ungerechtigkeit“ bei der gesellschaftlichen Verteilung von materiellen und symbolischen Gütern, Einfluss und Chancen wird als zweite vermittelnde Größe zwischen sozialer Position und psychosozialer Leiderfahrung eingeführt. Und schließlich wird noch der „Autoritarismus“ eingeführt, der in den unteren sozialen Schichten ausgeprägter vorkommt und der mit einer kognitiven und emotionalen Rigidität einhergeht, die, bezogen auf die in einer sich rasch wandelnden Gesellschaft geforderten sozialen Kompetenzen, zunehmend dysfunktional wird. Das Vertrauen in eine berechenbare Welt, für die man eine adäquate Sozialisation und Ausbildung erworben hat, geht verloren. In einer ängstlich-misstrauischen Grundhaltung erwartet man eine feindliche Welt, die dann auch genauso erfahren wird, als Welt, in der nichts Gutes erwartet werden kann, die ungerecht, ausbeuterisch, gewalttätig und zunehmend fremd erlebt wird und die eigene Lebenssouveränität unterminiert.



Psychisches Leid und soziale Erfahrungen (nach Mirowsky & Ross 1989, S. 98).

Dieses Modell integriert auf neuestem Stand die sozialepidemiologische Befundlage. Eines ihrer stabilsten Ergebnisse zeigt für alle fortgeschrittenen Industriestaaten, dass sich soziale Ungleichheit auch im Gesundheitsstatus einer Bevölkerung reproduziert: Mit geringerem sozialen Status und niedrigerem Bildungsstand steigt das Krankheitsrisiko und sinkt gleichzeitig die Chance auf eine angemessene Behandlung. Dieser Befund gilt selbst für Krankheiten, die im Alltagsbewusstsein als die Krankheiten der oberen sozialen Schichten gelten. Der Herzinfarkt ist gar nicht typisch für die Elite, für stressgeplagte Manager und leitende Angestellte, sondern vielmehr eine Todesursache, die prozentual stärker Menschen aus den sozial schwächeren, unterprivilegierten Schichten der Bevölkerung betrifft. Medizinhistorische Studien beweisen, dass die privilegiertesten Schichten mit dem Einsetzen der Modernisierungsprozesse als erste einen Rückgang der Sterberate verzeichneten.

Diese Befunde zeigen sozialstrukturelle Begrenzungen souveräner und selbstgestalteter Lebensführung auf und die Ideologieträchtigkeit von Ansätzen der Gesundheitsförderung, die Gesundheit zu einer Angelegenheit von Lebensstil und guter Laune machen, also im Grunde auf unbegrenzte individuelle Bewältigungsressourcen setzen. Dieses Modell sollte aufzeigen, wo gesellschaftliche Fremdbestimmung, Enteignung von Alltagskompetenzen, die Zerstörung menschlicher Gestaltungsräume und die wachsenden ökologischen Risiken durch individuelle Bewältigungsstrategien letztlich nicht überwunden werden können und geeignete gesellschaftliche Strukturreformen erforderlich sind.

6. Gesundheit als Lebenssouveränität: Von der Pathogenese zur Salutogenese

Lebenserfahrungen, in denen Subjekte sich als ihr Leben Gestaltende konstruieren können, in denen sie sich in ihren Identitätswürfen als aktive ProduzentInnen ihrer Biographie begreifen können, sind offensichtlich wichtige Bedingungen der Gesunderhaltung.

Der israelische Gesundheitsforscher Aaron Antonovsky hat diesen Gedanken in das Zentrum seines „salutogenetischen Modells“ gestellt. Es stellt die Ressourcen in den Mittelpunkt der Analyse, die ein Subjekt mobilisieren kann, um mit belastenden, widrigen und widersprüchlichen Alltagserfahrungen produktiv umgehen zu können und nicht krank zu werden. Wer war Aaron Antonovsky und gehört er zu der Fraktion der chronischen Optimisten, die mit ihrem Ressourcendenken auch dort noch positive Möglichkeiten sehen, wo es für die meisten Menschen nur Leid und Schmerzen gibt? Diese Frage wird durch ein Zitat beantwortet, das aus einer Rede stammt, die Antonovsky bei seinem einzigen Besuch in dem Land gehalten hat, das sein Volk vernichten wollte. Er sagte:

„Ich bin tief und überzeugt jüdisch. 2000 Jahre jüdische Geschichte, die ihren Höhepunkt in Auschwitz und Treblinka fand, haben bei mir zu einem profunden tiefen Pessimismus in bezug auf Menschen geführt. Ich bin überzeugt, dass wir uns alle immer im gefährlichen Fluss des Lebens befinden und niemals sicher am Ufer stehen“ (Antonovsky 1993, S. 7).

Das ist ein Bekenntnis zu einem eher pessimistischen Bild und die Metapher vom „gefährlichen Fluss“ ist in Antonovskys Denken sehr wichtig, es ist für ihn das Bild für das Leben:

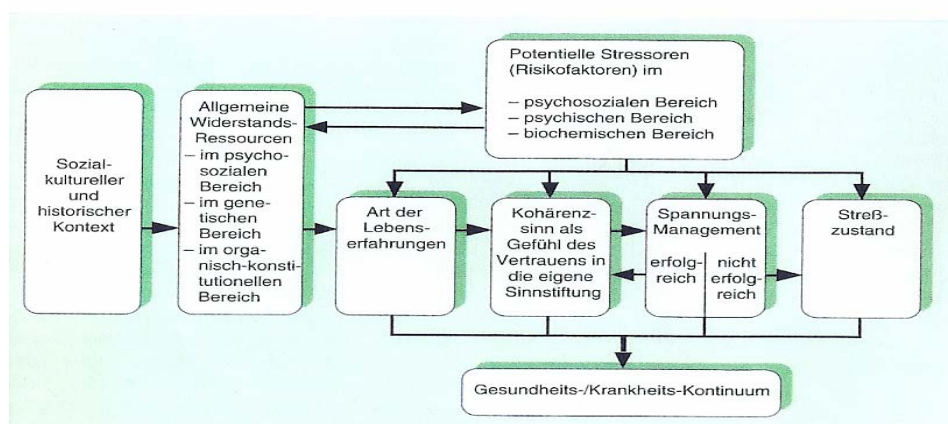
„Ich gehe davon aus, dass Heterostase, Ungleichgewicht und Leid inhärente Bestandteile menschlicher Existenz sind, ebenso wie der Tod. Wir alle, um mit der Metapher fortzufahren, sind vom Moment unserer Empfängnis bis zu dem Zeitpunkt, an dem wir die Kante des Wasserfalls passieren, um zu sterben, in diesem Fluss. Der menschliche Organismus ist ein System und wie alle Systeme der Kraft der Entropie ausgeliefert (Antonovsky 1993, S. 8f.).

Dem pathogenetischen Denken unterstellt Antonovsky ein homöostatisches Modell: Es geht davon aus, dass wir uns im Gleichgewicht mit uns und der Welt befinden, wenn wir gesund sind. Krankheit gefährdet dieses Gleichgewicht und muss deshalb bekämpft werden. Wenn krank machende Faktoren entfernt worden sind, dann haben wir wieder unser Gleichgewicht gefunden. Unsere westliche Medizin sieht Antonovsky – weiter in seinem Bild bleibend – als „gut organisierte, heroische und technologisch aufgerüstete Unternehmung, ertrinkende Menschen aus einem wilden Fluss herauszuziehen“ (1988, S. 89). Und sie fragt nicht, warum eigentlich Menschen immer am Ertrinken sind. Hätte man ihnen vielleicht das Schwimmen beibringen müssen? Ja, würde Antonovsky selbstverständlich antworten, das genau ist die Konsequenz der salutogenetischen Perspektive. Bei seinem Deutschlandvortrag hat er noch ein weiteres Bild bemüht, das für einen Bayern näher liegt, als für einen Bürger Israels: Eine lange Skipiste, die wir herunterfahren,

„an deren Ende ein unumgänglicher und unendlicher Abgrund ist. Die pathogenetische Orientierung beschäftigt sich hauptsächlich mit denjenigen, die an den Felsen gefahren sind, einen Baum, mit einem anderen Skifahrer zusammengestoßen sind, oder in eine Gletscherspalte fielen. Weiterhin versucht sie uns zu überzeugen, dass es das Beste ist, überhaupt nicht Ski zu fahren. Die salutogenetische Orientierung beschäftigt sich damit, wie die Piste ungefährlicher gemacht werden kann und wie man Menschen zu sehr guten Skifahrern machen kann“ (Antonovsky 1993, S. 11).

Dieses Modell geht von der Prämisse aus, dass Menschen ständig mit belastenden Lebenssituationen konfrontiert werden. Der Organismus reagiert auf Stressoren mit einem erhöhten Spannungszustand, der pathologische, neutrale oder gesunde Folgen haben kann, je nachdem, wie mit dieser Spannung umgegangen wird. Es gibt eine Reihe von allgemeinen Widerstandsfaktoren, die innerhalb einer spezifischen soziokulturellen Welt als Potential gegeben sind. Sie hängen von dem kultu-

rellen, materiellen und sozialen Entwicklungsniveau einer konkreten Gesellschaft ab. Mit organismisch-konstitutionellen Widerstandsquellen ist das körpereigene Immunsystem einer Person gemeint. Unter materiellen Widerstandsquellen ist der Zugang zu materiellen Ressourcen gemeint (Verfügbarkeit über Geld, Arbeit, Wohnung etc.). Kognitive Widerstandsquellen sind „symbolisches Kapital“, also Intelligenz, Wissen und Bildung. Eine zentrale Widerstandsquelle bezeichnet die Ich-Identität, also eine emotionale Sicherheit in Bezug auf die eigene Person. Die Ressourcen einer Person schließen als zentralen Bereich seine zwischenmenschlichen Beziehungen ein, also die Möglichkeit, sich von anderen Menschen soziale Unterstützung zu holen, sich sozial zugehörig und verortet zu fühlen.



Das salutogenetische Modell von Antonovsky (nach Antonovsky 1979, 185).

Antonovsky zeigt auf, dass alle mobilisierbaren Ressourcen in ihrer Wirksamkeit letztlich von einer zentralen subjektiven Kompetenz abhängt: Dem „Gefühl von Kohärenz“. Dieses Kohärenzgefühl ist ein zugleich kognitive und emotionale Prozesse thematisierendes Konstrukt. Es ist eine Art Vertrauen in die eigene Person und beinhaltet die Vorstellung, dass

- 1) die Anforderungen es wert sind, sich dafür anzustrengen und zu engagieren (Sinnebene);
- 2) die Ressourcen verfügbar sind, die man dazu braucht, um den gestellten Anforderungen gerecht zu werden (Bewältigungsebene); und
- 3) die Ereignisse der inneren und äußeren Umwelt strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind (Verstehensebene).

Antonovsky transformiert eine zentrale Überlegung aus dem Bereich der Sozialwissenschaften zu einer grundlegenden Bedingung für Gesundheit: Als Kohärenzsinn wird ein positives Bild der eigenen Handlungsfähigkeit verstanden, die von dem Gefühl der Bewältigbarkeit von externen und internen Lebensbedingungen, der Gewissheit der Selbststeuerungsfähigkeit und der Gestaltbarkeit der Lebensbedingungen getragen ist. Der Kohärenzsinn ist durch das Bestreben charakterisiert, den Lebensbedingungen einen subjektiven Sinn zu geben und sie mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen in Einklang bringen zu können. Das Kohärenzgefühl repräsentiert auf der Subjektebene die Erfahrung, eine Passung

zwischen der inneren und äußeren Realität geschafft zu haben. Umso weniger es gelingt, für sich Lebenssinn zu konstruieren, desto weniger besteht die Möglichkeit sich für oder gegen etwas zu engagieren und Ressourcen zur Realisierung spezifischer Ziele zu mobilisieren.

In unserer eigenen Untersuchung haben wir eindrucksvolle Befunde für die Bedeutung des Kohärenzsinn gefunden. Wir haben Antonovskys Messinstrument zur Messung des Kohärenzsinn eingesetzt und klar belegen können, dass Heranwachsende umso mehr psychosomatische Beschwerden berichten, je geringer ihre Werte für den Kohärenzsinn sind. Bei unserer Untersuchung zeigt sich deutlich die umgekehrte Relation zwischen Kohärenzgefühl und Demoralisierung: Je ausgeprägter das Demoralisierungsgefühl vorhanden ist, desto geringer ist das Kohärenzgefühl entwickelt.

Unsere quantitativen Befunde haben wir als Hinweisspuren genommen, denen wir in dem qualitativen Teil unseres Projektes weiter nachgegangen sind. Uns hat vor allem folgende Frage interessiert: Was kennzeichnet nun Jugendliche mit einem hohen bzw. niedrigen Kohärenzsinn genauer. Betrachtet man Gesundheit als aktiven Herstellungsprozess, dann interessiert vor allem, ob und wie der Kohärenzsinn diesen Prozess beeinflusst. Dies soll im Folgenden anhand des Materials aus unseren qualitativen Interviews aufgezeigt werden.

Die drei Jugendlichen, die ich exemplarisch vorstellen werde, sind zwischen siebzehn und achtzehn Jahre alt. Allen gemeinsam ist, dass ihre Biographien einige Brüche aufweisen. Sie waren zur Zeit des Interviews stark mit den identitätsbezogenen Fragen „wer bin ich“ und „wer möchte ich sein“ beschäftigt, die auch starke Gefühle der Unsicherheit und Angst auslösten.

Kati lebt nach der Scheidung der Eltern im letzten Jahr bei der Mutter. Die Beziehung zu den Eltern ist eher gespannt, zur kühlen rationalen Mutter wie auch zum Vater, der als psychisch krank etikettiert wurde. Ihre beste Freundin hat sie durch den Umzug verloren, der mit der Scheidung verbundenen war. Neue wirkliche Freunde hat sie keine gefunden.

Kati hat diffuse Ängste vor Situationen, die Enttäuschungen bzw. für sie negative Gefühle bedeuten könnten. Sie sagt, man kann sich nie sicher sein, dass man verletzt wird. Damit sie nicht krank wird, muss sie sich aber ihrer Vorstellung nach vor allen Belastungen schützen. Sie versucht dies zu tun, indem sie alle Situationen vermeidet, in denen sie verletzt werden könnte und sie wappnet sich gegen Enttäuschungen: Sie schraubt ihr Erwartung herunter und sie versteckt sich in sozialen Situationen: Sie sagt selten etwas, zeigt anderen wenig Gefühle, zieht sich ganz zurück. Gleichzeitig wächst ihre Selbstkritik, denn sie möchte nicht so sein, wie sie ist. Wenn sie schwierige Situationen nicht verhindern kann, wie die Scheidung ihrer Eltern, dann „hadert“ sie, wie sie sagt, „mit dem Schicksal“. Sie selbst sieht, dass ihre „Sicherheitsstrategie“ dazu führt, dass sie dadurch auch weniger positive Erfahrungen macht, aber sie schafft es nicht, dieses Muster zu durchbrechen. Auch ihre jetzige Lebenssituation bietet dazu im Moment keine Möglichkeitsräume.

Alex lebt bei seiner Mutter. Die Beziehung zu ihr beschreibt er als eher schlecht. Sie ist sehr verschlossen, es gibt kein Lob und keine Streicheleinheiten. Der Vater, alkoholabhängig und gewalttätig, hat die Familie vor dreizehn Jahren verlassen. Er hat etliche Freunde aus zwei Szenen: Raver und die „Bronxgang“, wie sie sich bezeichnen. Alex fühlt sich durch neue Situationen schnell verunsichert. Er kann sich, wie er sagt, nur schwer auf neue Situationen einstellen, die Erwartungen an ihn, die damit verbunden sind, zu antizipieren und auch danach zu handeln. Um sich sicher fühlen zu

können sagt er, braucht er Situationen, die klar strukturiert sind, die Schule oder die Bundeswehr. Der Verlust seines Jobs hat ihn tief getroffen und seine Lebenslust, die, wie er meint, von Erfolgen abhängt, sehr reduziert. Er empfindet seinen Alltag als ziemlich sinnlos und langweilig. Er hat neue berufliche Perspektiven entwickelt, er will die Mittlere Reife bei der Bundeswehr nachmachen, zweifelt aber immer wieder daran, dass er es schafft. Auch seine Clique ändert wenig an seinen Selbstzweifeln. Hier versucht er durch die Anpassung an äußere Gruppennormen, die nicht seine eigenen sind, dazuzugehören. Er trägt die „geforderten“ teuren Raverklamotten, er macht mit bei Schlägereien gegen andere Gangs, die ihm aber nichts bedeuten und er geht öfters als es ihm Spaß macht auf Raveparties, tanzt 72 Stunden durch und nimmt Drogen, damit er „in“ ist und es auch bleibt. Metaphorisch drückt sich diese Sicherungsstrategie in seinem Körperbezug aus: Er macht Kampfsport, damit seine Muskeln alle Schläge (wohl auch die des Lebens) abwehren können, ihn unverwundbar machen.

Kevin war, wie er sagt, ein richtiges Muttersöhnchen. Er hatte kaum Freunde, er hatte Schulschwierigkeiten und litt unter Angst und psychosomatischen Beschwerden. Die Beziehung zu seiner Mutter ist eher negativ, er hofft dass sie, wie angekündigt, bald auszieht. Die Beziehung zu seinem Vater ist von Vertrauen geprägt, auch wenn sie teilweise durch den zu hohen Alkoholkonsum des Vaters getrübt ist. Kevin hat auch heute noch Angst vor „unklaren Situationen bzw. Anforderungen“. Eine solche stellt zurzeit seine Rolle als Mann für ihn dar. Einerseits sieht er sich als der Starke, als Beschützer der Frau, andererseits spürt er auch seine eigenen Gefühle und Verletzlichkeiten. Im Unterschied zu Kati und teilweise auch zu Alex versucht Kevin aktive Lösungswege. Einer ist beispielsweise, dass er in einem Fantasyspiel, das er mit seinen Freunden seit einigen Monaten spielt, bewusst die Rolle einer Frau übernommen hat. Die Beziehung zwischen den Freunden ist durch diese Spielregeln festgelegt und erlaubt ihm im Sinne eines „Probehandelns“ ohne „Risiko“ neue Erfahrungen zuzulassen und auszuprobieren.

Auch die Beziehung zu seiner ersten Freundin hat ihn verunsichert, da es für das Zusammenleben keine allgemein geteilten Regeln mehr gibt. Seine Zwischenlösung war, dass er sie nach dem keltischen Ritus „geheiratet“ und sich damit Regeln für die Gestaltung ihrer Beziehung gestaltet hat. Typisch für Kevin ist auch, dass er den schulischen Abstieg vom Gymnasium in die Realschule eher positiv sieht. Er hat eine berufliche Perspektive entwickelt, zu der seine jetzige Schulform genau geeignet ist. Außerdem hat er dort in relativ kurzer Zeit auch Freunde und seine Freundin gefunden.

Die drei Beispiele zeigen Adoleszente mit einem unterschiedlich hohen Kohärenzsinn. Analysiert man nun die Alltagsstrategien dieser drei Jugendlichen unter den analytischen Kategorien, die Antonovsky für den Kohärenzsinn angenommen hat, so finden sich diese in den Fallgeschichten relativ genau wieder.

- 1) auf der *Sinnebene*: Kati und Alex finden in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation eher wenig Sinn. Kati ist von dem, was sie tut, oft gelangweilt, ist damit unzufrieden und hat keine Wünsche, Träume in Bezug auf ihre Zukunft, außer der Hoffnung, dass nach dem Schulabschluss eine geeignete Lösung kommt. Alex hat sich zwar eine neue Perspektive erarbeitet, die er allerdings nicht alleine und bald verwirklichen kann. Er ist abhängig davon, ob die gewählte Perspektive auch von außen (von der Bundeswehr) ermöglicht wird. Seinen gegenwärtigen Alltag findet er stinklangweilig und sinnlos. Kevin dagegen ist überzeugt, dass sein gegenwärtiges Leben äußerst lebenswert ist und auch seine Zukunftsperspektiven seinem Leben einen Sinn geben. Es ist genau das, was zu ihm passt und was er tun, bzw. wie er sein möchte.

- 2) Auf der Ebene der *Bewältigung*: Alex befürchtet, dass er seine Ziele nicht verwirklichen kann, dass er nicht durchhalten kann, bzw. alles anders kommt, als er sich das vorstellt. Er sagt von sich selbst, dass er intelligent genug sei (also hier Ressourcen habe), aber zu dumm sei, dies für seine Ziele zu nutzen. Kati sieht nur ihre Defizite (zu schüchtern, zu wenig eindeutig begabt), nicht ihre Stärken (sie ist intelligent, pflichtbewusst, musisch, künstlerisch begabt ...). Durch ihre Strategie kann sie kaum Erfahrungen des Gelingens ihrer Projekte machen, da sie sich keine richtigen Ziele steckt, bzw. von vornherein die Erwartungen minimiert. Kevin dagegen ist überzeugt, dass er die Ziele, die er sich gesteckt hat, auch erreichen kann und die Energie hat, sich dafür einzusetzen. Er vertraut dabei, und dies unterscheidet ihn von Alex und Kati, auch auf die Hilfe seiner Freunde und seiner Freundin. Hier macht er Erfahrungen, die seine „inneren“ Ressourcen stärken.
- 3) Auf der *Verstehensebene*: Kati und Kevin versuchen beide den Umgang mit Gefühlen, die ihnen Angst machen und die verletzen könnten, zu vermeiden. Kati zieht sich in sich selbst zurück und versucht, solche Situationen zu vermeiden. Sie kann Situationen schwer einschätzen und, wie sie sagt, kann man sich nie sicher sein, was passieren wird. Auch Alex ist oft von Situationen und deren Bedeutung überrascht. Alex wünscht und arbeitet an einem „Panzer“, der ihn unverwundbar macht, bzw. versteckt sich hinter Äußerlichkeiten, und hat so wenige Chancen, sich selbst in Situationen zu testen und daraus zu lernen. Kevin hat sich „Bereiche“ geschaffen, in denen er sich wohl fühlt und in denen er Erfahrungen macht, die ihm helfen werden, auch andere, neue Situationen besser einschätzen zu können.

Ein solches Belastungs-Bewältigungs-Modell, das die Aufmerksamkeit auf das aktiv-handelnde Individuum in seiner gesellschaftlichen Alltagswelt richtet, eröffnet für eine Praxis und Politik der Gesundheitsförderung andere Perspektiven, als wenn Krankheit und Gesundheit als mechanisch ablaufende Prozesse konstruiert werden, denen der einzelne ausgeliefert ist und die letztlich nur durch den kundigen Experten von außen beeinflusst werden können.

7. Verabschiedung der Kohärenz in der Postmoderne?

Ist das Festhalten am Kohärenzgedanken nicht der illusionär-vergebliche Versuch, ein gesellschaftliches Auslaufmodell normativ festhalten zu wollen? Sprechen nicht alle Gegenwartsanalysen der postmodernen oder der individualisierten, globalisierten Risikogesellschaft gegen das Deutungsmuster einer kohärenten Sicht der eigenen Biographie und Identität und der Lebenswelt? Muss die normative Idee der Kohärenz nicht notwendig in die Sackgasse des Fundamentalismus oder einer esoterischen Weltdeutung führen? Wird sie nicht notwendig zu einem „Kohärenzzwang“, die alle widerstreitenden, ambivalenten und kontingenten Erfahrungen ausklammern muss, um eine „reine Identität“ konstruieren zu können? Eine solche „purifizierte Identität“ ist bei Heranwachsenden in den nordamerikanischen Innenstädten beschrieben worden (Sennett 1996), die für sich eine rigide-eingeengte Selbstkonstruktion entwickeln, um ihre mangelnden Chancen in einer angeblich multioptionalen Gesellschaft aushaltbar zu machen.

In diesem Fall wird Kohärenz in die defensive Gestalt einer geschlossenen und in sich widerspruchsfreien Sicht von sich und der Welt gebracht. Diese Konstruktion braucht Feindbildkonstruktionen, muss einen Tunnelblick entwickeln, der nur Welterfahrungen zulässt, die das eigene Selektionsmuster bestätigen. Hier haben wir es mit einem Phänomen des „reflexiven Fundamentalismus“ zu tun.

Diese Überlegungen begründen den Zweifel, dass das formale Prinzip der Kohärenz bereits als normatives Modell ausreicht. Oder anders gewendet, es wäre gut, sich von einem Begriff von Kohärenz zu verabschieden, der als innere Einheit, als Harmonie oder als geschlossene Erzählung verstanden wird. Kohärenz kann für Subjekte auch eine offene Struktur haben, in der – zumindest in der Wahrnehmung anderer – Kontingenz, Diffusion im Sinne der Verweigerung von *commitment*, Offenhalten von Optionen, eine idiosynkratischen Anarchie und die Verknüpfung scheinbar widersprüchlicher Fragmente sein dürfen. Entscheidend bleibt allein, dass die individuell hergestellte Verknüpfung für das Subjekt selbst eine authentische Gestalt hat, jedenfalls in der gelebten Gegenwart und einen Kontext von Anerkennung, also in einem Beziehungsnetz von Menschen Wertschätzung und Unterstützung gefunden hat. Es kommt weniger darauf an, auf Dauer angelegte Fundamente zu zementieren, sondern eine reflexive Achtsamkeit für die Erarbeitung immer wieder neuer Passungsmöglichkeiten zu entwickeln.

Aus der aktuellen Identitätsforschung ist Unterstützung für ein Festhalten am Kohärenzprinzip zu erhalten, und zugleich ein reiches Anregungspotential für ein Kohärenzmodell, das der „reflexive Moderne“ angemessen ist. Wolfgang Welsch (1995) betont, dass ein innerer Zusammenhang von unterschiedlichen Teilidentitäten für uns „hartnäckige Identitätskonstrukteure“ (Welsch 1995, S. 845) nicht in einem „System oder einer durchgängigen Bestimmtheit durch eine Erst- und Letztinstanz“ möglich ist (ebd. S. 846). Es sei vielmehr ein „neuartiger Kohärenztyp“ erforderlich, in dem die Annahme der „Oberherrschaft“ aufgegeben sei und eine „Kohärenz durch Übergängigkeit“ gedacht wird. Welsch geht von einer Verbindung von Teilidentitäten „durch Überschneidungen, Bezugnahmen und Übergänge zwischen den diversen Identitäten“ aus (ebd. S. 847). Erforderlich hierfür ist eine innere Pluralitätskompetenz, durch die innere Vielfalt oder „Multiplizität“ zu einem eigenwilligen, flexiblen und offenem Identitätsmuster komponiert werden kann (vgl. Bilden 1998).

Kohärenz wird über Geschichten konstruiert. In dem Konzept der „narrativen Identität“, das immer mehr Aufmerksamkeit auf sich zieht (vgl. zusammenfassend: Kraus 1996), wird diese Idee ins Zentrum gerückt. Deren Grundgedanken hat Heiko Ernst so zusammengefasst:

„Erzählungen und Geschichten waren und bleiben die einzigartige menschliche Form, das eigene Erleben zu ordnen, zu bearbeiten und zu begreifen. Erst in einer Geschichte, in einer geordneten Sequenz von Ereignissen und deren Interpretation gewinnt das Chaos von Eindrücken und Erfahrungen, dem jeder Mensch täglich unterworfen ist, eine gewisse Struktur, vielleicht sogar einen Sinn“ (Ernst 1996, S. 202).

Sind solche Zusammenhang stiftenden Geschichten heute überhaupt noch möglich?

In seinem Buch „Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus“ beschreibt Richard Sennett die zur „modernen Politökonomie“ passende Subjektstruktur so: „Ein nachgiebiges Ich, eine Collage aus Fragmenten, die sich ständig wandelt, sich immer neuen Erfahrungen öffnet – das sind die psychologischen

Bedingungen, die der kurzfristigen, ungesicherten Arbeitserfahrung, flexiblen Institutionen, ständigen Risiken entsprechen“ (Sennett 1998, S. 182).

Für Sennett befindet sich eine so bestimmte „Psyche in einem Zustand endlosen Werdens – ein Selbst, das sich nie vollendet“ und für ihn folgt daraus, dass es „unter diesen Umständen keine zusammenhängende Lebensgeschichte geben (kann), keinen klärenden Moment, der das ganze erleuchtet“ (ebd.). Hier wird das Ende der Kohärenz beschrieben, also die Unmöglichkeit, eine zusammenhängende Lebensgeschichte zu erzählen. Das seien die „narrativen Formen“, die als postmodern bezeichnet werden.

Von dieser Diagnose ausgehend ist zunächst zu fragen, ob der globalisierte Kapitalismus mit seiner soziokulturellen Dynamik zur „Korrosion“ jener Subjektstrukturen geführt hat oder führen wird, die dem in der klassischen Identitätsforschung so hoch gehandelten Prinzip der Kohärenz die Basis gegeben hatten. Es lässt sich aber auch die Frage stellen, ob sich mit historischen Wandlungsdynamiken zunächst einmal „nur“ die Geschichten verändern, in denen so etwas wie lebensstaugliche Kohärenz gestiftet wird. Wenn es so wäre, dann bestünde ein aktuelles Forschungsprogramm eher in der Analyse von zeittypischen Narrationen und ihrer Funktionalität für die Formulierung von einem inneren Sinnzusammenhang und weniger in einem intellektuellen Trauergesang auf den Verlust einer kohärenten Identität.

Auf der Basis unserer eigenen Forschung zu Identität und Gesundheit komme ich zu der These, dass Kohärenz für die alltägliche Identitätsarbeit von Menschen eine zentrale Bedeutung hat, deren Fehlen zu schwerwiegenden gesundheitlichen Konsequenzen führt. Auf der Basis dieser Befunde sehe ich mich in meiner Annahme bestätigt, dass das Kohärenzprinzip für die Identitätsbildung nicht zur Disposition gestellt werden darf. Aber die soziokulturellen „Schnittmuster“ für Lebenssinn oder Kohärenz haben sich dramatisch geändert. Die individuellen Narrationen, in denen heute Kohärenz gestiftet wird, schöpfen immer weniger aus den traditionsreichen „Meta-Erzählungen“. Sie müssen in der „reflexiven Moderne“ individualisiert geschaffen werden. An diesen individualisierten Geschichten wird aber auch deutlich, dass die Welsch'sche Aussage, dass die „verschiedenen Subjektanteile nicht von außen, sondern von innen verbunden (sind)“ (Welsch 1995, S. 849) nur dann richtig ist, wenn dazu gesagt wird, dass der Erzählstoff nicht allein in den Subjekten entsteht, sondern uns kulturell angeliefert wird. Wir werden mit vielfältigen Angeboten neuer kulturell vorgefertigter Erzählmuster überschüttet, die unter dem Versprechen von Individualität und Authentizität neue Standardisierungen anmessen. Hier spielt vor allem die vielschichtige und multimediale „Kulturindustrie“ eine wachsende Rolle. Auch der Gesundheitsbereich ist davon unmittelbar betroffen.

8. Welche Kompetenzen zur Lebensbewältigung sind in einer postmodernen Gesellschaft erforderlich?

Im Weiteren soll nun der Versuch unternommen werden, soziale und psychische Bedingungen zu formulieren, die mir für eine produktive Nutzung der riskanten Chancen der gegenwärtigen Lebenssituation wichtig erscheinen. Zugleich verstehe ich diese Bedingungen als Orientierungs- und Ansatzpunkte für Handlungsansätze in der Gesundheitsförderung.

Im Zentrum der Anforderungen für eine gelingende Lebensbewältigung stehen die Fähigkeiten zur Selbstorganisation, zur Verknüpfung von Ansprüchen auf ein gutes und authentisches Leben mit den gegebenen Ressourcen und letztlich die innere Selbstschöpfung von Lebenssinn. Das alles findet natürlich in einem mehr oder weniger förderlichen soziokulturellen Rahmen statt, der aber die individuelle Konstruktion dieser inneren Gestalt nie ganz abnehmen kann. Es gibt gesellschaftliche Phasen, in denen die individuelle Lebensführung in einen stabilen kulturellen Rahmen „eingebettet“ wird, der Sicherheit, Klarheit, aber auch hohe soziale Kontrolle vermittelt und es gibt Perioden der „Entbettung“ (Giddens 1997, S. 123), in denen die individuelle Lebensführung wenige kulturelle Korsettstangen nutzen kann bzw. von ihnen eingezwängt wird und eigene Optionen und Lösungswege gesucht werden müssen. Gerade in einer Phase gesellschaftlicher Modernisierung, wie wir sie gegenwärtig erleben, ist eine selbstbestimmte „Politik der Lebensführung“ unabdingbar.

Meine These bezieht sich genau darauf: Ein zentrales Kriterium für Lebensbewältigung und Gesundheit bildet die Chance, für sich eine innere Lebenskohärenz zu schaffen. In früheren gesellschaftlichen Epochen war die Bereitschaft zur Übernahme vorgefertigter Identitätspakete das zentrale Kriterium für Lebensbewältigung. Heute kommt es auf die individuelle Passungs- und Identitätsarbeit an, also auf die Fähigkeit zur Selbstorganisation und „Selbsteinbettung“.

Welche Ressourcen werden denn nun benötigt, um selbstbestimmt und selbstwirksam in einer so komplex gewordenen Gesellschaft sein Leben gestalten zu können? Ohne Anspruch auf Vollständigkeit lassen sich die folgenden nennen:

◇ Lebenskohärenz

In einer hochpluralisierten und fluiden Gesellschaft ist die Ressource „Sinn“ eine wichtige, aber auch prekäre Grundlage der Lebensführung. Sie kann nicht einfach aus dem traditionellen und jederzeit verfügbaren Reservoir allgemein geteilter Werte bezogen werden. Sie erfordert einen hohen Eigenanteil an Such-, Experimentier- und Veränderungsbereitschaft.

◇ Boundary management

In einem soziokulturellem Raum der Überschreitung fast aller Grenzen wird es immer mehr zu einer individuellen oder lebensweltspezifischen Leistung, die für das eigene „gute Leben“ notwendigen Grenzmarkierungen zu setzen. Als nicht mehr verlässlich erweisen sich die Grenzpfähle traditioneller Moralvorstellungen, der nationalen Souveränitäten, der Generationsunterschiede, der Markierungen zwischen Natur und Kultur oder zwischen Arbeit und Nicht-Arbeit. Der Optionsüberschuss erschwert die Entscheidung für die richtige eigene Alternative. Beobachtet wird – nicht nur – bei Jugendlichen eine zunehmende Angst vor dem Festgelegtwerden („Fixephobie“), weil damit ja auch der Verlust von Optionen verbunden ist. Gewalt- und Suchtphänomene können in diesem Zusammenhang auch als Versuche verstanden werden, entweder im diffusen Feld der Möglichkeiten unverrückbare Grenzmarkierungen zu setzen (das ist nicht selten die Funktion der Gewalt) oder experimentell Grenzen zu überschreiten (so wird mancher Drogenversuch verstanden). Letztlich kommt es darauf an, dass Subjekte lernen müssen, ihre eigenen Grenzen zu finden und zu ziehen, auf der Ebene der Identität, der Werte, der sozialen Beziehungen und der kollektiven Einbettung.

◇ Soziale Ressourcen

Gerade für Heranwachsende sind neben familiären Netzwerken ihre *peer groups* eine wichtige Ressource. Im Rahmen der Belastungs-Bewältigungs-Forschung

stellen soziale Netzwerke vor allem einen Ressourcenfundus dar. Es geht um die Frage, welche Mittel in bestimmten Belastungssituationen im Netzwerk verfügbar sind oder von den Subjekten aktiviert werden können, um diese zu bewältigen. Das Konzept der „einbettenden Kulturen“ (Kegan 1986) zeigt die Bedeutung familiärer und außerfamiliärer Netzwerke für den Prozess einer gelingenden Identitätsarbeit vor allem bei Heranwachsenden. Dies kann im Sinne von Modellen selbstwirksamer Lebensprojekte erfolgen, über die Rückmeldung zu eigenen Identitätsstrategien, über die Filterwirkung kultureller und vor allem medialer Botschaften bis hin zur Bewältigung von Krisen und Belastungen. Ein zweiter Aspekt kommt hinzu: Netzwerke bedürfen der aktiven Pflege und ein Bewusstsein dafür, dass sie nicht selbstverständlich auch vorhanden sind. Für sie muss etwas getan werden, sie bedürfen der aktiven Beziehungsarbeit und diese wiederum setzt soziale Kompetenzen voraus. Sind diese Kompetenzen im eigenen Sozialisationsmilieu nicht aktiv gefördert worden, dann werden die „einbettenden Kulturen“ auch nur ungenügend jene unterstützende Qualität für eine souveräne Lebensgestaltung erzeugen können, die ihnen zukommen sollte.

◇ Materielle Ressourcen

Die Armutsforschung zeigt, dass Kinder und Jugendliche überproportional hoch von Armut betroffen sind und Familien mit Kindern nicht selten mit dem „Armutsrisko“ zu leben haben. Da materielle Ressourcen auch eine Art Schlüssel im Zugang zu anderen Ressourcen bilden, entscheiden sie auch mit über Zugangschancen zu Bildung, Kultur und Gesundheit. Hier liegt das zentrale und höchst aktuelle sozial- und gesellschaftspolitische Problem. Eine Gesellschaft die sich ideologisch, politisch und ökonomisch fast ausschließlich auf die Regulationskraft des Marktes verlässt, vertieft die gesellschaftliche Spaltung und führt auch zu einer wachsenden Ungleichheit der Chancen an Lebensgestaltung. Hier holt uns immer wieder die klassische soziale Frage ein. Die Fähigkeit zu und die Erprobung von Projekten der Selbstorganisation sind ohne ausreichende materielle Absicherung nicht möglich. Ohne Chance auf Teilhabe am gesellschaftlichen Lebensprozess in Form von sinnvoller Tätigkeit und angemessener Bezahlung ist für Heranwachsende kaum möglich, Autonomie und Lebenssouveränität zu gewinnen.

◇ Zugehörigkeitserfahrungen

Die gesellschaftlichen „disembedding“-Erfahrungen gefährden die unbefragt selbstverständliche Zugehörigkeit von Menschen zu einer Gruppe oder einer Gemeinschaft. Die „Wir-Schicht“ der Identität – wie sie Norbert Elias nennt –, also die kollektive Identität wird als bedroht wahrgenommen. Es wächst das Risiko, nicht zu dem gesellschaftlichen Kern, in dem sich dieses „Wir“ konstituiert, zu gehören. Die Soziologie spricht von Inklusions- und Exklusionserfahrungen. Nicht zuletzt an der Zunahme der Migration wird der Konflikt um die symbolische Trennlinie von Zugehörigkeit und Ausschluss konflikthaft verhandelt. Rassistische Deutungen und rassistisch begründete Gewalt sind Teil dieses „Zugehörigkeitskampfes“.

◇ Anerkennungskulturen

Eng verbunden mit der Zugehörigkeitsfrage ist auch die Anerkennungserfahrung. Ohne Kontexte der Anerkennung ist Lebenssouveränität nicht zu gewinnen. Auch hier erweisen sich die gesellschaftlichen Strukturveränderungen als zentrale Ursache dafür, dass ein „Kampf um Anerkennung“ entbrannt ist. In traditionellen Lebensformen ergab sich durch die individuelle Passung in spezifi-

sche vorgegebene Rollenmuster und normalbiographische Schnittmuster ein selbstverständlicher Anerkennungskontext. Diese Selbstverständlichkeit ist im Zuge der Individualisierungsprozesse, durch die die Moderne die Lebenswelten der Menschen veränderte und teilweise auflöste, in Frage gestellt worden. Anerkennung muss – wie es Charles Taylor (1993, S. 27) herausarbeitet – auf der persönlichen und gesellschaftlichen Ebene erworben werden und insofern ist sie prekär geworden.

◇ Interkulturelle Kompetenzen

Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die einen Migrationshintergrund haben, steigt ständig. Sie erweisen sich als kreative Schöpfer von Lebenskonzepten, die die Ressourcen unterschiedlicher Kulturen integrieren. Sie bedürfen aber des gesicherten Vertrauens, dass sie dazu gehören und in ihren Identitätsprojekten anerkannt werden. In der schulischen Lebenswelt treffen Heranwachsende aufeinander, die unterschiedliche soziokulturelle Lern- und Erfahrungsvoraussetzungen mitbringen, die zugleich aber auch den Rahmen für den Erwerb interkultureller Kompetenzen bilden.

◇ Zivilgesellschaftliche Kompetenzen

Zivilgesellschaft ist die Idee einer zukunftsfähigen demokratischen Alltagskultur, die von der identifizierten Beteiligung der Menschen an ihrem Gemeinwesen lebt und in der Subjekte durch ihr Engagement zugleich die notwendigen Bedingungen für gelingende Lebensbewältigung und Identitätsarbeit in einer offenen pluralistischen Gesellschaft schaffen und nutzen. „Bürgerschaftliches Engagement“ wird aus dieser Quelle der vernünftigen Selbstsorge gespeist. Menschen suchen in diesem Engagement Lebenssinn, Lebensqualität und Lebensfreude und sie handeln aus einem Bewusstsein heraus, dass keine, aber auch wirklich keine externe Autorität das Recht für sich beanspruchen kann, die für das Subjekt stimmigen und befriedigenden Konzepte des richtigen und guten Lebens vorzugeben. Zugleich ist gelingende Selbstsorge von dem Bewusstsein durchdrungen, dass für die Schaffung autonomer Lebensprojekte soziale Anerkennung und Ermutigung gebraucht wird, sie steht also nicht im Widerspruch zu sozialer Empfindsamkeit, sondern sie setzen sich wechselseitig voraus. Und schließlich heißt eine „Politik der Lebensführung“ auch: Ich kann mich nicht darauf verlassen, dass meine Vorstellungen vom guten Leben im Delegationsverfahren zu verwirklichen sind. Ich muss mich einmischen. Eine solche Perspektive der Selbstsorge ist deshalb mit keiner Version „vormundschaftlicher“ Politik und Verwaltung vereinbar. Ins Zentrum rückt mit Notwendigkeit die Idee der „Zivilgesellschaft“. Eine Zivilgesellschaft lebt von dem Vertrauen der Menschen in ihre Fähigkeiten, im wohlverstandenen Eigeninteresse gemeinsam mit anderen die Lebensbedingungen für alle zu verbessern. Zivilgesellschaftliche Kompetenz entsteht dadurch,

„dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgerinnen und Bürgern dies ermöglichen“ (Ottawa Charta 1986).

Literatur

Antonovsky A. (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A./ Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Tübingen.

- Antonovsky A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen. (orig. „Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well“. San Francisco: Jossey-Bass 1987).
- Bauman, Z. (1993): Vom Pilger zum Touristen – Postmoderne Identitätsprojekte. In: Keupp, H. (Hrsg.): Der Mensch als soziales Wesen. München, S. 295-300.
- Bauman, Z. (1995): Zeit des Recycling: Das Vermeiden des Festgelegt-Seins. Fitness als Ziel. In: Psychologie und Gesellschaftskritik, Heft 74/75, Vol. 19, S. 7-24.
- Bauman, Z. (1997): Flaneure, Spieler und Touristen. Essays zu postmodernen Lebensformen. Hamburg.
- Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt/M.
- Behringer, L. (1998): Lebensführung als Identitätsarbeit. Der Mensch im Chaos des modernen Alltags. Frankfurt/M.
- Bilden, H. (1998): Jenseits des Identitätsdenkens – Psychologische Konzepte zum Verständnis „postmoderner“ Subjektivitäten. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 30, S. 5-32.
- Ernst, H. (1992): Gesund ist, was Spaß macht. Stuttgart.
- Giddens, A. (1997): Jenseits von rechts und links. Frankfurt/M.
- Hurrelmann, K. (1988): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim.
- Hurrelmann, K./Laaser, U. (Eds.) (1993): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim/Basel.
- Höfer, R. (2000): Jugend, Gesundheit und Identität. Studien zum Kohärenzgefühl. Opladen.
- Kegan, R. (1986): Die Entwicklungsstufen des Selbst. München.
- Keupp, H. (1992): Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit: Lebenssouveränität und Empowerment. In: psychomed, 1992, 4, S. 244-250.
- Keupp, H. (1994): Psychologisches Handeln in der Risikogesellschaft. München.
- Keupp, H. (1997): Ermutigung zum aufrechten Gang. Tübingen.
- Keupp, H./Ahbe, T./Gmür, W. et al. (2006³). Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Hamburg.
- Kleiber, D. (1992): Gesundheitsförderung: Hintergründe, Grundauffassungen, Konzepte und Probleme. In: psychomed, 1992, 4, S. 220-230.
- Kraus, W. (1996): Das erzählte Selbst. Die narrative Konstruktion von Identität in der Spätmoderne. Pfaffenweiler.
- McCubbin, H.I./Thompson, E.A./Thompson, A.I./Fromer, J.E. (Eds.) (1998): Stress, coping, and health in families. Sense of coherence and resilience. London.
- Mirowsky, J./Ross, C.E. (1989): Social causes of psychological distress. New York.
- Sagan, L.A. (1992): Die Gesundheit der Nationen. Die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im Weltvergleich. Reinbek.
- Sennett, R. (1996): The uses of disorder. Personal identity and city life. London.
- Sennett, R. (1998): Der flexible Mensch Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin. (Engl.: „The corrosion of character“. New York: W.W. Norton 1998).
- Stark, W. (Hrsg.) (1989): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Freiburg.
- Stark, W. (1993): Die Menschen stärken. Empowerment als eine neue Sicht auf klassische Themen von Sozialpolitik und sozialer Arbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 1993, 140, S. 41-44.
- Taylor, C. (1993): Multikulturalismus und die Politik der Anerkennung. Frankfurt/M.
- Trojan, A./Stumm, B. (Hrsg.) (1992): Gesundheit fördern statt zu kontrollieren. Frankfurt/M.
- Welsch, W. (1995): Vernunft. Die zeitgenössische Vernunftkritik und das Konzept der transversalen Vernunft. Frankfurt/M.
- Wemmer, U./Korczak, D. (1993): Gesundheit in Gefahr. Daten-Report 1993/94. Frankfurt/M.