

Ber. nat.-med. Verein Innsbruck	Band 90	S. 277 - 285	Innsbruck, Nov. 2003
---------------------------------	---------	--------------	----------------------

Saluto- vs. Pathogenese - Paradigmenwechsel in Medizin und Gesellschaft?

von

Salvatore M. GIACOMUZZI^{*)}

Saluto - vs.Pathogenesis - A Change of Paradigm for Medicine and Society

Synopsis: Salutogenesis is a concept created by the medical sociologist Aaron Antonovsky to refer to a new approach to health promotion and needs assessment. Salutogenesis examines the creation of wellbeing by looking at successful coping strategies and health, what follows is an explanation both of the original concept and how it can be applied. Furthermore possible consequences for medicine and society will be discussed.

1. Zur Entwicklung des Salutogenese-Modells:

Zu den einflussreichsten Arbeiten, die das gesundheitswissenschaftliche Denken der letzten 20 Jahre revolutioniert haben, zählen die Untersuchungen und Überlegungen des amerikanischen Medizinsoziologen Aaron ANTONOVSKY (1979, 1987, 1993, 1996, 1997). Kritik am pathogenetischen Modell führte Aaron ANTONOVSKY zur Entwicklung seines Konzepts der Salutogenese.

Während das pathogenetische Modell wesentlich danach fragt, was Menschen krank macht, und das Krankheit als Abwesenheit von Gesundheit begreift, fokussiert die Salutogenese nicht auf Krankheitsfaktoren, sondern fragt vielmehr nach den Ressourcen von Gesundheit.

Das bekannte medizinische "Risikofaktorenmodell", das nicht Gesundheit, sondern Krankheit als Abweichung von messbaren Normen festlegt, konkurriert nunmehr mit Theorien der psychischen und sozialen Gesundheit.

Das Wohlbefinden steht dabei an zentraler Stelle in der Gesundheitsdefinition, das Risikofaktorenmodell wird dabei teilweise hinterfragt. Es grenzt im allgemeinen die psychische Gesundheit, die Gesamtpersönlichkeit weitgehend aus und reduziert den Menschen auf einen Risikofaktorenträger.

Das Saluto-Genese-Modell verzichtet auf die alternative Unterscheidung von krank und gesund. Der Medizinsoziologe Aaron ANTONOVSKY plädiert für ein "Kontinuum-

^{*)} Anschrift des Verfassers: DDr. Salvatore M. Giacomuzzi, Univ. Klinik für Psychiatrie, Anichstr. 35, 6020 Innsbruck, Österreich. E-mail: Salvatore.Giacomuzzi@uibk.ac.at.

Modell" der Gesundheit. Heilung wird hierbei als alltägliche Aktualisierung der Gesundheit verstanden.

ANTONOVSKY versuchte um 1970 in Israel herauszufinden, ob die ethnische Herkunft eine Rolle dabei spielt, wie Frauen zwischen 47 und 56 Jahren mit dem Klimakterium zurechtkommen. In den dafür entwickelten Untersuchungsinstrumenten hatte er bei den aus Europa stammenden Frauen aus einem ihm im Nachhinein nicht mehr erklärlichen Grund auch die Frage eingefügt: „Waren Sie in einem Konzentrationslager“? Ein Vergleich der Gruppe dieser Frauen mit der Gruppe der Frauen, denen das KZ erspart geblieben war, ergab: Nur 29 Prozent der KZ-Überlebenden fühlten sich recht gesund, dagegen 51 Prozent der Kontrollgruppe ohne KZ-Vergangenheit. ANTONOVSKY fragte sich angesichts dieser Zahlen: Was befähigt Frauen, die dies alles durchgemacht haben, sich immer noch gesund zu fühlen? Die entscheidende und das Denken über Gesundheit verändernde Frage ist seitdem: Was lässt Menschen trotz oft außerordentlicher Belastungen gesund bleiben?

Gemäß ANTONOVSKY ist man auf einer falschen Spur, wenn man ständig danach sucht, wie man Risikofaktoren vermeiden oder wie man sie kompensieren kann. Auf der richtigen Spur dagegen ist man, wenn man nach den Schutzfaktoren fragt, die uns gesund bleiben lassen könnten, obwohl wir zum Teil unvermeidlich, tagtäglich einer Vielzahl von Risikofaktoren ausgesetzt sind.

Ein Mensch fühlt sich um so gesunder, je besser es ihm gelingt, die ständig mit unterschiedlicher Intensität und Zahl auf ihn einwirkenden "Stressoren" auszubalancieren. Das können Stressoren sein, die von außen kommen (Krankheitserreger, Lärm, berufliche Überforderung, soziale Diskriminierung, Drogenerkrankung etc.).

Wovon hängt es nun ab, ob und wie das Ausbalancieren von Belastungen gelingt? Nach ANTONOVSKY ist das zum einen davon abhängig, in welchem Umfang und in welcher Ausprägung man über Widerstandressourcen verfügt. Solche Widerstandsressourcen wären z.B. das Beherrschen von Streßbewältigungsstrategien, ein intaktes Immunsystem, gesundheitlich wichtige Kenntnisse, eine entsprechende genetische Ausstattung, ausreichende medizinische Betreuung und ggf. die dafür erforderliche finanzielle Absicherung.

Solche Widerstandressourcen zu besitzen, reichen aber allein nicht aus. Entscheidend ist letztlich, ob ein Mensch auch bereit ist, seine Ressourcen für das Ausbalancieren von gesundheitsbedrohenden Belastungen zu mobilisieren. Das aber hängt nach ANTONOVSKY (1997) davon ab, wie stark der Kohärenzsinn eines Menschen ausgeprägt ist, die wichtigste Grundlage von Lebenskraft, Lebenswille, Lebensmut.

Das zentrale Element dieses Kohärenzsinnens ist für ANTONOVSKY die tiefreichende Überzeugung, dass das Leben, das man führt, und dass die Aufgaben, die man zu bewältigen hat, sinnvoll sind und dass es sich lohnt, sich dafür zu engagieren. Diese Überzeugung von der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens und Tuns wird begleitet und gestützt durch das grundsätzliche Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zum Zurechtkommen und zum

Verstehen angesichts künftiger Anforderungen.

Das heißt, die Fähigkeit zum Ausbalancieren gesundheitsbedrohender Belastungen beruht letztlich darauf, dass die Zuversicht in den Sinn des eigenen Lebens nicht dauerhaft beschädigt wird, da sonst mit dem Sockel das ganze Balancesystem buchstäblich in sich zusammenbricht.

Die Bedeutung des sozialen Bezugsfeldes für das Gesundbleiben und Wieder-gesund-Werden ist durch eine inzwischen schon schwer überschaubare Zahl von Untersuchungen erhärtet worden (MADDI & KOBASA 1984, MIKETTA 1992). "Wer allein lebt, lebt gefährlich", bei amerikanischen Studien lag die Rückfallquote bei Alleinlebenden fast doppelt so hoch wie bei denjenigen, die in einem intakten Familien- und Freundeskreis lebten (PAULUS 1992; WALLER 1995).

Die individuelle Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum wird mittels Selbsteinschätzungen von Schmerzen, funktionellen Beeinträchtigungen und Expertenurteilen zum aktuellen Behandlungsbedarf und zur Prognose des künftigen Gesundheitszustands operationalisiert.

Im Modell werden nicht allein krankmachende Risikofaktoren identifiziert, sondern ebenso gesundheitsunterstützende Schutzfaktoren miteinbezogen. Primäre Frage ist damit nicht mehr, warum Menschen krank werden, sondern warum sie trotz möglicherweise vorhandener Risikofaktoren gesund bleiben.

Grundlegend sind hierbei die Überzeugung von der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens und Tuns und ein positives Selbstwertgefühl. Auf dieser Grundlage existieren weitere, sehr eng miteinander verflochtene Schutzfaktoren, die für das Bewältigen von alltäglichen Belastungen und kritischen Lebensereignissen wichtig sein können. Hierzu gehören u.a. die Bereitschaft, sich zu engagieren, die Überzeugung, Kontrolle angesichts wichtiger Lebensereignisse behalten zu können, eine optimistische Grundeinstellung, eine generelle Einstellung, Veränderungen im Leben als Herausforderungen zu sehen, die Erwartung, dank der verfügbaren Kompetenzen selbst wirksam werden zu können, die Bereitschaft, eigene Ziele zu verfolgen, eine grundsätzliche Offenheit für Neues, soziale Beziehungsfähigkeit zu anderen Menschen als auch Fähigkeit, Konflikte auszuhalten (ANTONOVSKY 1979, 1987, SCHEIER & CARVER 1985, BEUTEL 1989, BECKER 1992, PAULUS 1994).

2. Worin liegt der Nutzen für Patienten?

BENGEL (1997, 1998) beispielsweise betont, dass die Blickrichtung der salutogenetischen Fragestellung auf die gesunderhaltenden Faktoren zu einer Betonung der präventiven Maßnahmen führt. Schon bevor Krankheitssymptome auftreten, sollten die "generalisierten Widerstandsressourcen" gestärkt werden. Für Hausärzte, zu denen Patienten in der

Regel jedoch mit konkreten Krankheitssymptomen kommen, steht aus salutogenetischer Perspektive die Berücksichtigung des Lebenskontextes und die Berücksichtigung und Aktivierung von Ressourcen im Vordergrund.

Die Betrachtung von Krankheit und Gesundheit als Kontinuum mit sowohl gesunden als auch kranken Anteilen hat Konsequenzen für die Diagnostik. Diagnostik umfaßt dann nicht nur die Erfassung der Symptome und Risikofaktoren, sondern auch der Protektivfaktoren (BENGEL 1998).

Im Mittelpunkt einer möglichen salutogenetisch orientierten ärztlichen Behandlung steht nicht mehr eine spezifische organische Störung, sondern die Person mit ihrem Leiden.

Die Vorstellung, daß bei jedem Menschen sowohl gesunde als auch kranke Anteile vorhanden sind, schafft einerseits Offenheit für die Anerkennung von Krankheit und Tod als nicht zu verhindernde Aspekte des Lebens und damit einen offenen Umgang mit dem Sterben, z.B. bei der Kommunikation über den Einsatz von oder Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen.

Andererseits können auch bei schweren Erkrankungen die gesunden Anteile gesehen und gefördert werden. Spezifische Erkrankungen werden als Ausdruck einer Schwächung des ganzen Systems gesehen.

Eine salutogenetische Orientierung hat Auswirkungen auf die Patient-Arzt-Beziehung:

Zur Förderung der Selbstheilungspotentiale und Ressourcen sieht der Arzt den Patienten als eigenverantwortlichen, ebenbürtigen Kooperationspartner. Hier besteht Nähe zu Konzepten wie Empowerment oder Kundenorientierung (BENGEL 1997, 1998).

Die Gefahr, dass damit die Ausübung von Kontrolle legitimiert wird, sah auch ANTONOVSKY. Die Umsetzung salutogenetisch orientierten Denkens in der Allgemeinmedizin birgt auch die Frage in sich, wie weit die Berücksichtigung der ganzen Person gehen kann, ohne daß der diagnostische Aufwand im Vergleich zur Symptomatik als unangemessen gelten muß (BENGEL 1997, 1998).

3. Denkmodelle im Widerstreit?

Salutogenetiker wie etwa Harald ZYCHA (1996) postulieren, dass physikalische Gesetze nur dort wirken können, wo räumliche Zusammenhänge bestehen, also von Zelle zu Zelle, von Organ zu Organ, von Individuum zu Individuum und von Gesellschaft zu Gesellschaft (WALSER 2002). Obwohl ein Organ Bestandteil eines Individuums oder die Zelle Bestandteil eines Organs ist, bestehen von einer tieferen zu einer höheren Ebene lediglich funktionale Zusammenhänge und keine kausalen (ZYCHA 1996).

So hat die WHO schon 1980 nebst der bekannten ICD-Klassifikation (International Classification of Diseases) eine zusätzliche Klassifikation geschaffen, welche die Krankheitsfolgemanifestationen separat auf den Ebenen Organ, Individuum und Gesellschaft zu erfassen sucht.

Diese ICIDH-Klassifikation (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) beschreibt den Schweregrad der Schädigung (auf der Ebene des Organs), der Fähigkeitsstörung (Individuum) und der Beeinträchtigung oder Benachteiligung (Gesellschaft). Operationen und auch andere Interventionen finden auf Organebene statt, der Nutzen zeigt sich als Fähigkeitsveränderung auf der Ebene Individuum. Zwischen diesen beiden Ebenen bestehen keine kausalen, sondern nur funktionale Zusammenhänge (DUBS 1998, WALSER 2002).

In der Welt der Pathogenese sind die beschriebenen Ebenen kausal verknüpft: Der Schweregrad einer Organschädigung bewirkt linear-kausal eine Fähigkeitsstörung und Handicapsituation. Eine Intervention auf Organebene muss umgekehrt die entsprechenden Verbesserungen auf den höheren Ebenen zur Folge haben. Die Organschädigung ist erfolgreich beseitigt, wenn keine künftige Nachteilbelastung zu erwarten ist. Man anerkennt hierbei eine klare, kausale und kurative Logik (DUBS 1998, BENDEL 1998, 1997).

Wenn bei einer Hüftarthrose die Organschädigung im kurativen Sinn nicht mehr zu beheben ist, können Massnahmen wie Stock oder operative Eingriffe dennoch eine erhebliche Fähigkeitssteigerung und Verbesserung der Benachteiligung auf der Ebene Individuum bzw. Gesellschaft bringen. Man kann von rehabilitativen Massnahmen und rehabilitativer Logik sprechen: Der letztlich entscheidende Nutzen am Patienten kann erheblich sein, auch wenn die Krankheit als solche nicht behoben wurde.

Dieses Beispiel weist auf eine interessante Tatsache hin: Es scheint eine vertikale Inkongruenz zwischen den drei ICIDH-Ebenen insofern zu geben, als sich Schädigung, Fähigkeitsstörung und Handicap in einem unterschiedlichen Schweregrad äussern können. Der medizinische Alltag ist deutlich geprägt von dieser vertikalen Inkongruenz (DUBS 1998).

Es gibt Patienten mit geringer Organschädigung, jedoch großer Fähigkeitsstörung und gelegentlich eindrucklicher Benachteiligung; andererseits gibt Menschen mit ausgeprägten Organschädigungen, jedoch geringen Manifestationen auf den anderen Ebenen. Diese Gruppe von Menschen geht kaum zum Hausarzt oder zu einem Spezialisten. DUBS spricht in diesem Zusammenhang von einer medizinischen Antilogik (DUBS 1998).

Wenn man beobachtet, dass Patienten im Anschluss an Wirbelkörper-Trümmerbrüche oft schon nach drei Monaten schmerzfrei sein können und andere nach einfachen Rückenprellungen jahrelang nicht mehr, kann man nachvollziehen, dass Pathogenetiker manchmal ratlos werden.

Chronifizierte Schmerzen als Ausdruck einer subjektiven Erlebnisqualität lassen sich durchaus von der eigentlichen Einschätzung der Organschädigung trennen und separat als sensorische Schädigung (Sensory impairment) bewerten und auf die gleiche Ebene stellen

(DUBS 1998, BENGEL 1997).

Um die sensorische Schädigung bestimmen zu können, ist die Betrachtung der Ebene Gesellschaft wichtig, einerseits mit Bezug auf die Lebensbiographie, andererseits auf die jeweilige Situation/sozialer Integration, ökonomischer Eigenständigkeit, Orientierung und Mobilität des Patienten herzustellen. Es zeigt sich dabei oft, dass familiäre, juristische und gesellschaftliche Rehabilitationshindernisse oder eine Fremdschuld bei Unfällen eine bedeutungsvolle Wirkung entfalten, welche unter dem Begriff psychosoziale Resistenzlage zusammengefasst werden kann. Diese ist ein Ausdruck der Fähigkeit, mit welcher ein Mensch mit der Schädigung umgeht und ist zu unterscheiden von der „Virulenz“, d. h. vom Schädigungsgrad selbst. Wer sich nun auf kausale Krankheitsmodelle mit der ICD-Codierungssprache beschränkt, macht die Rechnung ohne den Wirt (DUBS 1998).

Die klinische Epidemiologie erlebt gegenwärtig unter dem Begriff „Evidence-based Medicine“ eine Renaissance. Dahinter steht die Überzeugung, durch eine kritische Interpretation medizinischer Studien nach praxisgerechten Kriterien sowie durch Auswertung vorhandener Daten die Frage nach dem Nutzen einer Behandlung für einen Patienten empirisch beantworten zu können. Ziel der Evidence-based Medicine ist es also, die für den Patienten erfahrbare Leidensverbesserung statistisch zu dokumentieren. Die herkömmlichen patho-physiologischen Überlegungen gelten aus dieser Sicht als Behandlungshypothesen, deren Anwendung nicht automatisch gleichzusetzen ist mit einer erwünschten günstigen Wirkung.

Es ist davon auszugehen, dass noch einige Anstrengungen in Medizin und Gesellschaft erforderlich sind, um das am Unbelebten geschulte kausale Denken in die Semiotik des Belebten zu integrieren. Sicher ist, dass gerade die chirurgisch Tätigen weiterhin auf kausale Denkmodelle angewiesen sein werden. Im Sprechzimmer, wo mit dem Patienten über mögliche operative Eingriffe diskutiert wird, sollte auf das salutogenetische Denken nicht verzichtet werden (DUBS 1998).

Ein vollständiger Paradigmenwechsel vom Patho- zum Salutogenetischen ist schon deshalb nicht vollständig zu erwarten, weil beide Extreme allein keine Überlebenschancen hätten.

Wenn die permanente Wiederherstellung eines gesundheitlichen Gleichgewichts nicht mehr gelingt, verlangt dies immer nach kausalem Handeln. Die Zuwendung zur Salutogenese darf auch nicht zu einem medizinischen und therapeutischen Nihilismus führen. Die Pathogenese kann angesichts des heutigen biowissenschaftlichen Verständnisses nicht den Anspruch auf Alleingültigkeit erheben. Der Dialog ist unter dem ideologieneutralen Schiedsgericht der Evidence-based Medicine abzuwickeln, welche darüber zu befinden hat, was dem Kranken als Individuum letztlich nützt (DUBS 1998).

4. Psychische Gesundheit und Gesellschaft:

Die Bedeutung psychischer Gesundheit für unsere Gesellschaft wird heute immer noch weitestgehend unterschätzt. Mit dem Thema des Weltgesundheitstages 2001 regte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) auch dazu an, sich mehr für psychische Gesundheit zu engagieren (Bundesvereinigung für Gesundheit 2001). Das oben beschriebene Konzept der Salutogenese eröffnet dazu vielfältige Denkrichtungen und Handlungsmöglichkeiten.

Im Gegensatz zu dem bio-medizinischen Paradigma für die Erklärung von Krankheiten wenden sich bio-psycho-soziale Modelle, zu denen auch der Salutogenese-Ansatz gehört, der Frage zu, unter welchen Bedingungen Menschen gesund bleiben und wieder werden (FRANKE et al. 1998).

Nach Erhebungen des US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention ist der Einfluss der sozialen Umwelt und der Lebensweisen auf die Sterblichkeit etwa doppelt so groß wie die Einflüsse der ökologischen Umwelt und der biologischen Prädisposition. Diese ist wiederum doppelt so groß wie der Einfluss des Gesundheitswesens.

Die große Chance zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung wird heute darin gesehen, gesundheitspolitische Schwerpunkte auf Prävention und Gesundheitsförderung zu setzen. In der Bundesrepublik Deutschland und auch in Österreich dominiert – wie in den meisten westlichen Ländern - der kurative Bereich. Die Kuration bestimmt auch die Lehrinhalte, das Profil und die Struktur im Gesundheitswesen (Bundesvereinigung für Gesundheit 2001).

Die Forschungsergebnisse insbesondere zur Salutogenese, die veränderte Bevölkerungsstruktur, die zunehmende Mobilität der Gesellschaft, ein verändertes Krankheitspektrum, zunehmende soziale Unterschiede, Orientierungslosigkeit und Zukunftsängste, all dies sind Herausforderungen, mit denen sich eine Gesundheits- und Gesundheitsförderungspolitik intensiv befassen muss. Bürgerbeteiligung, Hilfe zur Selbsthilfe, Vernetzung von Angeboten und Strukturen und Gemeindebezogenheit werden Eckpfeiler einer effizienten Gesundheitsförderung sein. Soziale Integration und Unterstützung verringern die Erkrankungshäufigkeiten und stärken die Fähigkeiten zur Stressverarbeitung. Personen mit geringer sozialer Unterstützung sind unglücklicher und entwickeln weniger wirkungsvolle Bewältigungsstrategien als Personen mit hoher sozialer Unterstützung (Bundesvereinigung für Gesundheit 2001).

Kommen kritische Lebensereignisse und geringe soziale Unterstützung zusammen, so erhöht sich in der Regel die Anzahl von Gesundheitsproblemen. Allgemein gilt, dass für die Gesunderhaltung eines Menschen das Angebot sozialer Unterstützung entscheidender ist als die tatsächliche Inanspruchnahme.

Der Wandel der Familienstrukturen, unter anderem der steigende Anteil alleinerziehender Elternteile, stellt ein Potential an zusätzlichen Gesundheitsbelastungen dar. Die gesamtgesellschaftliche Entwicklung trägt dazu bei, dass viele Erwachsenen aufgrund von Konfliktsituationen im familiären Bereich hohe psychische Stressbelastungen bewältigen

müssen (Bundesvereinigung für Gesundheit 2001).

Neben sozialer Unterstützung stellen Kontrollmöglichkeiten am Arbeitsplatz oder berufliche und soziale Kompetenzen Ressourcen dar. Sie mildern Stresseinflüsse ab oder können sie sogar verhindern. Es gibt also nicht nur krankmachende, sondern auch gesundheitsförderliche Potentiale der Arbeit (Bundesvereinigung für Gesundheit 2001). Gesundheitsrelevante Angebote und Dienstleistungen in der Gemeinde, die im Alltag leicht erreichbar und preiswert sind, sind ebenso wichtige strukturelle Bedingungen im Lebensumfeld wie die Wohnumgebung. Ein aktiver problemzentrierter Umgang mit stressreichen Konfliktsituationen, mit Aggressionen und Gewalt sowie die Mobilisierung sozialer Unterstützung im Freundes- oder Familienkreis und im professionellen System ist für die Gesunderhaltung von großer Bedeutung (Bundesvereinigung für Gesundheit 2001).

In diesem Kurzartikel sollte einigermaßen verständlich das Modell der Salutogenese vermittelt werden. Denkanstöße und Nachdenken über andere neue Wege zur Gesundheit und auch zur Finanzierung der gesundheitlichen Solidargemeinschaft werden für uns in Zukunft lebensnotwendig werden. Bei jeder Neuerung gilt oft immer noch der Grundsatz: Je größer und wichtiger die neuen Erkenntnisse sind, desto härter der Widerstand.

5. Literatur:

- ANTONOVSKY, A. (1979): Health, Stress and Coping. San Francisco.
- ANTONOVSKY, A. (1987): Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco.
- ANTONOVSKY, A. (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A., Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept (S. 3 - 14). Tübingen: dgvt.
- ANTONOVSKY, A. (1996). The sense of coherence. An historical and future perspective. Israel Journal of Medical Sciences, **32**: 170 - 178.
- ANTONOVSKY, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt.
- BECKER, P. (1992). Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung - Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit. In: PAULUS, P.(Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln.
- BENGEL, J. (1997): Das Prinzip der Salutogenese - Eine Einführung, in: BARTSCH, Hans-Helge / BENGEL, Jürgen (Hrsg.): Salutogenese in der Onkologie, Freiburg..
- BENGEL, J., R. STRITTMATTER, H. WILLMANN & BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA) (1998): Was erhält Menschen gesund?: Antonovskys Modell der Salutogenese: Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Köln: BZgA.
- BEUTEL, M. (1989): Was schützt Gesundheit? In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. **39**; 452 - 462.
- BUNDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEIT e.V. (2001): Weltgesundheitstag 2001. Heilsbachstr. 30, 53123 Bonn.
- FRANKE ELSESSER, K. & F. SITZLER (1998): Gesundheit und Abhängigkeit bei Frauen: eine salutoge-

- netische Verlaufsstudie. Cloppenburg: Runge.
- GESUNDHEITSAKADEMIE (Bremen) (2000): Salutiv Beiträge zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitstag 2000. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- MADDI, S. & S. KOBASA (1984): The Hardy Executive: Health under stress. Homewood, Ill. Mead, M. (1958). Mann und Weib. Reinbek.
- MIKETTA, G. (1992): Netzwerk Mensch. Psychoneuroimmunologie: Den Verbindungen von Körper und Seele auf der Spur. 2. Aufl. Stuttgart.
- DUBS, L. (1998): Krankheit und Kranksein - Paradigmenwechsel in Medizin und Gesellschaft. Neue Zürcher Zeitung ZEITFRAGEN; 10.10.1998 Nr. 235 81.
- PAULUS, P. (1994). Selbstverwirklichung und psychische Gesundheit. Göttingen.
- SCHEIER, M. & C. CARVER (1985): Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. In: Health Psychology 4: 219 - 247.
- WALLER, H. (1992): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart 1995 Weltgesundheitsorganisation: Die Ottawa-Charta. In: TROJAN, A./STUMM, B.: Gesundheit fördern statt kontrollieren. Frankfurt a. M.; 84 - 93 .
- WALSER, T. (2002): from care to cure - von der Pathogenese zur Salutogenese. [http:// www.dr-walser.ch/gesund.htm](http://www.dr-walser.ch/gesund.htm).
- ZYCHA, H. (1996): "Organon der Ganzheit", Haug Verlag.

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Berichte des naturwissenschaftlichen-medizinischen Verein Innsbruck](#)

Jahr/Year: 2003

Band/Volume: [90](#)

Autor(en)/Author(s): Giacomuzzi Salvatore M.

Artikel/Article: [Saluto- vs. Pathogenese - Paradigmenwechsel in Medizin und Gesellschaft? 277-285](#)